Deutscher Bundestag
7. Wahlperiode

Drucksache 7/4201

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung —

Inhaltsverzeichnis

Seite

Teil A

Ausführungen der Arbeitsgruppen 3

Teil B

Material und ergänzende Daten zur Bestandsaufnahme 88

Im Auftrag der Sachverständigen-Kommission durchgeführte Untersuchungen 188

Gutachten, die von der Sachverständigen-Kommission in Auftrag gegeben wurden 576

Berichte über Informationsreisen 992

Anhörungen 1056

Materialien 1074

Teil C

Tätigkeitsbericht 1177

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53 Bonn 1
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg 1,
Postfach 821, Goethestraße 56, Telefon (0 22 21) 36 35 51

Seite

Teil A

Ausführungen der Arbeitsgruppen *)

Ausführungen der Nomenklatur-Kommission — Begriffe und Definitionen 3

Ausführungen der Arbeitsgruppen „Extramurale Dienste" — Zur extramuralen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter 9

Ausführungen der Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste" — Erfordernisse einer zeitgemäßen stationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter 20

Ausführungen der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie" — Zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher 28

Ausführungen der Arbeitsgruppe „Suchtkranke" — Zur Versorgung der Suchtkranken 43

Ausführungen des Expertenteams „Epilepsie" — Prävention, Rehabilitation, Lehre und Forschung 67

*) Die Sachverständigen-Kommission hat den Arbeitsgruppen Gelegenheit gegeben, dem Hauptbericht Ausführungen beizulegen, deren Inhalte während ihrer mehrjährigen Arbeit formuliert und zur Diskussion gestellt wurden. Einige Teile dieser Ausführungen sind in den Hauptbericht übernommen worden, andere nicht. Meinungen, Vorschläge und Formulierungen, die im Text des Hauptberichtes nicht enthalten sind oder ihm widersprechen, sind *nicht* Bestandteil der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission.

Teil A
Ausführungen der Arbeitsgruppen

Ausführungen der Nomenklatur-Kommission

Begriffe und Definitionen

A. Definitorische Hinweise

Die Bezeichnungen für psychisch Kranke und Behinderte sowie die Benennungen der Maßnahmen zu ihrer Versorgung lassen sich begrifflich nicht immer eindeutig gegeneinander abgrenzen. Deshalb kann an dieser Stelle nur eine schwerpunktmäßige Bestimmung einiger Begriffe gegeben werden, die erfahrungsgemäß leicht zu Verwechslungen und Mißverständnissen führen. In dem sich anschließenden Abschnitt B sind weitere im Hauptbericht häufig verwendete Begriffe zusammengestellt. Eine Vollständigkeit ist hierbei jedoch nicht angestrebt worden.

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

Der Begriff psychisch Kranke wurde an manchen Stellen des Berichtes auch in einem weiteren Sinne verwandt. Er schließt dann geistige und seelische Behinderungen mit ein.

Die Gruppe der seelisch und geistig Behinderten wird in der Regel jedoch überwiegend *neben* den psychisch Kranken (im engeren Sinne) genannt. Bei der Formulierung *„psychisch Kranke und Behinderte"* sind im Begriff „Behinderte" sowohl seelisch als auch geistig Behinderte eingeschlossen.

Unter *seelisch Behinderten* sind vor allem chronisch psychisch Kranke zu verstehen. Zu Ihnen zählen Personen mit abnormen psychischen Dauerzuständen, z. B. nach schizophrenen Psychosen oder nach hirnorganischen Erkrankungen.

Unter *geistig Behinderten* (s. Kapitel B.3.8.1.1) versteht man Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren geistige Entwicklung durch angeborene oder erworbene Störungen hinter der altersgemäßen Norm zurückgeblieben ist, so daß sie für ihre Lebensführung besonderer Hilfen bedürfen.

Nach dem *Lebensalter* ergibt sich folgende Einteilung psychisch Kranker:

1. Psychisch kranke *Kinder:*

   Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, die unter psychischen Erkrankungen leiden, eingeschlossen emotional gestörte Kinder sowie Kinder mit Verhaltens- und Leistungsstörungen.

2. Psychisch kranke *Jugendliche:*

   Jugendliche vom Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die unter psychischen Erkrankungen leiden, eingeschlossen emotional gestörte Jugendliche und Jugendliche mit Verhaltens- und Leistungsstörungen.

3. Psychisch kranke *Erwachsene*

4. Psychisch kranke *alte Menschen* (gerontopsychiatrische Patienten):

   Personen von 65 Jahren und älter, bei denen eine psychische Erkrankung ausschließlich besteht oder die entscheidende Komponente ihres Leidens ist.

Für psychisch kranke Straftäter hat der Gesetzgeber eine zusätzliche Altersstufung vorgenommen: Er unterscheidet zwischen *heranwachsenden* psychisch kranken Straftätern (vom Beginn des 19. bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) und erwachsenen (vom Beginn des 22. Lebensjahres an).

Das Wort *Therapie* wird im allgemeinen gleichbedeutend mit dem deutschen Wort *Behandlung* verwendet; jedoch hat Behandlung manchmal eine umfassendere Bedeutung, die dann auch therapiebegleitende und -unterstützende Maßnahmen einschließt. Im engeren Sinne sind aber mit beiden Bezeichnungen speziell solche Maßnahmen gemeint, die unmittelbar darauf abzielen, ein aktuelles Krankheitsgeschehen zu überwinden bzw. einzudämmen. Man unterscheidet dabei insbesondere die körperliche oder somatische Therapie von der Psychotherapie und der Millieu- bzw. Soziotherapie.

Die verschiedenen Begriffe beziehen sich ausschließlich auf Maßnahmen und nicht etwa auf Krankheitszustände, gegen die diese gerichtet sind. *Somatische Therapie* beinhaltet demnach körperliche Maßnahmen, wie die Anwendung von Medikamenten oder — durch elektrische Stromreize ausgelöste — Heilkrämpfe (medikamentöse bzw. Elektrokrampfbehandlung). Sie steht — neben Milieu- und Soziotherapie — im Vordergrund der Psychosen- und der Epilepsiebehandlung.

Als *Psychotherapie* bezeichnet man dagegen alle Arten gezielter psychologischer Maßnahmen, die auf eine Überwindung krankhaften Geschehens abzielen. Fast alle Formen der Psychotherapie bedienen sich in bevorzugtem Maße des Mediums der Sprache (im Unterschied zu vielen Formen der Milieu- bzw. Soziotherapie). Psychotherapie wird vor allem bei neurotischen Störungen angewandt.

Es gibt verschiedene Formen der Psychotherapie. Alle tiefenpsychologisch begründeten Verfahren gehen letztlich auf die Psychoanalyse Sigmund Freuds zurück. Die Psychoanalyse hat im Laufe ihrer Entwicklung eine große Bedeutung erhalten und sich in erheblicher Breite entfaltet. Sie beschränkt sich heute nicht nur auf Langzeitbehandlungen, sondern bedient sich der verschiedensten Anwendungsverfahren (beispielsweise in der sog. Fokal- und Kurztherapie).

Die Psychoanalyse und die analytisch bzw. tiefenpsychologisch begründeten Verfahren bilden eine Gruppe, die auch als konfliktbearbeitende („aufdekkende") Verfahren bezeichnet werden, da sie die Aufdeckung unbewußter Konflikte des Patienten anstreben. Innerhalb der Tiefenpsychologie lassen sich verschiedene Richtungen unterscheiden, die auch ein unterschiedliches therapeutisches Vorgehen implizieren. Am bekanntesten sind — außer der Psychoanalyse im Sinne Freuds und ihren Varianten (z. B. der Neo-Psychoanalyse im Sinne von Schultz-Hencke) — die analytische Psychologie von C. G. Jung und die Individualpsychologie Alfred Adlers. Auch die nicht-direktive Gesprächspsychotherapie des amerikanischen Psychologen Rogers läßt sich — neben vielen anderen Richtungen — in diesen Zusammenhang einordnen.

Den „aufdeckenden" Verfahren tiefenpsychologischer Schulen werden andere Verfahren oft als „zudeckende" gegenübergestellt. Man spricht aber besser von pragmatischen Verfahren, da ihnen vor allem gemeinsam ist, daß sie keine bestimmte Theorie der behandelten Störungen voraussetzen, sondern im wesentlichen „pragmatisch", d. h. lediglich am Erfolg orientiert sind. Hierzu gehören u. a. Entspannungsübungen, Suggestions- und Autosuggestionstherapie sowie die Kombination dieser Verfahren in der Hypnose (Entspannung mit Fremdsuggestion) und im autogenen Training (Entspannung mit Autosuggestion). Das autogene Training leitet über zu meditativen Übungen, die Wachsuggestion zur sogenannten Persuasionstherapie, einer autoritativ, aber rational geführten Gesprächstherapie.

Die Verhaltenstherapie ist nicht den pragmatischen Verfahren zuzurechnen, obwohl sie sich z. T. einiger ihrer Techniken (insbesondere gewisser Entspannungsübungen) bedient. Ihr liegt jedoch ein ausgearbeitetes theoretisches Konzept zugrunde, das der experimentellen Lernpsychologie (und anderen Formen der „Verhaltenswissenschaften") entstammt. Verhaltenstherapie ist demnach die systematische Anwendung von Lernprinzipien für therapeutische Zwecke. In diesem Sinne bildet sie keinen Gegensatz zur „Psychotherapie", in den sie oft gebracht wird, sondern stellt eine eigenständige Richtung innerhalb der verschiedenen psychologischen Therapieformen dar. Da bei ihr dem „Verhaltenstraining" im Sinne praktischer Verhaltensübungen und der systematischen Beeinflussung äußerer Bedingungen eine besondere Bedeutung zukommt, bildet sie einen Übergang zu vielen Formen der Milieu- bzw. Soziotherapie.

Die meisten psychotherapeutischen Verfahren wurden primär als Einzelbehandlung konzipiert und nur teilweise zu Gruppentherapien ausgebaut (z. B. psychoanalytische oder tiefenpsychologisch fundierte, neuerdings auch verhaltenstherapeutische Gruppentherapie, psychoanalytische Familien-Therapie, Hypnose oder autogenes Training in der Gruppe etc.). Eine Ausnahme bildet das Psychodrama (Moreno) als ein primär gruppentherapeutisch ausgerichtetes Verfahren mit tiefenpsychologischem Hintergrund.

Im Unterschied zur Psychotherapie hat die *Milieu- bzw. Soziotherapie* ihren Ausgang von der Arbeit in der Gruppe genommen. Diese Therapieformen spielen insbesondere bei hospitalisierten Patienten eine wesentliche Rolle in der Behandlung und zur Verhütung bzw. Bekämpfung des „Hospitalismus". So wird in der Milieutherapie versucht, ein den natürlichen Lebensbedingungen angenähertes therapeutisches Milieu zu schaffen, in dem die Patienten zu eigenständiger Aktivität und zur Kooperation angeregt werden. Hierher gehören u. a. die Beschäftigungs-, Arbeits-, Musik und Bewegungstherapie. Soweit dabei das Lernen sozialer Rollen — und nicht die Förderung der Kreativität oder des Leistungsvermögens — im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen steht, spricht man auch von Soziotherapie. Ein Beispiel dafür ist das vom Psychodrama abgeleitete Rollenspiel („pädagogisches Soziodrama").

Milieu- bzw. Soziotherapie sind bei vielen Behinderten weniger gegen das Krankheitsgeschehen selber als gegen die dadurch entstandenen und drohenden sekundären bzw. schon vorbestehenden primären Behinderungen gerichtet. Insofern gehören sie oft eher in den Bereich der rehabilitativen als in den der eigentlich therapeutischen Maßnahmen.

Unter *Rehabilitation* faßt man alles zusammen, was dem Ausgleich einer Behinderung und der (Wieder-) Eingliederung des Behinderten in die Gesellschaft dient, aus der er infolge seiner Behinderung ausgegliedert wurde.

Unter *medizinischer Rehabilitation* versteht man dabei speziell alle funktionsfördernden Maßnahmen, die im Sinne einer „Kompensationstherapie" Funktionseinbußen oder drohende Funktionseinbußen ausgleichen sollen (Milieu- bzw. Soziotherapie und verschiedene Verfahren der Verhaltenstherapie). Durch Ausnutzung des noch vorhandenen Funktionspotentials sollen die Auswirkungen der Behinderung eingeschränkt werden, auch wenn die Behinderung als solche nicht (vollständig) zu beheben ist.

Berufliche Rehabilitation, die ihrerseits in vorberufliche, berufsbezogene und berufsbildende Rehabilitation unterteilt wird, ist auf die (Wieder-)Herstellung der Berufsfähigkeit gerichtet, wobei entsprechende Leistungsübungen (u. a. im Rahmen der Ar-

beitstherapie) durch soziale Maßnahmen ergänzt werden. Bei diesen handelt es sich um primär nicht auf den Patienten, sondern auf dessen (spätere) Umgebung gerichtete Maßnahmen wie Vermittlung eines Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes, Beratung von Lehrern oder von Arbeitgebern und Arbeitskollegen etc.

Bei der *sozialen Rehabilitation*, die der (Wieder-) Eingliederung eines Behinderten in außerklinische Sozialbezüge dient, kommen zur Förderung der sozialen Kommunikation des Patienten (durch Soziotherapie) ebenfalls soziale Maßnahmen hinzu, z. B. Wohnungsbeschaffung, Vermittlung von Sozialkontakten außerhalb der Klinik, Beratung von Angehörigen oder anderen (künftigen) Wohngefährten des Patienten etc.

Eine Unterscheidung von beruflicher, medizinischer und sozialer Rehabilitation ist bei allem Abgrenzungsbedürfnis nur sehr schwer möglich, da diese Begriffe lediglich unterschiedliche Facetten derselben Hilfeart bedeuten.

B. Einzelne Begriffe in alphabetischer Reihenfolge

Abgänge (s. Krankenbewegung)

Arbeitstherapie ist unter sachverständiger Anleitung (Arbeitstherapeut, Beschäftigungstherapeut mit Weiterbildung, Krankenpflegepersonal mit entsprechender Weiterbildung etc.) ausgeübte regelmäßige Tätigkeit, die der optimalen Förderung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dient. Als Maßnahme der vorberuflichen oder berufsbezogenen Rehabilitation sucht sie durch stufenweise Heranführung an qualitäts- oder leistungsbezogene Normen das Ziel einer beruflichen Wiedereingliederung zu erreichen. In gewissen Fällen mit ungünstiger Prognose ermöglicht sie auch nur eine Dauerbeschäftigung des Kranken auf dem höchsten ihm erreichbaren Niveau, ohne zu einer beruflichen Rehabilitation zu führen. Man kann für den Bereich der stationären Einrichtungen unterscheiden:

1. Arbeit in Versorgungsbetrieben der stationären Einrichtung, bei der die geleistete Arbeit dem betreffenden Betrieb selbst dient.
2. Arbeit in Werkstätten oder Betrieben der stationären Einrichtung, die einer vorwiegend außengerichteten Produktion dient (Teppichweberei, Druckerei).
3. Industrielle Auftragsarbeit im Sinne von Heimarbeit, die entweder in den Stationen oder in speziell dazu eingerichteten Räumen oder Werkstätten der Einrichtung durchgeführt wird; hier kann man eine Reihe von Schwierigkeitsgraden von unkomplizierten Handarbeiten bis zu hohe Anforderungen stellende Arbeiten an Maschinen unterscheiden.

Aufnahmen (s. Krankenbewegung)

Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung

Ausbildung: Sie führt nach einer Abschlußprüfung ggf. nach Ableistung zusätzlicher Praktika zur Verleihung einer Berufsbezeichnung oder zur Erteilung einer Berufserlaubnis. (z. B. approbierter Arzt, Krankenschwester)

Weiterbildung: Sie setzt eine abgeschlossene Berufsausbildung voraus und ist auf eine berufliche Spezialisierung gerichtet. Sie schließt mit einer Anerkennung durch staatliche Stellen, Berufsorganisationen oder sonstige Stellen ab (z. B. Facharzt).

Fortbildung: Sie umfaßt alle berufsbezogenen Bildungsmöglichkeiten und Veranstaltungen, die der Verbesserung der beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten dienen.

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

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

Beschäftigungstherapie ist eine unter sachverständiger Anleitung (Beschäftigungstherapeut, Pflegeberufe mit entsprechender Weiterbildung oder dgl.) und mit dem Ziel der Förderung gesunder Fähigkeiten des Kranken, meist in Gruppen regelmäßig ausgeübte Tätigkeit.

Bett und Platz: Beide Begriffe werden hier nicht im wörtlichen Sinne gebraucht, sondern im Sinne einer Begriffseinheit, durch welche die Kapazität der jeweiligen Einrichtung gemessen werden kann.

Bett: Ein Krankenhausbett muß den Anforderungen an eine leistungsgerechte Krankenpflege entsprechen. Es muß der Unterbringung und Behandlung stationärer Patienten über 24 Stunden dienen und sich in Stationen oder anderen Bereichen eines Krankenhauses befinden, die über eine ständige ärztliche Betreuung durch einen oder mehrere Angestellte oder vertraglich bzw. anderweitig festverpflichtete Ärzte verfügen.

Planbett: Als planmäßige Betten werden diejenigen Betten gezählt, deren Aufstellung den in den jeweiligen Bundesländern geltenden Richtlinien

für den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern entsprechen.

Zusatzbett: Zusatzbetten sind Betten, die nicht den oben erwähnten Bestimmungen entsprechen und über die Planbettenanzahl hinausgehen. In diese Kategorie fallen die sog. Notbetten.

Die Gesamtheit der Plan- und Zusatzbetten wird als *betriebene Betten* (Ist-Betten) bezeichnet.

Funktionsbetten: Außer den genannten Arten von Betten sind Funktionsbetten zu erwähnen, die in Untersuchungs- und Funktionsräumen aufgestellt sind; sie werden in der Regel von den einzelnen Patienten nur kurzfristig benutzt.

Ein *psychiatrisches Bett* wird durch folgende Kriterien definiert:

— Es ist belegt mit oder verfügbar für psychisch Kranke oder geistig behinderte Patienten, deren Versorgung in einem privaten Haushalt nicht möglich ist.

— Es befindet sich in einem Krankenhaus oder in einer Einrichtung mit Wohnmöglichkeit, die keine Privatwohnung darstellt.

— Es wird durch einen ständig erreichbaren Arzt psychiatrisch betreut.

Es sind zwei Arten von psychiatrischen Betten zu unterscheiden:

Psychiatrische Krankenhaus- oder Klinikbetten,

Nicht-klinische psychiatrische Betten (Heimbetten u. dgl.)

Bettenausnützung wird nach der Formel

$$\frac{\text{Pflegetage} \times 100}{\text{planmäßige Betten} \times 365\ (366)}$$

errechnet.

Bettenmeßziffer ist eine in der Regel aus der Erfahrung, selten aus Bedarfsermittlungen gewonnene Rate von Krankenhausbetten je Einwohnerzahl, meist auf 1 000 Einwohner eines bestimmten Gebietes bezogen.

Entflechtung: Unter Entflechtung versteht man die Durchführung spezieller Programme zur Behandlung und Versorgung verschiedener Patientenkategorien im psychiatrischen Krankenhaus, die bislang meist gemeinsam auf einer einzigen Station behandelt wurden, wie z. B. gerontopsychiatrische Kranke, Alkoholiker, geistig Behinderte etc. Der Ausdruck findet auch Anwendung für die Ausgliederung von aus dem psychiatrischen Krankenhaus entlassenen Patienten oder Behindertengruppen in andere Versorgungsbereiche.

Entlassung (s. Krankenbewegung)

Epidemiologische Forschung: Hierunter versteht man die wissenschaftliche Untersuchung der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten, Behinderungen usw. in einer gegebenen Bevölkerung sowie der Faktoren, die darauf Einfluß nehmen.

Evaluative Forschung: Evaluative Forschung bezieht sich im Zusammenhang dieses Berichts auf die wissenschaftliche Forschung des Erfolgs, der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit von Vorsorge-, Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen und -einrichtungen.

Extramurale Versorgung (s. Intramurale Versorgung)

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

Fortbildung (s. Ausbildung)

Geistig Behinderte, Einrichtungen für:

Bei den Einrichtungen für geistig Behinderte ist zwischen folgenden Kategorien zu unterscheiden:

1. Einrichtungen im psychiatrischen Verantwortungsbereich für Diagnostik, Therapie und Eingliederungshilfe von Behinderten, wenn wegen des Ausmaßes der Behinderung oder zusätzlicher psychischer Störungen dauernde Pflege oder Eingliederungshilfen unter psychiatrischer Mitwirkung erforderlich sind.
2. Sonderpädagogische Einrichtungen zur Bildung von Lernbehinderten und Bildungsschwachen.
3. Heime (Anstalten) zur langfristigen Unterbringung von Behinderten.

Intramurale Versorgung (und extramurale): Mit intramuraler Versorgung werden alle Maßnahmen, die innerhalb der Mauern des psychiatrischen Krankenhauses geschehen, bezeichnet, alle übrigen psychiatrischen Einrichtungen und Maßnahmen werden diesem als extramural gegenübergestellt. Ein exakte Zuordnung zu diesen typisierenden Kategorien ist im Übergangsbereich, etwa bei den halbstationären Diensten, nicht generell möglich.

Komplementäre Dienste (Einrichtungen): Oberbegriff zur Bezeichnung aller Einrichtungen für die Wiedereingliederung oder Dauerunterbringung solcher psychisch Kranken oder Behinderten, die im Wohn- oder Arbeitsbereich ohne besondere Hilfen nicht oder noch nicht selbständig leben können. Ausgenommen sind die klinischen Einrichtungen der stationären oder halbstationären Versorgung (Krankenhäuser, Tag- und Nachtkliniken).

Krankenbewegung in stationären Einrichtungen: Die Gesamtheit der Ereignisse, die zu Veränderungen im Krankenbestand einer Einrichtung führen, wird als Krankenbewegung definiert, so die Aufnahmen und Entlassungen, die, ausgehend von dem Krankenbestand an einem Stichtag, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten ermitteln lassen.

1. *Krankenbestand:* Die Gesamtheit aller Kranken, die an einem Stichtag in der Einrichtung aufgenommen sind, ergibt den Krankenbestand, der häufig für den 31. Dezember oder 1. Januar des betreffenden Jahres ermittelt wird. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die für die Dauer von weniger als 28 Tagen beurlaubten Patienten als aufgenommen mitgezählt werden. Zu beachten ist, daß gerade in psychiatrischen Einrichtungen an einem Stichtag zu Jahresende eher weniger Patienten aufgenommen sind, als dem Jahresdurchschnitt entspricht.

2. *Stationäre Aufnahmen:* Die Gesamtheit aller im Bereich einer bestimmten Einrichtung zur stationären Diagnostik und/oder Behandlung aufgenommenen Patienten. Die können erfolgen als Erst-, Neu- und Wiederaufnahmen:

   Erstaufnahme: Von der betreffenden stationären Einrichtung her gesehen werden als erstaufgenommen diejenigen Patienten verstanden, die früher noch nie in dieser Einrichtung aufgenommen waren. Im epidemiologischen Sinne bedeutet Erstaufnahme die erste Aufnahme in eine stationäre psychiatrische Einrichtung im Gegensatz zu anderen Einrichtungen (psychiatrische Ersthospitalisation).

   Neuaufnahme: Hierunter wird die erste Aufnahme jedes Patienten im Berichtsjahr verstanden, bezogen auf die betreffende Einrichtung; unter die Neuaufnahmen fallen demnach sowohl Erstaufnahmen, wie auch wiederholte Aufnahmen in der betreffenden Einrichtung.

   Wiederaufnahme: Unter Wiederaufnahme ist die wiederholte Aufnahme in einem Jahr in einer bestimmten Einrichtung zu verstehen. Nicht als Wiederaufnahmen zu zählen sind Aufnahmen nach Urlaub bis zu 28 Tagen nach Urlaubsantritt.

3. *Abgänge:* Hierunter werden Entlassungen und Todesfälle zusammengefaßt.

Entlassung: Das bedeutet die Beendigung des stationären Aufenthaltes und die formale Entlassung eines Patienten aus einer Einrichtung. Patienten, die in den Verzeichnissen einer stationären Einrichtung aufgeführt werden, ohne daß ein Bett für sie reserviert ist, sollten als entlassen aus der stationären Behandlung betrachtet werden. Todesfälle werden in die Entlassungszahl nicht mit einbezogen. Ebensowenig sollten Beurlaubungen bis zu 28 Tagen als Entlassungen gezählt werden. Die Entlassungen können im ambulanten Bereich, in einer teilstationären Einrichtung, in anderen stationären psychiatrischen und nicht psychiatrischen Einrichtungen erfolgen.

Todesfälle

Krankenhäuser: Krankenhäuser sind Anstalten, in denen Kranke untergebracht und verpflegt werden und in denen durch ärztliche Hilfeleistungen erstrebt wird, Krankheiten, Leiden und Körperschäden festzustellen, zu heilen und zu lindern. Nach den Trägern werden unterschieden:

— *Öffentliche Krankenhäuser* sind Anstalten, die von Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Kommunalverbände, Gemeinden etc.) oder von Trägern der Sozialversicherung (u. A. Landesversicherungsanstalt, Berufsgenossenschaft) betrieben werden. Ferner rechnen hierzu Anstalten, die von den genannten Trägern durch Hergabe von Geldmitteln überwiegend unterhalten werden.

— *Freie gemeinnützige Krankenhäuser* sind Anstalten, die von Stiftungen bzw. kirchlichen und weltlichen Vereinigungen getragen werden.

— *Private Krankenhäuser* sind Anstalten, die aufgrund des § 30 der Reichsgewerbeordnung von einer höheren Verwaltungsbehörde konzessioniert sind.

Nach der Zweckbestimmung werden *Krankenhäuser für Akutkranke* und *Sonderkrankenhäuser* unterschieden:

— Akutkrankenhäuser sind in der Regel in ein System von drei Versorgungsstufen eingegliedert, nämlich Krankenhäuser für die Grund- bzw. Regelversorgung, Krankenhäuser für die Hauptversorgung und Krankenhäuser für die Zentralversorgung.

— Sonderkrankenhäuser waren bisher größtenteils nicht in diese Gliederung einbezogen. Von ihrer Funktion her umfassen besonders die Sonderkrankenhäuser für Psychiatrie mehrere Stufen des Akutkrankensektors.

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

Nachsorge: Bei bestimmten psychischen Erkrankungen folgt dem Krankenhausaufenthalt eine unter Umständen sehr lange Risikoperiode, die zur Abwendung von Rückfällen oder gesundheitlichen und sozialen Nachteilen verstärkter ärztlicher und sozialer Bemühungen bedarf.

Platz (s. auch Bett): Als Behandlungsplatz wird jede für die Versorgung von jeweils einem Kranken vorgesehene Einheit verstanden, die in festen Einrichtungen wie Tageskliniken, Rehabilitationswerkstätten etc. vorhanden ist und sich auf die Versorgung während der Tageszeit beschränkt.

Die Summe der Behandlungsplätze ergibt die Kapazität einer Einrichtung, z. B. einer Tagesklinik.

Analog zu der Unterteilung der Betten ist von einer Unterteilung in Planplätze, Zusatzplätze und betriebene Plätze auszugehen.

Unterschieden werden muß zwischen Plätzen, die von den Patienten nur tagsüber besetzt werden sowie Plätzen in besonderen Abteilungen von stationären Einrichtungen, wie in der Arbeitstherapie, der Beschäftigungstherapie etc. Die letztgenannten Plätze sind bei der Bestimmung der Kapazität der betreffenden Einrichtung nicht mitzuzählen, sofern sie von stationär aufgenommenen Patienten besetzt werden.

Prävention: Primärprävention umfaßt alle Maßnahmen, welche das erstmalige Auftreten psychischer Störungen verhindern. Von der Primärprävention ist die Sekundärprävention zu unterscheiden, welche durch Früherfassung und Frühbehandlung die Verkürzung der Dauer von Erkrankungen und die Verhinderung von Rückfällen zum Ziel hat, wie auch die Tertiärprävention, die die chronischen Auswirkungen der Erkrankungen zu vermeiden bzw. zu mildern sucht.

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

Rehabilitation (s. Einleitung Kapitel B. 3.5)

Straftäter, psychisch kranke: Psychisch kranke Straftäter können sowohl nach dem Tatbestand des Rechtsbruchs als nach dem Stand des Verfahrens unterschiedlich definiert werden. In der Regel werden psychisch kranke Straftäter nur Personen genannt, die Verbrechen oder schwere Verfehlungen begangen haben. Nach dem Stand des Verfahrens wird unterschieden zwischen ermittelten, beschuldigten, angeschuldigten und verurteilten Tätern. Die Unterbringung von Rechtsbrechern in psychiatrischen Krankenhäusern wegen Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Sittlichkeit hat nicht immer ein Gerichtsurteil zur Voraussetzung, sondern kann auch aufgrund von Polizeiverordnungen oder vergleichbaren Rechtsakten erfolgen.

Verweildauer: die durchschnittliche Verweildauer wird nach der Formel

$$\frac{\text{Pflegetage} \times 2}{\text{Zugänge} + \text{Abgänge}}$$

berechnet. Außer der Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer, die nur bei homogenen Patientengruppen gut verwertbare Aussagen erlaubt (so bei chronisch oder akut Kranken), sollte die Verweildauer durch Aufgliederung des Patientenbestandes und der Entlassungen in bestimmte Gruppen durchgeführt werden.

Vorsorge (s. Prävention)

Weiterbildung (s. Ausbildung)

Ausführungen der Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste"

Zur extramuralen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Extramurale Versorgung — Versorgung also außerhalb der Mauern eines Krankenhauses — kann nicht für sich allein betrachtet werden. Versorgung bildet, will sie diesen Namen wirklich verdienen, eine Einheit. Sie kann nur dort befriedigend stattfinden, wo ihre Teilbereiche nahtlos ineinander greifen und zwischen der vollstationären Unterbringung auf der einen, der ambulanten Behandlung, Beratung und Betreuung auf der anderen Seite Übergänge möglich sind. Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland ist jedoch durch eine praktisch vollständige Trennung ambulanter und stationärer Behandlung und durch das Fehlen von Institutionen gekennzeichnet, die als Übergangseinrichtungen und komplementäre Dienste die Lücke zwischen beiden Bereichen schließen.

Im Bereich der ambulanten Versorgung stellt der *Nervenarzt* bisher die gemeindenaheste Fachinstitution dar. Die meisten fachärztlich versorgten psychisch Kranken werden von ihm behandelt, und es ist davon auszugehen, daß er auch in Zukunft eine zentrale Rolle im extramuralen Versorgungsbereich spielen wird. Dennoch kann nicht übersehen werden, daß seinen Möglichkeiten schon angesichts der Bedingungen, denen eine Tätigkeit in freier Praxis unterworfen ist, mehrfache Grenzen gezogen sind. Die große Zahl seiner Patienten und die gleichzeitige Mitversorgung eines meist erheblichen Anteils neurologisch Kranker beschränkt seine Möglichkeiten; zeitlicher Aufwand wird ihm zudem durch die vergleichsweise noch immer niedrige Bewertung verbaler therapeutischer Leistungen in der ärztlichen Gebührenordnung erschwert. Die bisherigen Möglichkeiten der Weiterbildung konnten nur bei einem Teil der Nervenärzte zum Erwerb der für eine kassenärztlich abgesicherte psychotherapeutische Tätigkeit geforderten Befähigung führen. Auch im diagnostischen Bereich kann der niedergelassene Nervenarzt dort an seine Grenzen stoßen, wo — beispielsweise bei alten Menschen — aus Gründen der Multikausalität eine differenzierte somatische Diagnostik die enge Kooperation mit anderen medizinischen Fachdisziplinen unabdingbar erforderlich macht.

Quantitativ wirkt sich die zu geringe Zahl niedergelassener Nervenärzte angesichts der Konzentration der Praxen in Großstädten und Ballungsgebieten doppelt erschwerend aus, was zu unterversorgten und sogenannten „nervenarztfreien" Zonen geführt hat. Insbesondere in solchen Gebieten besteht von seiten der freien Fachpraxis, trotz des Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztliche Vereinigung, kein oder kein ausreichend nahe lokalisiertes Angebot. Auch in besser versorgten Regionen nimmt ein Teil besonders der krankenhausentlassenen Patienten das Behandlungsangebot aus krankheitsbedingten Gründen nicht wahr oder ist dem angesichts der bestehenden gesetzlichen Regelungen unvermeidbaren Arztwechsel selbst bei erfolgter Überweisung nicht gewachsen. Die bei vielen Entlassenen wichtige Kontinuität der Nachsorge, die während der Behandlung entstandene therapeutische Bindungen zum Tragen kommen läßt, wird hierdurch unmöglich. Bei einem großen Teil krankenhausentlassener Patienten besteht außerdem ein besonders großer Bedarf an begleitenden Maßnahmen für ihre gesellschaftliche Wiedereingliederung. Der einzelne praktizierende Nervenarzt ist aber vor allem bei Patienten überfordert, die differenzierter sozialer oder rehabilitativer Hilfen bedürfen. Chronisch-psychotische Patienten, Alkohol- und Drogenabhängige und psychisch Alterskranke bilden denn auch nur einen verhältnismäßig geringen Anteil seines Klientels und sind besonders häufig die Betroffenen der zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung in freier Praxis bestehenden Lücke. Der *Hausarzt,* der in ländlich-kleinstädtischen Regionen die Versorgung stellvertretend übernehmen müßte und oft auch übernimmt, ist angesichts seiner heutigen Aus- und Weiterbildung nicht in der Lage, diese Lücke in befriedigender Weise zu füllen und beschränkt sich meist auf reine Medikationsverschreibung.

Auch die sich de facto aus unabweisbaren Gründen oft entwickelnde sogenannte *„graue Ambulanz"* — gesetzlich nicht abgesicherte und finanziell nicht vergütete Nachbehandlung durch Ärzte der psychiatrischen Krankenhäuser — erfaßt nur einen kleinen Teil der nachzubetreuenden Patienten und auch diese in der Regel nur vorübergehend.

Ebenso unzulänglich ist die *Außenfürsorge* der psychiatrischen Großkrankenhäuser. Sie basiert auf einem therapeutisch ungünstigen Bestellsystem und kann soziale Hilfen nur durch eine sehr beschränkte Mitwirkung der Sozialdienste der Gesundheitsfachverwaltung anbieten. Durch das fehlende Behandlungsrecht wird zudem in vielen Fällen eine unvertretbare Spaltung beratender und medikamentöser Hilfen erzwungen.

Bestehende Versorgungslücken können angesichts ihrer gegenwärtigen Situation auch nicht durch die *Gesundheitsämter* geschlossen werden. Die Altersstruktur der an ihnen tätigen Ärzte ist ungünstig, die Anwerbung von Nachwuchs erbrachte bisher keinen nennenswerten Erfolg. Hauptamtliche Psychiater sind nur in wenigen Ämtern — in Großstädten und Ballungsräumen — tätig. Sie müssen einen Aufgabenkatalog abdecken, der ihnen für eigentliche extramurale und nachsorgende Aufgaben kaum

Zeit läßt und beschränken sich daher meist auf die den Gesundheitsfachverwaltungen zugewiesenen Hoheitsfunktionen, wie Zwangseinweisungen und Begutachtungen. Selbst in Bundesländern mit einem gesetzlichen Auftrag zur Nachbetreuung krankenhausentlassener psychisch Kranker ist diese aus personellen Gründen in der Regel nicht durchführbar. Wo spezielle lokale Gegebenheiten und Interessen die Übernahme von Betreuungs- und Behandlungsfunktionen zuließen, werden diese zudem durch das bestehende Behandlungsverbot behindert.

Besonders ausgeprägt ist der Mangel an *psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten*. Die geringe Zahl der psychotherapeutisch ausgebildeten Nervenärzte und die geografische Verteilung der wenigen praktizierenden Psychotherapeuten lassen erkennen, daß die Bevölkerung weiter Gebiete der Bundesrepublik Deutschland über keinerlei Möglichkeiten verfügt, qualifizierte psychotherapeutische Hilfen in Anspruch nehmen zu können. Die lange vernachlässigte Entwicklung rationeller Kurzzeitverfahren führte zusätzlich zu einer Beschränkung des Klientels und zu einer, am Bedarf gemessen, äußerst geringen Zahl Behandelter. Die soziale Zusammensetzung der in psychotherapeutischer Behandlung sich befindenden Patienten macht überdies deutlich, daß die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen keineswegs dazu führte, daß ein auch nach sozialen Gesichtspunkten ausgewogeneres Klientel Zugang zu dieser Therapieform fand, sondern nach wie vor überwiegend der sozialen Mittelschicht angehörende Patienten behandelt werden.

Auch im Vorfeld präventiver und beratender Maßnahmen ist der gegenwärtige Zustand unbefriedigend. Vorsorgefunktionen kommen vor allem den *Beratungsstellen* zu. Die Anhörung verschiedener Sachverständiger aus diesem Bereich ließ erkennen, daß die gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland existierenden etwa 500 Beratungsstellen überwiegend von Angehörigen der sozialen Mittelschicht in Anspruch genommen werden. Behandlungen im eigentlichen Sinne finden nicht statt. Die Beratungsstellen sind sehr unterschiedlich organisiert und differenziert. Psychiatrisch und psychotherapeutisch qualifizierte Mitarbeiter sind selten, die Kontakte zu entsprechenden Diensten keineswegs ausreichend. Koordination und Kooperation mit Nachbardiensten sind zufällig und von persönlichen und lokalen Gegebenheiten abhängig. Eine institutionalisierte Form der Zusammenarbeit mit anderen Diensten existiert bisher praktisch nicht.

Aus dem Blickwinkel extramuraler Versorgung ist die gegenwärtige Situation der *stationären Behandlung* durch die geschilderte strikte Trennung vom extramuralen Bereich sowie dadurch gekennzeichnet, daß sie fast ausschließlich in baulich überalterten, durch ihre hohe Bettenzahl unvermeidlich zu Ghettobildung führenden, noch immer vielfach zu kustodialer Verwahrung und Passivierung ihrer Patienten neigenden und sehr oft weit von den Wohnzentren placierten Großkrankenhäusern durchgeführt werden muß. Es versteht sich von selbst, daß diese Faktoren zum Abbruch der sozialen Beziehungen zum normalen Lebensbereich der Kranken führen, einer Hospitalisierung Vorschub leisten und eine Wiedereingliederung erschweren. Rein numerisch fallen gegenüber diesen Einrichtungen die viel günstiger liegenden Universitätskliniken und die heute nur in ganz geringer Zahl vorhandenen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern kaum ins Gewicht. Hinzu kommt, daß die beiden letztgenannten Institutionen meist nur für bestimmte Patientengruppen zur Verfügung stehen. Bei Universitätskliniken wird diese Selektion durch Aspekte psychiatrischer Forschungsorientierung bestimmt und begründet. In den psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser finden sich bislang häufig weniger schwer gestörte und selten chronisch Kranke und Behinderte. In erhöhtem Maße gilt dies für die wenigen vorhandenen psychiatrischen Privatkrankenhäuser und Sanatorien.

Die aktuelle Versorgungslage ist nicht nur durch die gemeindeferne stationäre Behandlung in therapeutisch schlecht gerüsteten Großanstalten gekennzeichnet, sondern auch durch das völlige Fehlen von *teilstationären, flankierenden und Übergangseinrichtungen*. Tageskliniken, Nachtkliniken, Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohngruppen und Wohnungen und ähnliche Einrichtungen sind so selten, daß ihnen unter Versorgungsgesichtspunkten ein eher modellhafter Charakter zukommt. Wenig besser ist die Situation in bezug auf Patientenclubs oder rehabilitative Institutionen, beispielsweise Werkstätten zur langfristigen Versorgung von seelisch Behinderten oder beschützende Arbeitsplätze in Betrieben. Für eine bedarfsgerechte Versorgung sind alle diese Institutionen jedoch unerläßlich. Sie können in vielen Fällen eine stationäre Aufnahme ersetzen, lassen Dauerunterbringungen vermeiden und sind für eine gestufte Rehabilitation krankenhausentlassener Patienten unabdingbar. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß durch solche Einrichtungen eine fühlbare Reduktion vollstationärer Betten und damit eine Entlastung der psychiatrischen Krankenhäuser durch eine sinnvollere Unterbringung von nicht wenigen ihrer Patienten möglich wäre. Infolge ihrer relativ geringen Größe sind diese Einrichtungen auch in hervorragender Weise geeignet, den Ansprüchen einer gemeindenahen Versorgung gerecht zu werden. Ihr Fehlen ist ohne Zweifel eine der gravierendsten Lücken im Bereich extramuraler Versorgung.

Angesichts der geschilderten quantitativen und qualitativen Mängel in der ambulanten Versorgung und infolge einer mangelhaften Mitwirkung psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch kompetenter Mitarbeiter in vielen sozialen und körpermedizinischen Bereichen kann es nicht verwundern, daß manche Gruppen psychisch Gestörter innerhalb des gegenwärtigen Systems sehr schlecht oder überhaupt nicht erfaßt werden. Zu nennen sind beispielsweise die unter sozial devianten Gruppen häufigen psychischen Störungen. Ein weiterer Teil solcher nicht erfaßter Patienten ist unter Frührentnern und Sozialhilfeempfängern zu suchen, bei wel-

chen Berentung und Hilfswürdigkeit aufgrund somatischer Diagnosen erreicht wurde, wodurch eine therapeutische und rehabilitative Beeinflussung der tatsächlich vorliegenden psychischen Störungen unmöglich wird. Ähnliches gilt für Mehrfachbehinderungen. Psychiatrisch-psychotherapeutisch nicht erfaßt wird ferner derjenige Anteil an sogen. Kurpatienten, bei denen es sich im Grunde um rein seelische oder um psychosomatische Störungen handelt. Auch weitere Gruppen, beispielsweise die der Studenten oder der Gastarbeiter, die beide durch eine je anders geartete Randständigkeit zur Gesellschaft erhöht psychisch gefährdet sind, stellen eine verhältnismäßig größere Zahl solcher *mangelhaft oder gar nicht erfaßter psychisch Kranker*. Gravierend ist auch die Mangelversorgung von alten Menschen mit psychischen Störungen, die nicht in Institutionen untergebracht sind und bei denen auch die allgemeinärztliche und soziale Betreuung ganz unzureichend ist. Psychogeriatrisch Kranke werden zudem selbst dann meist nicht fachpsychiatrisch betreut, wenn sie in Heimen oder ähnlichen Einrichtungen „versorgt" werden. Schließlich stellen psychisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche sowie die Suchtkranken, besonders die Alkoholkranken, zwei große Gruppen von Patienten dar, deren präventive, behandelnde und rehabilitative Versorgung im ambulanten Bereich völlig unzureichend ist.

Auch die Versorgung von Patienten in akuten Krisen — beispielsweise von Psychotikern oder von Suicidalen — ist infolge der Struktur der gegenwärtigen Versorgung völlig unzureichend. Selbst dort, wo eine ambulante Versorgung durch eine größere Dichte niedergelassener Nervenärzte relativ gut ist, steht diesen das notwendige Instrumentarium für eine *Krisenintervention* nicht zur Verfügung, die in den meisten Fällen eine Intervention im persönlichen Umkreis der Betroffenen und soziale Hilfestellungen erfordert. Auch die Gruppe der aus Gründen mangelnder Krankheitseinsicht therapieunwilligen Patienten ist gegenwärtig angesichts des weitgehendst auf Eigeninitiative der Kranken abgestellten ambulanten Versorgungssystems nicht erfaßbar.

Die Situation wird dadurch verschärft, daß die für die Versorgung wichtigen *nicht-ärztlichen Mitarbeiter* (Sozialarbeiter, extramurale Pflegekräfte, Psychologen etc.) im ambulanten Bereich bei dessen gegenwärtiger Struktur nicht ausreichend berücksichtigt werden können und angesichts ihrer nicht geklärten Eigenverantwortlichkeit auch bei hoher Qualifikation in ihrer Tätigkeit nicht voll zum Tragen kommen. Außerdem fehlen ausreichend ausgebildete Kräfte weitgehend. Soweit sie vorhanden sind, sind sie heute überwiegend in mit der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter nicht koordinierten Bereichen tätig.

Die gegenwärtige Lage ist über einen quantitativen und qualitativen Mangel an bestehenden Einrichtungen hinaus vor allem dadurch gekennzeichnet, daß die bestehenden Institutionen meist in einer relativen Isolierung voneinander arbeiten. Dies ist nicht nur durch die Funktionsspaltungen zwischen niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten (ambulante Behandlung), Beratungsstellen (ambulante Beratung), Gesundheitsämtern (administrative Aufgaben, Zwangseinweisungen) und psychiatrischen Krankenhäusern (stationäre Therapie und Unterbringung) bedingt, sondern auch durch die unterschiedlichen *Trägerschaften* der einzelnen Einrichtungen. Da es im lokalen Bereich keine für alle Träger verbindlichen Planungen gibt, hat dies nicht selten dazu geführt, daß es zu unkoordinierten Parallelentwicklungen kam. Selbst in Regionen mit numerisch ausreichenden Behandlungskapazitäten gelingt ein ökonomischer Einsatz der personellen und finanziellen Ressourcen vielfach nicht, da in der Regel der Aufbau und Ausbau einzelner Dienste notwendigerweise den eher zufälligen Initiativen und Interessen einzelner Persönlichkeiten oder Gruppen überlassen blieb.

Das durchgehende Fehlen von *Koordination, Planung und Kontrolle* verhinderte bisher eine an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete funktionale Aufteilung der einzelnen Dienste und Einrichtungen sowohl in der stationären wie in der ambulanten Versorgung. Im extramuralen Bereich kann zudem die nicht trennbare, aber auf verschiedene Kompetenzen und Institutionen verteilte medizinische und soziale Betreuung diesen Bedürfnissen nicht gerecht werden. Die Unübersichtlichkeit der ambulanten Versorgungsstrukturen führt ferner nicht selten dazu, daß therapeutisch ungünstige und finanziell aufwendige Mehrfachbehandlungen in Kauf genommen werden müssen.

Die *Gemeindeferne* vieler stationärer psychiatrischer Einrichtungen trägt ebenfalls dazu bei, daß eine Koordination oder gar Verflechtung mit den gemeindenah angesiedelten ambulanten Diensten (niedergelassene Fachärzte und Ärzte, Gesundheitsamt, Beratungsstellen) bisher kaum zu verwirklichen war. Die unangemessene Größe der Einzugsgebiete, die notwendig aus der historisch überkommenen Überdimensionierung der psychiatrischen Krankenhäuser selbst resultiert, erschwert die Verzahnung zwischen stationärem und ambulantem Bereich selbst dort, wo sie aufgrund günstiger äußerer Umstände möglich wäre, zumal die Gesundheitsfachverwaltung ihre gesetzlich vorgeschriebene Koordinationsfunktion nicht wahrnehmen kann und nur zu unverbindlichen Empfehlungen berechtigt ist.

Fehlplacierungen von Patienten sind auch durch die *fehlende Differenzierung* für bestimmte Patientengruppen bedingt. Dies gilt vor allem für die psychisch kranken alten Menschen, die Pflegebedürftigen, aber auch für erwachsene geistig Behinderte, Epileptiker, Suchtkranke, strafprozessual Untergebrachte und Dissoziale. Die meisten dieser Patienten gehören nicht in das psychiatrische Krankenhaus, das ihrer Versorgung weit weniger gerecht werden kann als eine Placierung in qualifiziert betreuten, gemeindenahen Heimen oder in Sondereinrichtungen. Mit großen Bedenken sind allerdings Bestrebungen zu verfolgen, psychiatrische Krankenhäuser dadurch zu entlasten, daß chronisch Kranke und geistig Behinderte in Heime oder ähnliche Einrichtungen ausquartiert werden, die selbst

einfachsten menschlichen Grundbedürfnissen nicht entsprechen und nicht einmal Minimalanforderungen ausreichender Behandlung und Pflege gerecht werden.

Das unabsehbare *Misplacement* von Patienten im gesamten psychiatrischen Versorgungsbereich ist das Ergebnis einer Entwicklung, für welche die rechtliche und finanzielle Benachteiligung der psychisch Kranken und Behinderten, die Gemeindeferne der Krankenhäuser, die Vernachlässigung des Aufbaues von Spezialinstitutionen und von komplementären Einrichtungen, die prinzipielle Spaltung ambulanter und stationärer Behandlung, die auseinanderlaufenden Initiativen verschiedener Träger und die fehlende Koordination verantwortlich zu machen sind.

Ziel aller Bestrebungen für eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muß eine integrierte, sektorisierte, gemeindenahe Psychiatrie sein. Unter *Integration* ist der koordinative Einbau aller in der Psychiatrie tätigen Personen und Institutionen in ein bedarfsgerechtes Gesamtversorgungssystem zu verstehen. Der Begriff beinhaltet ferner, daß von der Versorgung alle Patientengruppen mit seelischen Störungen und Behinderungen erfaßt werden und daß eine kontinuierliche und dichte Vor- und Nachsorge gewährleistet ist. Unter *Sektorisierung* ist zu verstehen, daß diese Koordination im Rahmen eines definierten, nach funktionalen Gesichtspunkten bestimmten geografischen Gebietes erfolgt. Abgesehen von überregionalen Spezialeinrichtungen ist ein solches „Standardversorgungsgebiet" in bezug auf die Behandlung der von ihm erfaßten Patienten autonom. *Gemeindenähe* bedeutet Koppelung psychosozialer Versorgung mit allen anderen kommunalen Betreuungsstrukturen und eine möglichst geringe Entfernung aller Behandlungsmöglichkeiten vom Lebensbereich der Patienten, um einen Abbruch der sozialen Bezüge zu verhindern bzw. eine Wiederaufnahme zu erleichtern.

Die gegenwärtige Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland ist dadurch gekennzeichnet, daß keine dieser Forderungen auch nur ansatzweise verwirklicht ist. Es wäre daher unrealistisch zu glauben, daß die genannten Ziele in naher Zukunft und in vollem Umfang erreicht werden könnten. Administrative und rechtliche, strukturelle und finanzielle Gegebenheiten stehen einer solchen Hoffnung zwingend entgegen. Eine Verbesserung der in fast allen Bereichen unvertretbaren gegenwärtigen Lage muß sich aber an *Zielvorstellungen* orientieren können, die als Rahmenbedingungen jedem Schritt einer Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zugrunde liegen müssen. Nur so können neue Fehlentwicklungen vermieden, eine optimale Ausnutzung aller vorhandenen Ressourcen ermöglicht und die Versorgung rationeller und gleichzeitig bedarfsgerechter gestaltet werden, wobei veränderte Wertvorstellungen über die Rechte der Betroffenen und ihre Ansprüche auf soziale Geltung ebenso berücksichtigt werden müssen wie alle Möglichkeiten einer zeitgemäßen Vorsorge, Behandlung und Wiedereingliederung.

So haben alle Planungen davon auszugehen, daß die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter der körpermedizinischen Versorgung gleichgestellt wird und — wo dies sinnvoll ist — in die Allgemeinmedizin reintegriert werden muß. Die Forderung nach einer Gleichstellung der psychisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken bedarf jedoch einer ebenso wichtigen Ergänzung. Wesentlich stärker als im Bereich der Allgemeinmedizin bestimmen psychologische und soziale Faktoren den Charakter psychischer Erkrankungen. Ihre entscheidende Bedeutung für Manifestation, Verlauf und Prognose sind in alle diagnostischen und therapeutischen Überlegungen miteinzubeziehen. Auch dort, wo somatische Faktoren bei der Verursachung der Erkrankung im Vordergrund stehen — etwa bei geistigen Behinderungen, bei Hirntraumen oder psychogeriatrischen Störungen — spielen pädagogische, psychologische und soziotherapeutische Verfahren sowie weitere, über den medizinischen Bereich hinausgehende soziale Maßnahmen eine wesentliche Rolle bei Behandlung und Eingliederung. *Medizinische und psychosoziale Hilfen* müssen demnach eine Einheit bilden. Beide Elemente lassen sich nicht trennen, und es kann nicht eine „medizinische" einer „sozialen" Psychiatrie gegenübergestellt werden. Die derzeitige Situation ist aber noch von einem solchen Dualismus gekennzeichnet, der sich insbesondere in der extramuralen Versorgung erschwerend auswirkt.

Psychiatrische Versorgung hat ferner die Notwendigkeit gestufter therapeutischer, rehabilitativer und reintegrativer Maßnahmen und gleitender *Übergangsmöglichkeiten* zu berücksichtigen. Schon aus der Forderung einer in jener Richtung jederzeit stufbaren Behandlung ergibt sich, daß auch nicht eine „intramurale" gegen eine „extramurale" Versorgung gestellt werden kann. Versorgung muß auch vom Patienten her gesehen eine Einheit bilden, die durch koordinative Verklammerung aller die Versorgung tragenden Institutionen verankert werden muß.

Wenn medizinische und soziale Therapie nicht trennbar und eine Zerlegung in ein strikt getrenntes intramurales und extramurales Versorgungssystem nicht möglich sind, muß jede Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter schon in ihren naheliegendsten *Teilschritten* auf eine integrierte Gesamtversorgung zielen. Diese Integration bedeutet nicht eine einheitliche Trägerschaft und schließt spezialisierte Behandlungs- und Betreuungsmodalitäten für besondere Patientengruppen keineswegs aus. Jede Planung muß aber im Auge behalten, daß jede Detailstruktur ein klar definiertes Aufgabengebiet innerhalb eines Gesamtsystems haben muß, das für alle Beteiligten möglichst leicht durchschaubar wird. Nur dann ist auch der erforderliche finanzielle Aufwand für eine Verbesserung des Versorgungssystem volkswirtschaftlich vertretbar.

Eine Änderung der *Struktur* der gegenwärtigen Versorgung kann davon ausgehen, daß angesichts der modernen pharmakotherapeutischen, soziotherapeutischen und rehabilitativen Methoden

ein weit größerer Anteil psychisch Kranker und Behinderter ambulant behandelt oder im flankierenden Bereich komplementärer Einrichtungen versorgt werden kann. Nur ein Teil der heute in den psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommenen Kranken bedarf der vollen stationären Behandlung. Für viele ihrer heutigen Patienten würde sich eine teilstationäre Aufnahme schon deshalb empfehlen, weil diese einen Abbruch der sozialen Beziehungen bereits dadurch verhindert, daß ihre Patienten sich nicht durchgehend in diesen Institutionen befinden. Für Patienten, deren Unterbringung eher soziale und fürsorgerische Gesichtspunkte als Behandlungsnotwendigkeiten zugrundeliegen, ist die Placierung in Institutionen von Heimcharakter sinnvoller, zumal sie in Folge der größeren räumlichen und stilistischen Nähe zu den Lebensbereichen der Gesunden ihren Bewohnern einen breiteren Entfaltungsspielraum gewähren. Für viele der Patienten ist aus rehabilitativen Gründen die frühzeitige Verbindung von Behandlungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen in speziellen rehabilitativen Diensten wichtig. Schließlich kann bei einer sicher nicht kleinen Gruppe heute stationär Behandelter die Versorgung sich bei geeigneter Organisationsform auf Kriseninterventionen sowie ambulante Behandlungs- und Beratungskontakte beschränken.

Voraussetzung für eine derartige *Verlagerung der Schwerpunkte auf den extramuralen Bereich* ist jedoch der Aufbau, die Weiterentwicklung und die Koordination einer nicht geringen Anzahl von beratenden, ambulanten, teilstationären, komplementären und rehabilitativen Diensten.

Die Sachverständigen-Kommission wird in ihrem Bericht konkrete Vorschläge für solche Dienste machen und deren jeweilige Voraussetzungen, Ausgestaltung und Aufgabenbereiche ausführlich beschreiben. An dieser Stelle sollen daher noch einmal diejenigen Gesichtspunkte hervorgehoben werden, welche die Anregungen der Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste" entscheidend mitbestimmt haben.

Die Bedeutung *teilstationärer, komplementärer und rehabilitativer Dienste* für eine gemeindenahe, extramural und rehabilitativ orientierte Versorgung kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Ohne ihre Existenz wird eine Entlastung des Bettensektors unmöglich, sind unnötige stationäre Aufnahmen kaum zu reduzieren, sind die Chancen von Wiedereingliederungsversuchen vermindert. Der quantitative Bedarf an solchen Einrichtungen mag schwer schätzbar sein, weil jede Entwicklung in diesem Bereich von der Weiterentwicklung in anderen Bereichen abhängt. So können beispielsweise Nachtkliniken bei gut ausgestatteten Übergangsheimen im örtlichen Bereich weniger wichtig sein oder kombinierte Übergangs- und Wohnheime in einer Aufbauphase zu bevorzugen sein. Ein Überangebot ist aber praktisch deshalb kaum denkbar, weil alle diese Einrichtungen in hervorragendem Maße in der Lage sind, kompensatorisch an die Stelle von solchen Hospitalisierungen zu treten, die letztlich auf dem Mangel an geeigneten therapeutischen, rehabilitativen und sozialen Einrichtungen beruhen. Da sie ihren Patienten in fast allen Fällen eine zumindest in den heutigen psychiatrischen Krankenhäusern meist nicht vorhandene Möglichkeit zur Verwirklichung eigener Bedürfnisse bieten, können sie zudem in wesentlicher Weise dem Anliegen einer Humanisierung der Psychiatrie gerecht werden.

Die Planung neuer Institutionen muß an dem Konzept einer regionalen Versorgung orientiert sein. Zur Gewährleistung der erforderlichen Gemeindenähe sollten diese Institutionen in größeren Städten und Großstädten sowie in Ballungsräumen im Kerngebiet liegen, in überwiegend ländlichen Gegenden in möglichst zentral gelegenen Kleinstädten. Auf keinen Fall darf die Neugründung psychiatrischer Institutionen die strukturelle Fehlentwicklung bei der Anlage unserer Großkrankenhäuser wiederholen. Das Prinzip der *Nähe zum geographischen Lebensraum* der Patienten ist gegenüber allen anderen Überlegungen vorrangig. Für Tages- und Nachtkliniken versteht sich dies wegen des täglich notwendigerweise zu bewältigenden Weges von selbst. Das gleiche Prinzip gilt aber auch beispielsweise für geriatrische Sondereinrichtungen, um gerade alten Menschen noch eine möglichst große Dichte von nichtartifiziellen Sozialkontakten zu ermöglichen. Auch überregionale Sondereinrichtungen für bestimmte Patientengruppen (psychisch kranke Kinder und Jugendliche, Suchtkranke, Alkoholkranke, Epileptiker) sollten den Gesichtspunkt tragbarer Entfernung für Besuche und Beurlaubungen berücksichtigen.

Für die auf lange Sicht anzustrebende volle Sektorisierung der Patientenversorgung ist die Einrichtung stationärer psychiatrischer Behandlungszentren im Standardversorgungsgebiet selbst erforderlich. Es könnte sich im Prinzip hierbei auch um selbständige kleinere psychiatrische Krankenhäuser handeln. Im Hinblick auf die erheblichen Schwierigkeiten beim Bau solcher Einrichtungen im Kern eines Versorgungsgebietes sowie angesichts der Möglichkeiten, die das Krankenhausfinanzierungsgesetz bietet, empfiehlt sich jedoch dringend eine Realisierung über die Einrichtung *psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.* Nur über diesen Weg, der zudem den Vorteil der Rückbindung der Psychiatrie an die Allgemeinmedizin und die damit verbundene Reduzierung der Diskriminierung psychisch Kranker beinhaltet, wird in absehbarer Zeit eine Dezentralisierung in breiterem Ausmaß in Gang gesetzt werden können. Dies wird allerdings nur dann gelingen, wenn innerhalb solcher psychiatrischer Abteilungen von vornherein der Gefahr einer Auswahl in Richtung einer „Edelpsychiatrie" durch eine Selektion behandlungsgünstiger Patienten entgegengesteuert wird. Die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen ist deshalb nur dann sinnvoll, wenn gleichzeitig das beschriebene differenzierte Angebot an stationären und teilstationären Einrichtungen im Heimsektor geschaffen wird.

Es ist zu überlegen, ob in bestehenden großen *psychiatrischen Krankenhäusern* dort, wo die Planung eines Standardversorgungsgebietes innerhalb ihres

jetzigen Einzugsgebietes übersehbar wird und wo dies personell und räumlich möglich ist, als vorbereitender Schritt die Patienten der großen Funktionsbereiche — psychiatrische Akutbehandlung, Rehabilitationsbereich für chronische Patienten, Geriatrie — in dem Sektor zugeordneten Teilbereichen behandelt werden sollten. Dadurch würden sowohl den Patienten wie dem zugehörigen Behandlungsteam die Orientierung auf die sektorisierte Versorgung, insbesondere im extramuralen Bereich, erleichtert und die hier nötigen Kontakte geschaffen bzw. verbessert. So lange ausreichende stationäre Behandlungsmöglichkeiten im Standardversorgungsgebiet selbst noch fehlen, könnten komplementäre und teilstationäre Einrichtungen die Funktion vorgelagerter Dienste der Landeskrankenhäuser erfüllen. In ländlichen Regionen, in denen die stationäre Versorgung in gewissem Umfange zentralisiert bleiben muß, werden sie in vielen Fällen diese *Satellitenfunktion* sinnvollerweise beibehalten, wobei hier eine Streuung relativ kleiner Institutionen empfohlen werden muß. Die neuen Institutionen würden selbst nach einer optimalen Realisierung in aller Regel ja nicht zur Auflösung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser führen. Diese könnten vielmehr später, befreit von der gegenwärtigen, eine fruchtbare Arbeit erschwerenden Überbelastung und Überbelegung, den Kern eines eigenen regionalen Versorgungsgebietes bilden und gleichzeitig spezielle Aufgaben auf der übergeordneten Versorgungsebene übernehmen.

Eine zu den bestehenden Angeboten komplementäre Versorgung ist auch im *ambulanten Behandlungsbereich* selbst geboten. Der niedergelassene Nervenfacharzt kann durch seine Placierung in der Gemeinde den ambulanten Versorgungsbedarf vor allem für solche Patienten abdecken, die eigentlicher sozialpsychiatrischer Maßnahmen nicht bedürfen und auch heute das überwiegende Klientel in der freien Praxis bilden. Soweit möglich, sollten Praxen niedergelassener Nervenärzte zur Versorgung dieser Patientengruppen auch in z. Z. nervenarztfreien Zonen eingerichtet werden, zumal die Mitwirkung der niedergelassenen praktischen Ärzte nur bei ausreichend häufigen Kontakten des Patienten zu einem in der Nähe befindlichen Fachpsychiater vertretbar ist.

Vor allem aber muß die *Nachsorge* aus stationärer Behandlung entlassener Patienten gesichert werden. Aus den eingangs geschilderten Gründen ist dies nicht der Fall; in ländlich-kleinstädtischen Regionen ist die Situation gravierend. Der Beitrag der nervenärztlichen Praxis ist hier, wie Untersuchungen ergaben, nur ganz gering. Wegen der erhöhten Rückfallgefährdung in der nach der Entlassung aus stationärer Behandlung bestehenden Risikoperiode muß aber gewährleistet sein, daß die Therapie nicht abgebrochen wird. Forderungen zur Nachsorgestruktur müssen dabei berücksichtigen, daß bei den häufig sozial isolierten psychotischen Patienten während der Behandlung entstandene Bindungen sinnvoll sind, aber nur dann zum Tragen kommen können, wenn ihre Kontinuität gewahrt bleibt. Gerade diese Kranken sind einem Wechsel der Therapeuten unmittelbar nach der Entlassung oft auch dann nicht gewachsen, wenn eine relative Dichte des freien Versorgungsnetzes und eine funktionierende Überweisungspraxis ihn theoretisch ermöglichen würden. Auch können solche Patienten, die aus krankheitsbedingen Gründen die Notwendigkeit einer Nachbehandlung häufig nicht einsehen können, durch die Institution selbst eher bewogen werden, sich der Nachsorge nicht zu entziehen. Schließlich bedürfen gerade die Kranken aus den genannten Gruppen, die — im Gegensatz zur Zusammensetzung der nervenärztlichen Klientel — bei den Aufnahmen in die psychiatrischen Krankenhäuser überwiegen, in hohem Maße neben den eigentlichen medizinischen Maßnahmen stützender sozialer Hilfen und sozialtherapeutischer Bemühungen. Die Notwendigkeit einer komplementären ambulanten Versorgung durch Institutionen stellt sich aber auch in Ballungsgebieten schon deshalb, weil der niedergelassene Nervenarzt wegen fehlender integrierter sozialer Hilfsmöglichkeiten sozialpsychiatrische Betreuungsaufgaben in der Regel nicht übernehmen kann. Einer Erweiterung der nervenärztlichen Tätigkeit auf solche Aufgaben stehen gegenwärtig aber die eingangs geschilderten Gegebenheiten entgegen.

Vor allem in Hinblick auf die Notwendigkeiten einer wirksamen Nachsorge muß daher nachdrücklich gefordert werden, daß stationären Behandlungseinrichtungen grundsätzlich die Möglichkeit ambulanter, untersuchender und behandelnder Tätigkeit gewährt werden muß. Neben ihrer wichtigsten Funktion in der Nachsorge werden *ambulante Dienste an Institutionen* im Sinne einer auch diagnostisch orientierten Vorschaltambulanz dazu beitragen können, vollstationäre Aufnahmen von Patienten zu vermeiden, den Patientenfluß nach Möglichkeit in teilstationäre und flankierende Einrichtungen zu kanalisieren und sinnvolle Zuweisungen vorzunehmen. Diese entlastende Funktion sollte in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Nervenärzten und gegebenenfalls durch Überweisung an diese erfolgen. Die Vermeidung von stationären Aufnahmen durch Weiterleitung oder durch die eigene Übernahme von Behandlung und psychosozialer Betreuung scheint nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen erforderlich, weil sie anstelle teurer vollstationärer Behandlung dazu führen kann, daß weniger kostenintensive, aber deswegen keineswegs weniger wirksame Behandlungsmöglichkeiten genutzt werden und hierdurch eine Reduktion der sonst benötigten Bettenzahl erwartet werden kann.

Institutionsgebundene Ambulanzen werden auch konsiliarische Funktionen erfüllen müssen. Sie werden besonders dann, wenn es sich um funktionell mit der Institution verklammerte oder Satelliteneinrichtungen handelt, die komplementären und rehabilitativen Dienste konsiliarisch betreuen. Sie haben in *nervenärztlich unterversorgten Gebieten* aber beispielsweise auch die Aufgabe, Patienten anderer Fachdisziplinen, etwa primär auf internistischen Abteilungen behandelte Alterskranke oder Suicidpatienten, zu betreuen und nach einer Entlassung nachzuversorgen, wenn deren Zustand dies erfordert. Eine ambulante Nachbetreuung durch den konsiliarisch tätig gewesenen Psychiater wird in

der Regel auch wahrgenommen, wenn er sie anbieten kann.

Komplementäre ambulante Behandlungsmöglichkeiten an Institutionen können im Prinzip an alle vorhandenen bzw. neu zu schaffenden ärztlich geleiteten Versorgungseinrichtungen angegliedert werden. Sie sind zweckmäßigerweise dort anzubinden, wo der Schwerpunkt der Versorgung liegt, da hier soziale Hilfen rationell und komplikationslos angeboten und mit der ärztlichen Behandlung schwerelos koordiniert werden können. Unter Mitwirkung nicht-ärztlicher Mitarbeiter könnte auch die herkömmliche *Außenfürsorge* der psychiatrischen Krankenhäuser durch ein ihr zugestandenes Behandlungsrecht in Konzentrationskernen ihres Einzugsgebietes die beschriebenen Funktionen übernehmen, wenn hier andere für eine Anbindung von Ambulanzen geeignete psychiatrische Institutionen nicht oder noch nicht vorhanden sind.

Nachbehandlungsfunktionen können selbstverständlich auch von nicht institutionsgebundenen *ambulanten Zentren* übernommen werden. Solche Einrichtungen müssen insbesondere für spezielle Patientengruppen wie die der psychisch kranken alten Menschen, der Alkohol- und Suchtkranken, der Epileptiker und der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen eingerichtet werden und neben den Voraussetzungen für diagnostische Bedürfnisse die nötige personelle Ausstattung für nachsorgende extramurale Funktionen im Sinne einer multiprofessionellen Betreuung erhalten. Inwieweit die Institutionen der Gesundheitsfachverwaltung behandelnde Nachsorgefunktionen wirksam übernehmen werden, wird von der weiteren Entwicklung abhängen.

Für die Realisierung ambulanter Tätigkeiten an Institutionen gibt es innerhalb des in der *Reichsversicherungsordnung* geregelten Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung mehrere Möglichkeiten. Es ist allerdings zu fragen, ob die in letzter Zeit etwas häufiger realisierten Beteiligungen und Ermächtigungen leitender Krankenhausärzte und anderer Ärzte den Notwendigkeiten gerecht werden. Die Modalitäten von Ermächtigungen und auch Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung werden besonders dann nicht befriedigen, wenn sie angesichts ihrer einengenden Delegationsvoraussetzungen das in den Institutionen vorhandene fachliche Potential der Mitarbeiter nur begrenzt bzw. nur bei nicht legaler Ausweitung der Bestimmungen zum Zuge kommen lassen. Zudem können die Aspekte individueller Leistungsvergütung zu — der Aufgabe nicht dienlichen — Komplikationen und die Ausweitung der Nebentätigkeit zu unüberwindbaren Schwierigkeiten bei den Trägern der Institutionen führen. Die Einbeziehung der Institution selbst als ermächtigter Leistungsträger im Sinne eines sogenannten „Institutsvertrags" kommt den aus poliklinischen Universitätsbereichen geläufigen, unkomplizierteren Modalitäten näher und ist auch deshalb unproblematischer, weil sie den uneingeschränkten Miteinsatz der nicht-ärztlichen Mitarbeiter der Institution für die soziale Nachbetreuung ermöglicht. Zur Wahrnehmung der beschriebenen Aufgaben muß auch eine medizinische Maßnahmen einschließende Versorgung außerhalb des Krankenhauses abgesichert sein, weil nur dadurch die neu zu organisierende bisherige Außenfürsorge zu einer eigentlichen Wirksamkeit gelangen kann.

Die *Tätigkeit ambulanter Dienste* an Institutionen wird sich in Gebieten mit einer relativen Dichte freier Nervenarztpraxen zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf die Wahrnehmung der Nachsorge und weiterer Maßnahmen zur Rehabilitation, auf komplementäre Funktionen zur Gewährleistung integrierter sozialer Hilfen, auf ambulante Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. Verhütungen von stationären Auf- und Wiederaufnahmen, auf Kriseninterventionen sowie auf konsiliarische Betreuung und Behandlung beschränken können. In unterversorgten Gebieten entfallen diese Einschränkungen, sofern und solange hier nur die stationär behandelnden Institutionen fachpsychiatrische Ambulanzfunktionen übernehmen können.

Die Organisationsform der von Institutionen zu leistenden extramuralen ambulanten Arbeit wird sich an den Erfordernissen orientieren müssen. Eine vielseitig gefächerte Betreuung und eine besonders große Flexibilität kann von multiprofessionell organisierten und als Team arbeitenden psychiatrischen Diensten angeboten werden. Sie sind in hervorragender Weise in der Lage, notwendige Kontakte zu allen für die psychiatrische Versorgung wichtigen Personen und Institutionen im sozialen Umfeld der Patienten wahrzunehmen. Diese Organisationsform als sogenanntes *mobiles Team* ermöglicht eine bewegliche und primär koordinierte extramurale Wirksamkeit psychiatrischer Versorgung. Sie erlaubt eine gezielte und schnelle Hilfe insbesondere dort, wo eine Verflechtung medizinischer und sozialer Bedürfnisse sichtbar wird und wo deren wechselseitige Bedingtheit zu Krisen führt. Die Möglichkeit, auch am Ort der aufgetretenen oder drohenden Schwierigkeiten selbst, z. B. der Wohnung oder dem Arbeitsplatz, eingreifen zu können, kann in dieser Weise von keiner anderen Form ambulanter Betreuung geboten werden. Auch bei langfristiger ambulanter Versorgung ist es solchen Organisationsformen schwerelos möglich, direkt im persönlichen Umkreis der Betroffenen Hilfen zu geben und damit oft ein Klientel zu erreichen, das aus der Versorgung herauszufallen droht. Damit können solche Dienste auch Rückfälle und Verschlimmerungen auffangen, die sich ohne ihre Wirksamkeit zu einem Grade steigern würden, der eine Einweisung unvermeidbar macht. Multiprofessionelle psychiatrische Dienste können auch Fehlplacierungen von Patienten und Fehlberatungen in ungeeigneten öffentlichen Sozialinstitutionen korrigieren und angesichts ihrer vielseitigen Fachkompetenz in solchen Institutionen beratend tätig sein.

Entscheidend für die Wirksamkeit solcher Dienste ist die verantwortliche Einbeziehung ihrer nichtärztlichen Mitarbeiter. Auch in dem bisher wenig erforschten präventiv-psychohygienischen und *prophylaktischen Bereich,* etwa in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ebenso in der Alterspsychiatrie und auch in der Arbeits- und Wohnwelt risikoge-

fährdeter Erwachsener, werden gerade auf dem Gebiet ambulanter und mobiler Versorgung die nichtärztlichen Therapeuten in Zukunft eine zentrale Rolle spielen.

Eine solche Rolle wird ihnen auch im Bereich psychiatrischer und psychotherapeutischer Arbeit im Vorfeld manifester Erkrankungen zukommen. Ein funktionierendes Netz ambulanter Versorgung muß auch eine möglichst frühzeitige Erfassung psychischer Erkrankungen gewährleisten. Entscheidend ist hier eine gesicherte Zusammenarbeit psychiatrischer, vor allem aber psychotherapeutischer Fachinstanzen mit allen jenen Institutionen und Stellen, in denen psychische Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten primär wahrgenommen werden können (Sozialbehörden, Schulen, Kindergärten usw.). Die eigentliche *psychotherapeutische Versorgung* kann nur durch entscheidende Vermehrung und gestreutere Placierung psychotherapeutischer Fachkompetenzen und deren Akzentuierung auf eine direkt patientbezogene Arbeit gesichert werden. Hierbei müssen neben den traditionellen tiefenpsychologisch fundierten auch sonstige psychotherapeutische Methoden ausreichend einbezogen und eine Beschränkung des Klientels auf verbalisations- und reflexionsfähige Angehörige der sozialen Mittelschicht vermieden werden. Psychotherapeutische Betreuung wird schon aus ökonomischen Gründen vielfach im Rahmen gruppentherapeutischer Modalitäten zu organisieren sein. Solche Organisationsformen ermöglichen auch eher die Einbeziehung gegenwärtig nicht erfaßter Patienten aus sozial randständigen Gruppen.

Arbeit im Vorfeld eines integrierten Versorgungssystems leisten auch die *Beratungsstellen*. Die für die extramurale Versorgung unbedingt zu fordernde Vermeidung dysfunktionaler Mehrfachbehandlungen und -betreuungen und fachinkompetenter Betreuungsmodalitäten psychisch Kranker kann nur dadurch gewährleistet werden, daß einerseits eine institutionalisierte konsiliarisch-psychiatrische und psychotherapeutische Fachfähigkeit gesichert wird, die gegebenenfalls den Zugang zur Behandlung garantiert. Andererseits muß die Koordination der Beratungsstellen untereinander und mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Instanzen entscheidend verbessert werden. Die Beratungsstellen wollen und können sicher nicht voll in die Versorgung einbezogen werden, da sie mit Ausnahme spezieller psychiatrischer Beratungsdienste auch oder überwiegend eigenständige Aufgaben erfüllen. Die Anhörung der Experten der Beratungsstellen hat aber gezeigt, daß diese für die auch von ihnen als unabdingbar erachtete Koordination die Schaffung lokaler Koordinierungsgremien erwarten.

Mit den letzten Hinweisen ist das zentrale Problem jedes Versorgungssystems, die *Koordination* aller beteiligten medizinischen und sozialen Institutionen und aller in ihren Tätigen angesprochen. Denn eine gemeindenahe, bedarfsgerechte Versorgung ist in einer pluralistisch organisierten Gesellschaft darauf angewiesen, daß alle an der Versorgung beteiligten Personen und Einrichtungen zusammenwirken.

Von einem *bedarfsgerechten Versorgungssystem* kann aber erst dann gesprochen werden, wenn alle Patienten jeweils Zugang zu demjenigen Ort gewinnen können, der dem Grad ihrer Behinderung entspricht und innerhalb des definierten geografischen Areals des Standardversorgungsgebietes die einzelnen Angebote so aufeinander abgestimmt sind, daß sie mit den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung deckungsgleich werden. Der Entwicklung eines solchen bedarfsgerechten Systems stehen aber alle jene Erschwerungen entgegen, die eingangs ausdrücklich aufgezeigt wurden und auf die schon bei der Schilderung angestrebter Veränderungen immer wieder Bezug genommen werden mußte.

Es ist zu wünschen, daß auf einer ersten Ebene diesen Notwendigkeiten dadurch Rechnung getragen wird, daß Mitarbeiter und Träger der Institutionen im örtlichen Bereich sich zusammenfinden und sich auf eine bedarfsgerechtere Verteilung ihrer Arbeit einigen. Solche *Initiativen,* die auf der Basis einer freiwilligen Motivation den Vorzug stetigen Austausches und kollegialer gegenseitiger Kontrolle bieten, müssen in jeder Hinsicht begrüßt und mit Nachdruck gefördert werden. Angesichts der verschiedenen Arbeitsweisen und Interessen der Institutionen und ihrer Mitarbeiter, den übergeordneten Interessen ihrer vielfältigen Träger, der Spaltung der Aufgaben der Gesundheitsfachverwaltung in einen administrativen und fürsorgerischen Bereich sowie ihrer Unfähigkeit, die ihnen zugedachten Entwicklungsaufgaben auch tatsächlich zu übernehmen, scheint es aber fraglich, ob die komplizierte Problematik der Dysfunktionalität der gegenwärtigen Lage durch solche vom good-will abhängigen und damit im Konfliktfall immer unverbindlichen Koordinationsbestrebungen bewältigt werden kann.

Für eine wirksame Koordination und Planung unabdingbar sind daher geeignete, die einzelnen Initiativen aufnehmende, sie übergreifende und gewichtende Gremien auf verschiedenen Ebenen der Planung und Versorgung, welche klare und ausreichende Befugnisse haben. In Zusammenarbeit mit übergeordneten Instanzen wären die Aufgaben solcher Gremien, die Planung im Versorgungsgebiet voranzutreiben und durchzusetzen, nicht funktionierende und fehlende Verbindungen zwischen den Institutionen gegebenenfalls selbst herzustellen, deren Koordination sicherzustellen und sie dahin gehend zu steuern, daß die einzelnen Einrichtungen, die ihnen innerhalb des Versorgungssystems zugedachten Funktionen auch tatsächlich erfüllen. Nur dadurch kann gewährleistet werden, daß die für den jeweiligen Krankheitszustand eines Patienten indizierten Behandlungsmöglichkeiten auch zur Verfügung stehen. Nur dann wird ein integriertes Versorgungssystem mehr leisten können als die Summe seiner an ihm beteiligten Institutionen.

Konsequenzen einer bedarfsgerechten Versorgung ergeben sich auch in bezug auf alle an ihr beteiligten Berufsgruppen. Eine extramural akzentuierte Versorgung und breit gefächerte psychosoziale Hilfen erfordern neue *Kooperationsformen.* Die aus dem Krankenhauswesen der Körpermedizin überkommene, strikt an die ärztliche Leitung der Insti-

tution geknüpfte und hierarchisch gestufte Weisungsgebundenheit untergeordneter Mitarbeiter ist zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben beispielsweise in teilstationären oder nicht-ärztlich geleiteten Institutionen im Heimbereich sowie in weiten Bereichen ambulanter extramuraler Arbeit (psychiatrische Sozialarbeit, Gemeindepsychiatrie) in ihrer traditionellen Form nicht geeignet. Dies ist schon deshalb nicht der Fall, weil diese Arbeit eine flexible Einbeziehung nicht institutionsgebundener Mitarbeiter, z. B. niedergelassener Nervenärzte oder Mitarbeiter des Gesundheitsamtes und der Sozialbehörden, erforderlich macht.

Behandlung, Betreuung und Wiedereingliederung psychisch Kranker und Behinderter erschöpft sich zudem nicht in medizinischen Kategorien, die in manchen Bereichen der konkreten Arbeit oft auch wenig Hilfe geben können. Pädagogische, psychologische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und soziale Methoden werden schon heute überwiegend von *nicht-ärztlichen Mitarbeitern* durchgeführt und erfordern insbesondere in der extramuralen Arbeit oft unaufschiebbare Entscheidungen, die durch eine — oft über mehrere Delegationsstufen laufende — Rückbindung an die Entscheidungskompetenz eines Leiters nur sehr formal und bei Nichtzugehörigkeit des therapeutisch Handelnden zur Institution überhaupt nicht abgesichert sind.

Die Übernahme präventiver, beratender, behandelnder, betreuender und begleitender sowie rehabilitativer Aufgaben beinhaltet daher eine bisher für diese Gruppe von Mitarbeitern unbekannte Eigenverantwortung. Die de facto durch die Differenzierung der Behandlungsmethoden schon jetzt erfolgte Abgrenzung der Aufgabenverteilungen zwischen Ärzten und den übrigen Berufsgruppen macht eine Klärung und Fixierung der *rechtlichen Stellung* der nicht-ärztlichen Therapeuten insbesondere auf dem extramuralen Sektor notwendig. Es kann nur im Interesse einer möglichst breiten und dabei arbeitsökonomischen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter liegen, wenn — wie dies beispielsweise auch bei den klinisch tätigen Psychologen der Fall ist — bisher als ärztliche Hilfskräfte angesehene Berufsgruppen differenzierte therapeutische Methoden anwenden und vervollständigen und berufsspezifische Behandlungs- und Betreuungsformen in die Behandlung einbringen, zu welchen der Arzt vielfach keine unmittelbare Beziehung hat.

Die mit dem Problem der *Verantwortung* aufgeworfene Frage nach einem Verständnis, welches den Arzt als alleinigen Träger therapeutischer Funktionen sieht, stellt sich jedoch nicht nur durch die intra- und interinstitutionelle Auffächerung extramuraler Arbeit. Sie ist auch nicht nur — wie dies manchmal in verkürzter Argumentation zu hören ist — durch die unbestreitbare Tatsache begründet, daß nicht-ärztliche Psychotherapeuten intensiver, die Krankenschwester enger und kontinuierlicher, der Arbeitstherapeut wirklichkeitsnäher und der Sozialarbeiter im — dem Arzt nicht erreichbaren — konkreten sozialen Umfeld mit ihren Patienten in Beziehung stehen. Die Bedeutung dieser Berufe, die Forderung nach neuen Kooperationsformen und einem veränderten Führungsstil, liegt vielmehr in der Ausrichtung solcher Tätigkeiten auf einen gerade in der extramuralen Psychiatrie unverzichtbaren Behandlungsrahmen und auf das Erfordernis, mit den Patienten in einer Weise umzugehen, die sich nicht an den Umgangsmustern traditioneller Pflege, fürsorgerischer Autorität und distanzierter Anordnungen orientieren kann.

Mit dem traditionellen therapeutischen Stil kustodialer Verwahrung, kommunikationsfeindlicher Binnenstrukturen und passivierender Anordnungen lassen sich die Aufgaben extramuraler Psychiatrie nicht bewältigen, ausreichende Bindungen zu sich nicht als Kranke verstehenden Klienten nicht herstellen, ihre Motivation für eine freiwillige Einfügung in institutionelle und methodische Behandlungs- und Rehabilitationsgefüge nicht wecken, die grundsätzlich offenen komplementären Einrichtungen nicht betreiben. Dies gelingt selbst dann nicht, wenn aus einer stationären Behandlung weitergeleitete Patienten unvermittelt übernommen werden sollen, ohne daß auch die zuweisende Institution den unverzichtbaren Voraussetzungen eines *zeitgemäßen therapeutischen Stils* entspricht.

Gerade die Analysen der Binnenstrukturen psychiatrischer Großkrankenhäuser und des Verhaltens lange hospitalisierter Patienten haben gezeigt, welchen Einfluß ein institutionelles Ordnungsgefüge, der Führungsstil und die Kooperations- und Umgangsformen der Mitarbeiter nicht nur auf die Einstellungs- und Reaktionsweisen der Patienten, sondern auch auf den Krankheitsverlauf selbst haben können. Die Bemühungen zur Überwindung eines Behandlungssystems, das den Patienten als Gegenstand diagnostischer Bemühungen und Empfänger therapeutischer Maßnahmen zur Passivität verurteilte, gehen davon aus, daß sich die Aktivierung und Verselbständigung der Kranken und Gestörten nur in einem flexiblen und durchschaubaren sozialen Gefüge vollziehen kann, in welchem Grundmuster der Interaktion und der sozialen Existenz wahrgenommen und erlernt werden können und in dem der Patient sich als Mitglied einer *Gemeinschaft* verstehen kann. Seine Situation gerade in der teilstationären Einrichtung, im Wohnheim, im Club oder in der Rehabilitationswerkstatt gestattet aber in besonderer Weise die therapeutische Nutzung vielfältiger Gruppenprozesse, die durch die intensive Kommunikation der Patienten untereinander und mit den therapeutischen Mitarbeitern ermöglicht werden und dem Kranken eine besonders realitätsbezogene Chance aktiver Mitwirkung gestatten.

Die in einer solchen Struktur des therapeutischen Feldes veränderte Rolle des Patienten und die aus ihr resultierende Anhebung seines sozialen Status verringern das Gefälle zwischen den eingeschränkten Lebensumständen in der therapeutischen Situation — die ihn nach traditionellem Verständnis von seinen normalen Rollenverpflichtungen entbindet — und den Gegebenheiten der gesunden Umwelt. Sie erlaubt es, daß der Kranke und Behinderte mit den Erwartungen, Aufgaben und Forderungen seines eigentlichen Lebensraums konfrontiert wird

und seine soziale Identität soweit als möglich wiederfindet. Die Überwindung der institutionsbezogenen Orientierung in der Behandlungseinrichtung, ihre an der Außenwelt orientierte *Realitätsnähe,* die konsequente Einbeziehung der Umwelt in den therapeutischen Prozeß und der Kontakt und die aktive Auseinandersetzung mit Partnern und Institutionen in der Gemeinde bilden wesentliche Elemente therapeutischer und rehabilitativer Bemühungen im teilstationären und komplementären Bereich.

Die in solcher Praxis realisierte Verflechtung von medizinischen, psychologischen und sozialen Elementen in der Behandlung und die in solcher Arbeit erlebbare Tatsache, daß jede Behandlungs- und Betreuungsmaßnahme — auch die einfache Verabreichung eines Medikamentes oder eine handfeste fürsorgerische Hilfe — eine soziale Interaktion mit wechselseitiger Beeinflussung der *Einstellungs- und Verhaltensweisen* der durch die Situation miteinander verbundenen Partner ist, stellt an die therapeutischen Mitarbeiter erhebliche Anforderungen, die auch für die Einzelbegegnung im ambulanten Versorgungsraum gelten. Durch die Notwendigkeit, bei jeder Art therapeutischen Handelns solche Aspekte erkennen und therapeutisch nutzen zu können, erhält die Arbeit der nicht-ärztlichen Mitarbeiter einen anderen Stellenwert und ein anderes Gewicht als im herkömmlichen Gefüge traditioneller Pflege und Hilfe.

Konsequenzen ergeben sich auch für eine Verbesserung der Bildungsgänge aller an der Versorgung Beteiligten. Die Bedeutung interaktioneller Kommunikation in der therapeutischen Situation muß schon in der beruflichen Bildung erfahrbar gemacht werden. Neben der Wissenschaftsvermittlung wird daher die Schulung des eigenen Verhaltens und der eigenen Einstellung sowie des besseren Erfassens des Verhaltens anderer und seiner Motivationen im Rahmen der hierzu geeigneten Techniken der *Selbst- und Fremdwahrnehmung* in jedem Bildungsgang und auf allen Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung eine Bedeutung erhalten. Gerade Weiter- und Fortbildungsgänge werden sich durch Übung kritischer Selbstreflexion um eine ständige Verbesserung der interpersonellen Kommunikation mit Patienten und Mitarbeitern bemühen müssen.

Der *Inhalt der Bildungsgänge* wird sich an dem Grundsatz orientieren, daß Behandlung und Betreuung psychisch Kranker und Behinderter immer alle Elemente psychischen Krankseins berücksichtigen muß. Die in der Versorgung Tätigen müssen — trotz unterschiedlicher Akzentuierungen ihrer späteren praktischen Arbeit — grundsätzlich in der Lage sein, die Bedeutung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren für die Entstehung, die Auswirkung und die Behandlung psychischer Krankheiten, Störungen und Behinderungen zu begreifen. Dabei ist besonders darauf zu achten, daß in den medizinischen Ausbildungsgängen die sozialen Aspekte und Auswirkungen psychischer Krankheiten weit mehr als bisher berücksichtigt werden müssen, und der künftige Arzt ebenso wie die spätere Krankenschwester ein Bewußtsein entwickeln müssen dafür, daß medizinische und soziale Hilfen in der konkreten Situation therapeutischen Handelns nicht trennbar sind. Die rein theoretische Vermittlung stößt auch bei diesem Anliegen an Grenzen, die nur durch eine realitätsgerechte Wissensvermittlung erweitert und durch einen kontinuierlichen Praxisbezug überwunden werden können. Hierbei sollten die zu entwickelnden Lehr- und Unterrichtsprogramme auch den extramuralen Bereich in seinen ambulanten, teilstationären und komplementären Einrichtungen berücksichtigen, wo immer dies möglich ist.

Qualifizierende *Weiterbildungsgänge*, die bisher nur bei Ärzten für den Erwerb des Facharzttitels verlangt wurden, sollten für alle Berufsgruppen geschaffen werden. Eine bessere Versorgung ist unausweichlich auch an eine höhere Qualifikation zumindest solcher Mitarbeiter gebunden, die besonders verantwortungsvolle Aufgaben übernehmen müssen. Solche Aufgaben aber erfordert gerade die extramurale Versorgung in höherem Maße, und ihr Ausbau kann nur dann mit Erfolg vorangetrieben werden, wenn eine ausreichende Anzahl qualifizierter Mitarbeiter zur Verfügung steht. Weiterbildungsgänge werden in der Regel berufsspezifisch sein. Sofern berufsübergreifende Bestandteile eingebaut werden, darf damit die Entwicklung eines klaren Rollenverständnisses innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen nicht behindert werden. Obwohl sich deren Tätigkeitsbereiche in der Praxis kooperativer Arbeit überschneiden, läßt sich nur auf der Basis definierter Vorstellungen von Rollen und Funktionen eine den Anforderungen eines vielfältig gefächerten Versorgungs- und Behandlungssystems gerecht werdende Teamarbeit verwirklichen. Insbesondere die Aufgaben der sozialen und beruflichen Rehabilitation lassen sich nur durch Kooperationsformen bewältigen, in denen die einzelnen Rollen- und Funktionsträger die Möglichkeit haben, ihr spezifisches Wissen und Können in Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit in die gemeinsame Arbeit einzubringen.

Ein sehr erheblicher Teil der heute in der Psychiatrie vor allem auf dem Pflegesektor tätigen Mitarbeiter besitzt keine oder nur eine geringe, durch eine berufliche Bildung erworbene Qualifikation. Soll die Verbesserung der Versorgung nicht in unvertretbarem Ausmaße verzögert werden und die Entwicklung ihrer neuen institutionellen Formen nicht infolge gravierender Mängel an Kenntnissen und Fähigkeiten bei den zur Arbeit in ihnen Motivierten scheitern, muß auf die *Fortbildung* ein besonders großes Gewicht gelegt werden. Grundfähigkeiten für den Umgang mit psychisch Kranken und Gestörten sind auch in kurzen Ausbildungsgängen dann zu vermitteln, wenn diese an der Praxis orientiert sind und ihre Inhalte durch lebendige Anschauung vermitteln. Es ist deshalb zu fordern, daß die Träger der Versorgungseinrichtungen diese Bildungsformen auf regionaler Ebene für alle Berufsgruppen initiieren und intensivieren, wobei sich hier in besonderer Weise die Möglichkeit nutzen läßt, verschiedene Berufsgruppen an solchen Fortbildungsveranstaltungen zu beteiligen.

Ausbildungskurse müssen unbedingt auch für jene Gruppe geschaffen werden, die in einer gemeindenah orientierten Versorgung eine wichtige flankierende Rolle spielen muß. Von der Möglichkeit der Einbeziehung *freiwilliger Mitarbeiter* wird noch immer viel zu wenig Gebrauch gemacht. Für sie ergeben sich in der extramuralen Versorgung, etwa bei der Gestaltung von Freizeitaktivitäten im Rahmen von Patientenclubs oder Heimen, eine reiche Fülle von Möglichkeiten. Der psychiatrische Laienhelfer kann aber nur dann für seinen Einsatz motiviert und in diesem bestätigt werden, wenn er fachliche Hilfe in einer für ihn geeigneten Form erhält.

Die Sachverständigen-Kommission hat in ihren Empfehlungen als Ziel aller Behandlung und Versorgung die größtmögliche Entfaltung der kranken, gestörten oder behinderten Persönlichkeit vor Augen. Gemeindenahe Versorgung aber bedeutet, daß diese Entfaltung soweit als irgend möglich im freien Lebensraum der Gesunden stattfindet. Partner dieser Bestrebung sind daher nicht nur die Mitarbeiter in den Institutionen, sondern die *Bevölkerung* selbst. Die Wiedereingliederung psychisch Kranker und die Vermeidung ihrer Ausgliederung kann daher nur gelingen, wenn diese Umwelt den Bestrebungen professioneller Hilfen entgegenkommt.

Psychiatrische *Öffentlichkeitsarbeit* ist deshalb eine Voraussetzung einer besseren Versorgung. Kenntnisse über Art und Wesen psychischer Störungen sind aber trotz der Tatsache, daß eine so große Zahl von Menschen von ihnen im Laufe ihres Lebens betroffen werden, äußerst mangelhaft und zufällig verbreitet. Vor allem ist die Öffentlichkeit wenig oder gar nicht über die Möglichkeiten moderner Hilfen und die Art der in Frage kommenden Institutionen orientiert. Öffentlichkeitsarbeit sollte vor allem darin bestehen, Vorstellungen über die Unheilbarkeit solcher Störungen durch die anschauliche Wirksamkeit zeitgemäßer Einrichtungen für Beratung, Therapie und Wiedereingliederung selbst und damit in einer für jeden verständlichen und einleuchtenden Form abzubauen. Dabei werden die Kranken selbst und ihre Angehörigen mithelfen.

Auch die Orientierung der administrativ und gesundheitspolitisch für die Versorgung Verantwortlichen darf nicht vernachlässigt werden. Es wird entscheidend sein, beispielsweise bei den kommunalen Behörden und Politikern, ein Problembewußtsein für die Bedeutung von Reformbestrebungen zu wekken, ihr Interesse wachzuhalten und sie ständig über die sich wandelnden Gegebenheiten und Entwicklungen zu informieren.

Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission und die obigen Ausführungen werden deutlich machen, daß die zwischen einer unzureichenden ambulanten Versorgung und der zu Ausgliederung und Isolation tendierenden stationären Behandlung in Großkrankenhäusern bestehende Lücke vorrangig geschlossen werden muß und daß es hierzu erheblicher Anstrengungen bedarf. Die Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erfordert ein Umdenken, das sich nicht in der Planung zusätzlicher Einrichtungen erschöpfen kann. Notwendige Reformen sind durch einzelne Verbesserungen und die Beseitigung allzu offensichtlicher Mißstände nicht zu bewältigen. Versorgung erfolgt innerhalb einer Struktur, deren einzelne Elemente sich wechselseitig bedingen. Reformen, die über kosmetische Bereinigungen hinausgehen und die diesen Namen wirklich verdienen, sind deshalb nur durch strukturelle Veränderungen zu verwirklichen.

Die extramurale Psychiatrie wird hier einen entscheidenen Beitrag zu leisten haben. Sie wird aber auch in besonderer Weise dazu beitragen können, daß eine neugeordnete Versorgung auch eine humanere Versorgung sein wird. Die Öffnung behandelnder Institutionen nach innen und nach außen und die damit auch für die von ihnen Betreuten ermöglichte Entfaltung ihrer Persönlichkeit verlangt neben der einschneidenden Umstellung im Bereich der äußeren wie der inneren Strukturen der vorhandenen und neu zu schaffenden Institutionen vor allem eine Neuorientierung des Versorgungsstils und damit einen allseitigen, von der Bevölkerung mitgetragenen Wandel in der Begegnung und im Umgang mit psychisch kranken, gestörten und behinderten Menschen.

Ausführungen der Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste"

Erfordernisse einer zeitgemäßen stationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Wenn im folgenden Erfordernisse der stationären psychiatrischen Versorgung besonders dargestellt werden, so soll dabei nicht verkannt werden, daß moderne psychiatrische Behandlungskonzepte eine strenge Trennung stationärer, teilstationärer und nichtstationärer Behandlung nur theoretisch zulassen. Eine engste Verflechtung „intramuraler" und „extramuraler" Dienste ist unabdingbar erforderlich.

1 Neugliederung psychiatrischer Versorgungsgebiete

Eine Verbesserung der derzeitigen psychiatrischen Versorgung ist nicht denkbar ohne eine weitestgehende Neugliederung des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems. Von Mammutkrankenhäusern aus, die riesige Aufnahmegebiete zu versorgen haben, sind moderne psychiatrische Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren ebensowenig realisierbar, wie eine Integration der Psychiatrie in ein allgemeines medizinisches Versorgungssystem.

Durch Psychiatriepläne auf Länderebene müssen kleinere, überschaubarere und vorrangig unter dem Aspekt der Gemeindenähe konzipierte psychiatrische Versorgungsregionen geschaffen werden.

1.1 Das Standardversorgungsgebiet

Durch Verkleinerung und Neuordnung von Einzugsgebieten für alle stationären Versorgungseinrichtungen sollen *Standardversorgungsgebiete* geschaffen werden, die je nach Besiedlungsdichte 100 000 bis 350 000 Einwohner umfassen. Nur so kann der Forderung einer gemeindenahen stationären Behandlung Rechnung getragen werden.

Kapazität, Gliederung, Struktur und Funktion der psychiatrischen Einrichtungen und Instanzen des Standardversorgungsgebietes müssen gewährleisten, daß alle psychisch Kranken dieser Region auch dort versorgt werden können, soweit nicht für einzelne Patientengruppen eine Unterbringung und Behandlung in überregionalen Spezialeinrichtungen vorgesehen ist.

In diesen Standardversorgungsgebieten sollen alle an Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation und Nachbetreuung seelisch Kranker bzw. geistig Behinderter arbeitenden Personen und Einrichtungen im Sinne eines optimal gegliederten Systems seelischer Gesundheitsfürsorge zusammenwirken.

Die Grenzen des Standardversorgungsgebietes sollten möglichst mit den politischen oder verwaltungstechnischen Grenzen (Region, Kreis, Stadt, Stadtteil) zusammenfallen. Es wird darauf hingewiesen, daß sich Universitätskliniken und ähnliche Einrichtungen, psychiatrische Krankenhäuser unter freigemeinnütziger Trägerschaft und psychiatrische Abteilungen an der Gesamtversorgung beteiligen. Absprachen dieser Einrichtungen mit psychiatrischen Krankenhäusern, die nur die bestehende Abschiebepraxis verfestigen, sind keine Lösung.

1.2 Kooperation und Koordination

Es müssen nicht alle erforderlichen stationären, teilstationären, rehabilitativen und flankierenden Einrichtungen von einem einheitlichen Träger vorgehalten werden. Da aber die Möglichkeiten eines gestuften Behandlungssystems nur ausgeschöpft werden können bei größtmöglicher Flexibilität und optimaler Kooperation, dürfen diese nicht dem Zufall überlassen werden. Da die Wirksamkeit eines integrierten Versorgungssystems von einer entsprechenden Koordination abhängt, ist die Schaffung eines institutionalisierten Koordinationsgremiums unbedingt erforderlich. Neben der Koordination und Steuerung der Kooperation zwischen den verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen und Instanzen wäre es auf der Ebene des Standardversorgungsgebietes Aufgabe eines „regionalen Psychiatrierates", dafür Sorge zu tragen, daß jede der einzelnen Institutionen die im gesamten Versorgungssystem ihre zugedachte Aufgabe voll wahrnimmt, daß alle für die psychiatrische Versorgung der Region erforderlichen Einrichtungen geschaffen werden und in einer kontinuierlichen Planung dem jeweils aktuellen Bedarf angepaßt werden, aber auch Überkapazitäten vermieden werden.

In diesem „regionalen Psychiatriebeirat" (psychosozialer Ausschuß) sollten möglichst Vertreter aller Gruppen vorhanden sein, die fachlich, administrativ, finanziell und politisch mit der Vorbeugung, Behandlung, Versorgung und Wiedereingliederung psychisch Kranker befaßt sind. Organisatorisch sind für diesen regionalen Psychiatriebeirat mehrere Lösungen denkbar, beispielsweise analog zu den Jugendwohlfahrtsausschüssen bei den Jugendämtern.

Vertreter dieser einzelnen „regionalen Psychiatriebeiräte" sollten zur Berücksichtigung überörtlicher Gesichtspunkte und im Interesse einer landeseinheitlichen Psychiatrieentwicklung auf Landesebene zu einem „Landespsychiatriebeirat" zusammengeschlossen werden. Aufgabe dieses „Landespsychiatriebeirates" sollte es sein, der jeweiligen Landesregierung ein fachlich kompetenter Beratungspartner für Planung, Realisierung, Weiterentwicklung

und Kontrolle des psychiatrischen Versorgungssystems in den einzelnen Bundesländern zu sein.

1.3 Überregionale Versorgung

Eine Abweichung von der Forderung, alle psychisch Kranken einer Region auch innerhalb dieser Region zu behandeln und unterzubringen, kann nur für die Patienten gelten, die einer besonderen Behandlung und Unterbringung in einer Spezialeinrichtung (s. „stationäre Spezialeinrichtungen" 2.3) bedürfen, wenn der quantitative Bedarf für die Errichtung einer Spezialeinrichtung innerhalb der Region nicht ausreichend ist. In diesem Falle können die Kranken bzw. Behinderten in überregionalen Spezialeinrichtungen untergebracht und behandelt werden.

2 Stationäre Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet

2.1 Das psychiatrische Behandlungszentrum

Im Mittelpunkt des psychiatrischen Standardversorgungsgebietes soll das psychiatrische Behandlungszentrum (PBZ) stehen. Das PBZ muß über eine entsprechende technische Ausstattung und ausreichende Betten und Plätze verfügen, um allen erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten gerecht werden zu können. Es muß teilstationäre, flankierende und extramurale Einrichtungen anbieten können, um eine gestufte Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker und geistig Behinderter zu ermöglichen. Es muß außerdem Vor- und Nachsorge in ausreichendem Umfang garantieren können. Im einzelnen kann das PBZ ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder eine Universitätsklinik sein.

Es muß eine intensive Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten gewährleistet sein.

2.1.1 Das psychiatrische Fachkrankenhaus

Beim psychiatrischen Fachkrankenhaus (Richtgröße nach WHO 400 bis 600 Betten) wird man zunächst in der Regel davon ausgehen können, daß es sich um ein schon bestehendes psychiatrisches Landeskrankenhaus handelt, das von der Lage her die Forderung der Gemeindenähe erfüllt, das von Überlastung und Überbelegung befreit wurde und personell wie materiell so ausgestattet ist, daß es den Erfordernissen eines modernen psychiatrischen Behandlungszentrums gerecht wird. Das psychiatrische Fachkrankenhaus wird unter Umständen von der vorhandenen Baukapazität her vorübergehend auch in der Lage sein, noch überregionale, schwerpunktmäßige Sonderfunktionen im Sinne der Spezialeinrichtung zu übernehmen. Im Interesse der Integration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin sollte auch das psychiatrische Fachkrankenhaus eine engste Zusammenarbeit mit dem lokalen Allgemeinkrankenhaus anstreben und beispielsweise als psychiatrische Abteilung eines Hauptschwerpunktkrankenhauses fungieren.

2.1.2 Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus

Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus (Richtgröße mind. 200 Betten/Plätze) muß groß genug sein, um der Forderung einer Gesamtversorgung der Region Rechnung zu tragen. Sie kann u. U. schrittweise, aber mit der verbindlichen Auflage der Gesamtversorgung, auf die erforderliche Kapazität gebracht werden. Hier ist besonders auf die Gefahr zu achten, daß leicht durch Aufnahmeselektion eine „Edelpsychiatrie" betrieben werden könnte.

2.1.3 Die Universitäts-Nervenklinik

Bei der Universitäts-Nervenklinik als psychiatrischem Behandlungszentrum muß berücksichtigt werden, daß sie wegen der relativ geringen Bettenzahl auch nur eine kleinere Region wird versorgen können. Jedoch ist auch hier im Interesse einer Gleichheit der Behandlungschancen, der Verhinderung einer „Mehrklassen-Psychiatrie" und nicht zuletzt im Hinblick auf Lehre, Forschung und Facharzt-Weiterbildung die Forderung nach Gesamtversorgung der (verkleinerten) Region zu stellen. Der Mangel an Betten kann durch die Einbeziehung teilstationärer Einrichtungen auch anderer Träger ausgeglichen werden.

2.2 Heime

Patienten, die zu ihrer Behandlung nicht mehr des personellen und technischen Apparates eines Krankenhauses bedürfen, jedoch aus den verschiedensten Gründen (z. B. wegen fortgeschrittenen Alters) nicht wieder voll rehabilitierbar sind, dürfen in Zukunft nicht mehr Betten im psychiatrischen Behandlungszentrum langfristig blockieren, sondern sollten in entsprechenden Wohn-, Pflege- und Altenheimen untergebracht werden.

Da die Vergangenheit jedoch gezeigt hat, daß die vorhandenen Vorschriften und Aufsichtsmöglichkeiten für Heime in keiner Weise ausreichen, ist es dringend erforderlich, die Koordinierung und Kontrolle des regionalen Psychiatrierates auf diese Heime auszudehnen. Es muß sichergestellt werden, daß die Unterbringung in diesen Heimen sich an Komfort und Lebensraum der zukünftigen psychiatrischen Krankenhäuser orientiert und den Patienten ein reichhaltiges Freizeit- und Beschäftigungsangebot zur Verfügung steht. Eine fachliche Weiterbetreuung der Patienten sollte im Rahmen der nachgehenden Betreuung durch die verlegende stationäre Einrichtung gewährleistet werden, besonders dann, wenn die Versorgung durch niedergelassene Ärzte nicht erfolgt. Die Verlegung von Patienten in derartige Heime darf nur innerhalb der Region und sollte in der Regel in Heime nahe dem ursprünglichen Wohnort des Patienten erfolgen.

2.3 Spezialeinrichtungen

Neben den allgemeinen psychiatrischen Einrichtungen sind für besondere Patientengruppen Spezialeinrichtungen mit stationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, sowie gegebenenfalls selbständigen flankierenden Einrichtungen zu schaffen. Diese Spezialeinrichtungen sind, soweit dies der quantitative Bedarf zuläßt, ebenfalls auf der Ebene der Standardversorgungsregion einzurichten. Derartige Spezialeinrichtungen sind erforderlich für folgende Patientengruppen:

2.3.1 Geistig Behinderte

2.3.2 Psychisch Alterskranke

2.3.3 Suchtkranke

2.3.4 Epilektiker

2.3.5 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

2.3.6 Psychisch kranke Rechtsbrecher

In diesen Spezialeinrichtungen sind Patienten unterzubringen, die einer besonders gesicherten Unterbringung bedürfen (insbes. Patienten, die nach § 42 b, c StGB und § 81 sowie § 126 a StPO untergebracht sind). Für diese Patientengruppe sind besondere Sicherheitsvorkehrungen erforderlich, die im psychiatrischen Behandlungszentrum zu einer unnötigen Beeinträchtigung anderer psychisch Kranker führen würden. Außerdem brauchen diese Einrichtungen zur Durchführung spezifischer Behandlungs- und Rehabilitations-Programme eine besondere Ausstattung und speziell geschultes Personal.

2.3.7 Mehrfachkranke

Für die diagnostische und therapeutische Versorgung von Mehrfachkranken (psychisch Kranke mit Tuberkulose und anderen ansteckenden Krankheiten) sind auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete geeignete interdisziplinäre Spezialeinrichtungen zu schaffen.

3 Teilstationäre, komplementäre und Übergangseinrichtungen

4 Umstrukturierung psychiatrischer Großkrankenhäuser

Es sei hier einleitend festgestellt, daß die Reform der stationären psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nicht nur darin bestehen darf, die schon bestehenden psychiatrischen Großkrankenhäuser zu renovieren. Ziel der Reform muß ein neues, gemeindenahes, gestuftes psychiatrisches Versorgungssystem sein.

Andererseits darf eine Reform der Psychiatrie, die bis zu ihrer endgültigen Realisierung sicherlich mindestens ein Jahrzehnt in Anspruch nehmen wird, sich nicht an den derzeitig stationär untergebrachten psychisch Kranken vorbeientwickeln. Es darf nicht eine ganze Generation psychisch Kranker im Interesse einer optimalen zukünftigen stationären Versorgung weiterhin unter menschenunwürdigen Verhältnissen notdürftig versorgt werden. Mit anderen Worten: Die Reform der Psychiatrie muß mehrgleisig parallel vollzogen werden. Die Planung und Neueinrichtung von bisher völlig fehlenden psychiatrischen Einrichtungen wie psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, teilstationären, flankierenden und Übergangseinrichtungen muß parallel mit einer Umstrukturierung und Renovierung der derzeit bestehenden psychiatrischen Großkrankenhäuser geschehen. Das eine darf nicht zu Lasten des anderen betrieben werden.

Da erfahrungsgemäß Planung und Neueinrichtung von Institutionen eines größeren Anlaufzeitraumes bedarf, wird man sogar die ersten Schritte zur Reform der stationären psychiatrischen Versorgung im Bereich der jetzigen Einrichtungen unternehmen müssen: Hier müssen die Sofortmaßnahmen einsetzen. Allerdings darf auch die Umstrukturierung, Renovierung usw. der bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser nur unter dem Aspekt der Rolle vorangetrieben werden, die diese psychiatrischen Krankenhäuser in einem kommenden, neuen psychiatrischen Versorgungssystem zu spielen haben werden.

Für die meisten derzeitigen psychiatrischen Krankenhäuser wird man annehmen können, daß sie in Zukunft in einem neuen Versorgungssystem die Rolle eines psychiatrischen Fachkrankenhauses eines Standardversorgungsgebietes übernehmen werden. Unter diesem Aspekt müssen sie weiterentwikkelt werden. Daher kann das im folgenden über die Zielvorstellungen der psychiatrischen Krankenhäuser Gesagte sinngemäß auch für neu zu planende psychiatrische Behandlungszentren in den Standardversorgungsgebieten gelten.

4.1 Auflockerung der psychiatrischen Krankenhäuser

Jede Veränderung in den derzeitigen psychiatrischen Krankenhäusern wird zuerst am Problem der Überfüllung ansetzen müssen. Praktisch alle diese psychiatrischen Krankenhäuser sind viel zu groß, ihre Bettenzahl muß möglichst rasch auf die geforderte Größe des PBZ von 400 bis 600 Betten reduziert werden. Da aber bis zum Entstehen weiterer psychiatrischer Behandlungszentren, Spezialeinrichtungen, Übergangseinrichtungen usw. sicherlich einige Zeit verstreichen wird, sind hier improvisierende Sofortmaßnahmen dringend erforderlich, um die Überfüllung zu reduzieren und damit andere Maßnahmen, wie z. B. die Differenzierung der Behandlungsfelder, überhaupt erst zu ermöglichen.

Auch derartige improvisierende Maßnahmen müssen dem Gesichtspunkt der Gemeindenähe und des angestrebten gestuften Versorgungssystems Rechnung tragen. So erscheint es beispielsweise nicht sinnvoll, die Bettenkapazität in den psychiatrischen Krankenhäusern zu erweitern. Zweckmäßiger ist eine Erweiterung der Bettenkapazität außerhalb des

Krankenhauses, z. B. durch Auslagerung ganzer Stationen in aufgekaufte oder angemietete Hotels und Gaststätten. Das Argument einer komplizierteren Organisation und Verwaltung darf hier nicht hindernd im Wege stehen.

Dazu muß jedoch auch den einzelnen Krankenhäusern ein größerer Spielraum zum selbständigen Handeln gelassen werden (s. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstitutes).

Bei derartigen Entlastungseinrichtungen sollte auf Aktivitäten, Möglichkeiten und Einrichtungen beispielsweise freigemeinnütziger Organisationen zurückgegriffen werden. Wo dies jedoch nicht möglich ist, sollten die psychiatrischen Krankenhäuser eigene Initiativen entwickeln (Vereine, etc.).

Obwohl die Situation in Heimen, in die beispielsweise ältere psychisch Kranke in den letzten Jahren verlegt wurden, häufig zu berechtigter Kritik Anlaß gegeben hat, kann doch weiterhin auf diese Einrichtungen zurückgegriffen werden, wenn durch eine entsprechende Beratung und Kontrolle dieser Einrichtungen im Rahmen der nachgehenden vertraglich geregelten Betreuung die Entstehung von Mißständen verhindert wird.

Es müssen also alle, auch improvisierenden Möglichkeiten genutzt werden, durch Verlegung geeigneter Patienten in extramurale, gemeindenahe Einrichtungen eine Bettenreduzierung und damit Auflockerung der bestehenden psychiatrischen Großkrankenhäuser zu erreichen.

Das anzusteuernde Ziel sollte die Rolle eines gemeindenahen psychiatrischen Behandlungszentrums mit ca. 400 bis 600 Betten in einem schon jetzt zu planenden Standortversorgungsgebiet sein. Als Richtzahlen für die Endstufe können angesehen werden:

3 Behandlungsbetten/ -plätze pro 1 000 Einwohner,

davon 0,5 Akutbetten pro 1 000 Einwohner,

1 teilstationäres Bett / Platz pro 1 000 Einwohner,

maximale Stationsgröße: 20 Betten.

Hinsichtlich der sanitären und technischen Ausstattung sowie des erforderlichen Lebensraumes muß das heute adäquate allgemeine Krankenhausniveau (s. KhVO sowie Richtlinien und Empfehlungen des DKI) zugrunde gelegt werden. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß im Hinblick auf die längere Verweildauer in Stationen für mittelfristig und langfristig untergebrachte Patienten Krankenhausatmosphäre möglichst vermieden und der Wohncharakter (Hotelcharakter) betont werden sollte.

4.2 Landespsychiatriepläne und regionaler Psychiatrierat

Da auch improvisierte Maßnahmen und Einrichtungen bereits unter dem Aspekt der endgültigen Zielplanung erfolgen sollten, muß möglichst rasch ein endgültiges Planungskonzept in Form von regionalen Psychiatrie-Plänen gefordert werden.

Auch erscheint es zweckmäßig, bereits jetzt regionale Psychiatrieräte zu schaffen, um möglichst frühzeitig lokale Aktivitäten und Initiativen in Richtung der geplanten Standardversorgungsregion berücksichtigen und initiieren zu können.

4.3 Personalsituation

Da die personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser als völlig unzureichend angesehen werden muß, jede Weiterentwicklung aber zusätzlich Personalbedarf erforderlich macht, ist eine sofortige Aufstockung des Personalschlüssels der psychiatrischen Krankenhäuser unabdingbar erforderlich. Es muß sofort damit begonnen werden, den Personalbestand in psychiatrischen Einrichtungen auf die von der WHO angegebenen Schlüsselzahlen aufzustocken.

Da für viele, insbesondere geographisch ungünstig gelegene psychiatrische Krankenhäuser die Besetzung vorhandener Stellen, vorwiegend ärztlicher Stellen, recht schwierig ist, müssen nicht nur neue Stellen geschaffen werden, sondern es ist auch eine ganze Reihe zusätzlicher Maßnahmen erforderlich, um diese Stellen auch besetzen zu können (Stellenzulagen, Austauschbarkeit gleichwertiger Stellen, günstige Wohnmöglichkeiten, Fahrtkostenerstattung, Kindertagesstätten, bessere Aufstiegsmöglichkeiten für verschiedene Berufsgruppen).

Neue Therapieformen machen es erforderlich, daß neue Berufsbilder geschaffen werden (z. B. Freizeitpädagogen, Heimleiter, Arbeitstherapeuten) und bisher in der Psychiatrie praktisch nicht vertretene Berufsgruppen vermehrt eingesetzt werden (Soziologen, Sozialpädagogen, Sonderpädagogen, Sportlehrer, Hauswirtschaftsleiterinnen usw.).

4.4 Ausbildungsstand

Da die derzeitige Personalsituation nicht nur ein quantitatives, sondern auch ein qualitatives Problem darstellt, müssen umgehend alle Möglichkeiten gefördert werden, den Ausbildungsstand aller in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen anzuheben (Ausbildungsstand als Kriterium des Aufstiegs, Besoldungskonsequenzen für Zusatzausbildung, großzügige Handhabung von Bildungsurlaub usw.). Insbesondere müssen psychodynamische und soziodynamische Aspekte der Behandlung und Betreuung psychisch Kranker bei der zukünftigen Aus-, Fort- und Weiterbildung vermehrt Berücksichtigung finden. Neben der kontinuierlichen Fortbildung aller im Bereich der Psychiatrie Tätigen ist insbesondere eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung des Pflegepersonals erforderlich. Für die Mitarbeiter in den genannten Spezialeinrichtungen sollten spezifische Aus- und Fortbildungsgänge erarbeitet werden. Für nichtärztliche akademische Berufsgruppen (z. B. Psychologen) sollten der Facharztweiterbildung analoge Fachausbildungsrichtlinien erarbeitet werden. Die bisherigen Modelle sind unzureichend.

4.5 Beseitigung der „brutalen Realität"

Unabhängig von jeder modernen Psychiatrieplanung und -konzeption müssen auf dem Wege von

Sofortmaßnahmen die zum großen Teil menschenunwürdigen Verhältnisse in den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern (s. Zwischenbericht) beseitigt werden. Es muß unbedingt vermieden werden, daß mit dem Hinweis auf angelaufene Planungen und Umstrukturierungen größeren Stils diese untragbaren Zustände weiter bestehen bleiben.

Die z. T. katastrophalen sanitären Verhältnisse müssen unverzüglich beseitigt werden. Unzumutbar große Schlafsäle müssen improvisiert verkleinert werden. Unnötige und z. T. unsinnige Restriktionsmaßnahmen sind sofort zu unterbinden (Stationen können überwiegend geöffnet sein, routinemäßiges Fixieren von Patienten und disziplinarische Absonderungen sind zu verbieten, den Patienten sollte weitestgehende Verfügbarkeit über Geld und persönliche Gegenstände ermöglicht werden, routinemäßige Postkontrolle ist zu unterlassen). Die Stationen müssen wenigstens eine ausreichend wohnliche Möblierung aufweisen (eigenen, abschließbaren Schrank, eigenen Nachttisch, Nachttischlampe für jeden Patienten etc.). Wirtschaftlichkeit und organisatorische Vereinfachung darf nicht zu Lasten der Patienten gehen (Einheitskleidung, zu frühes Wekken, zu frühes Ins-Bett-gehen, zu frühe Mahlzeiten, nur ein Teller zum Essen usw.).

Das z. T. deprimierend triste Erscheinungsbild der Stationen kann mit unbedeutendem materiellen Aufwand freundlich gestaltet werden (Licht, Farbe, Bilder, Blumen). Zur Vermeidung von Ghettoverhaltensweisen und zur Schaffung eines natürlichen Milieus sollten die Stationen gemischt werden. Die Befriedigung elementarer menschlicher Grundbedürfnisse muß zur Selbstverständlichkeit werden.

Es ist selbstverständlich, daß die Stationen von Schwestern und Pflegern gemeinsam betreut werden. Im Unterricht des Pflegepersonals ist auf die Probleme der Beseitigung der sogenannten brutalen Realität besonderes Gewicht zu legen.

4.6 Differenzierung der Behandlungsfelder

Gezielte Behandlungsmaßnahmen für verschiedene Patientengruppen setzen eine Differenzierung der Behandlungsfelder (Spezialisierung) voraus. Es geht nicht mehr an, heterogene Patientengruppen (z. B. Oligophrene, akut psychisch Kranke, Suchtkranke, chronisch psychisch Kranke usw.) innerhalb einer Station unterzubringen. Es ist unter diesen Umständen nicht möglich, jedem Patienten die für ihn optimalen Behandlungsformen zuteil werden zu lassen. Sicherlich ist die Differenzierung auch ein Problem der Auflockerung der bestehenden Krankenhäuser, jedoch sind eine ganze Reihe von Maßnahmen in dieser Richtung auch in den einzelnen Krankenhäusern bereits jetzt möglich.

Folgende Schwerpunktbildungen innerhalb der einzelnen Krankenhäuser sollten jetzt bereits durchgeführt werden:

Akutpsychiatrie,

rehabilitative Psychiatrie,

Geriatrie,

Intensivstation,

Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychotherapie,

Suchtkranke,

Oligophrene,

und — wenn möglich — noch Neurologie.

Eine derartige Differenzierung ist nicht nur Voraussetzung einer optimalen Behandlung der verschiedenen Patientengruppen, sondern trägt auch erheblich zur Strukturierung und Übersichtlichkeit des Krankenhauses bei.

Wo möglich, sollte wenigstens teilweise eine Sektorisierung (geographische Zuständigkeit — oder Behandlungskette: Akutstation — mittelfristige Station — Langzeitstation) eingeleitet werden, um damit eine gewisse Behandlungskontinuität zu erreichen.

Für bestimmte Gruppen von Kranken ist eine Sektorisierung wenig sinnvoll, z. B. für Geriatrie.

4.7 Innere Struktur und Führungsstil

Unnötige Reglementierung und kustodiale Entmündigung der Patienten sind meist Ausdruck eines hierarchisch-autoritären Stils und Gefüges des gesamten Krankenhauses, wobei der Patient stets das letzte Glied einer hierarchischen Kette ist. Ein Umdenken zu einem Behandlungssystem, das den Patienten nicht entmündigt oder überbetreut, sondern den Patienten im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft aktiv in die Behandlung mit einbezieht, ist nicht möglich, ohne einen durchgehend demokratisch-kooperativen Stil im gesamten Krankenhaus. Hierarchisches Denken macht die Behandlung des Patienten durch ein therapeutisches Team unmöglich.

Stil und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser müssen durch vermehrte Delegation von Entscheidungen und Verantwortung sowie bessere systematisierte Kommunikation und mehr Entscheidungstransparenz auf allen Ebenen verbessert werden. Regelmäßige allgemeine Krankenhauskonferenzen, regelmäßige Teambesprechungen des behandelnden Personals, regelmäßige Stationsvollversammlungen, berufsgruppen-spezifische Besprechungen usw. müssen zum selbstverständlichen Bestandteil aller psychiatrischen Krankenhäuser werden.

Wenn auch langfristig, sobald nämlich eine Angleichung psychiatrischer Krankenhäuser an die Allgemeinkrankenhäuser erfolgt ist, die Leitung der psychiatrischen Krankenhäuser kollegial erfolgen sollte (3er Gremium), so ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt doch einer direktorialen Leitung der Vorzug zu geben (s. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstitutes).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist das Konzept, das für das Allgemeinkrankenhaus gültig ist, auf das psychiatrische Krankenhaus nicht übertragbar. Die Unterschiede sind gravierend, sie werden auch noch für längere Zeit bestehen bleiben. Z. B. ist die Wohnatmosphäre im psychiatrischen Krankenhaus gänzlich unter therapeutischen Gesichtspunkten zu sehen, ebenso die Frage der Freizeitgestaltung, der

Strukturierung des Tagesablaufes, der Bekleidung, der Aufenthaltsräume, der Cafeteria etc. Insofern sind diese Bereiche unter ärztlich-therapeutischem und nicht unter dem Verwaltungsaspekt zu sehen. Das Leitungsgremium sollte nicht auf Zeit wählbar sein. Einzelne Mitglieder des Gremiums sollten nicht ablösbar wählbar sein, der Leitende Arzt sollte nicht rotieren. Vielmehr sollen sich alle Mitglieder des Leitungsgremiums für ihre Funktion qualifizieren. Beispielsweise die Leiter der einzelnen Bereiche sollten sich mit den Problemen des Managements auseinandersetzen. Mehr als bisher aber sollte bei erwiesener Unfähigkeit aller Mitglieder des Gremiums die Möglichkeit einer Ablösung gegeben sein. Insofern ist es unzweckmäßig, die Mitglieder des Gremiums in einen Beamtenstatus zu versetzen. Außerhalb sollte die Probezeit verlängert werden. Bei einer Ablösung oder bei der Besetzung der Leitenden sollte der regionale psychosoziale Ausschuß gehört werden.

4.8 Therapie

Die Bedeutung der modernen Psychopharmakotherapie soll in keiner Weise verkannt werden, jedoch darf sie nicht als einzige Therapieform in Erscheinung treten. Es ist unbedingt darauf hinzuwirken, daß möglichst rasch soziotherapeutische, milieutherapeutische und psychotherapeutische Behandlungsformen den gleichen Stellenwert erhalten. Der gesamte Behandlungsstil muß von einem überwiegend kustodialen zu einem sozialintegrativen Behandlungsstil übergeleitet werden. Insbesondere auf den Stationen für chronisch psychisch Kranke müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um alsbald an die Stelle eines therapeutischen Nihilismus eine Fülle rehabilitativer Trainingsprogramme zu setzen (sinnvolle Strukturierung des Tagesablaufes, gruppentherapeutische Angebote, Interaktionstraining, Bildungsangebote, Hobby-Schulung, Kochkurs, Kosmetikkurs, lebenspraktisches Intensivtraining, reichhaltiges Freizeitangebot, Urlaubsfahrten usw.). Um in einer systematisierten Familientherapie die Angehörigen in den therapeutischen Prozeß mit einzubeziehen, sind die dazu erforderlichen organisatorischen Vorkehrungen zu treffen (z. B. Kindergartenplätze, Gästezimmer für Angehörige usw.).

Eine sofortige Veränderung muß im Bereich der Arbeitstherapie eintreten. Es geht nicht länger an, daß z. T. offenbar unter dem Mantel der Therapie die Existenzfähigkeit der Krankenhäuser nur durch die Mitarbeit der Patienten aufrecht erhalten wird. Da heute Arbeitstherapie nicht mehr die einzige Alternative zur hospitalisierenden Untätigkeit auf der Station darstellt, muß sie vorrangig unter dem Aspekt der beruflichen Rehabilitation gesehen werden, sie hat sich an den Bedürfnissen des Patienten und nicht der Institution zu orientieren. Arbeit schlechthin ist noch nicht als Therapie anzusehen, sie wird erst zur Arbeitstherapie, wenn sie unter fachlich kompetenter Anleitung zum gezielten systematischen Berufs- und Leistungstraining wird.

Unabdingbare Forderung ist eine wenigstens annähernd leistungsorientierte Entlohnung der arbeitstherapeutisch eingesetzten Patienten. Die tatsächliche Leistungsfähigkeit und damit die beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten des einzelnen Patienten können ohne eine entsprechende Leistungsmotivation durch Bezahlung der Arbeit nicht zuverlässig genug beurteilt werden. Es geht außerdem nicht an, daß durch eine nur angedeutete Entlohnung dem Patienten fortwährend das Gefühl vermittelt wird, seine Arbeitsleistung sei nichts wert.

Vielfältig gestufte arbeitstherapeutische Angebote und Einsatzmöglichkeiten müssen sowohl eine Minderung vorhandener Leistungsbeeinträchtigungen als auch eine Weiterentwicklung der noch vorhandenen Fähigkeiten ermöglichen. Da das Ziel der Arbeitstherapie in einer vollen beruflichen Wiedereingliederung besteht, muß am Ende einer gestuften systematischen Arbeitstherapie ein extramurales Leistungstraining an realen industriellen Arbeitsplätzen erfolgen.

Für Patienten, die nicht wieder oder noch nicht wieder bis zu einer vollen beruflichen Wiedereingliederung gefördert werden können, müssen geeignete extramurale Werkstätten und Arbeitsplätze geschaffen werden, analog denen für Behinderte. Soweit Patienten, die nicht mehr voll beruflich rehabilitiert werden können, innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses beschäftigt werden, darf dies nur auf dem Wege eines regulären, versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses bei leistungsgerechter Bezahlung erfolgen (Gutachten Strehse).

4.9 Selbstversorgungsprinzip der psychiatrischen Krankenhäuser

Die Selbstversorgungsbetriebe der psychiatrischen Krankenhäuser (z. B. Bäckerei, Metzgerei, Gärtnerei usw.) sind in der Regel keine adäquaten arbeitstherapeutischen Einsatzorte, da das dort tätige Personal für diese Aufgabe nicht entsprechend vorgebildet ist. Da diese Selbstversorgungsbetriebe nur bei der bisherigen praktisch unentgeltlichen Mitarbeit der Patienten wirtschaftlich sinnvoll waren, ist das Selbstversorgungsprinzip der psychiatrischen Krankenhäuser — wo es noch besteht — aufzugeben. Die Beschäftigung von einzelnen Mitarbeitern unter dem Aspekt der Selbstversorgung (z. B. Betriebselektriker, Parkgärtner) hat sich an Bedarf oder Gepflogenheiten der allgemeinen Krankenhäuser oder der freien Wirtschaft zu orientieren.

4.10 Administration und Recht

Es müssen umgehend Maßnahmen eingeleitet werden (z. B. durch ein Expertenteam im BMJFG, das Gesetzesänderungsvorschläge erarbeitet), bestehende gesetzliche Vorschriften zu ändern, die psychisch Kranke diskriminieren, ihre Situation erschweren oder sie benachteiligen. Landesunterbringungsgesetze müssen geändert oder überprüft, sie müssen vorrangig unter dem Aspekt der Behandlung und Versorgung konzipiert werden und Vor- und Nachsorge mit einbeziehen.

Durch organisatorische Vereinfachung muß erreicht werden, daß nicht ein Großteil der Arbeitskraft des

therapeutischen Personals durch administrative Aufgaben zweckentfremdet wird.

Kameralistische wie kaufmännische Betriebsführung der Krankenhäuser müssen elastisch und an der eigentlichen Aufgabe des Krankenhauses orientiert sein. Gewinnmaximierung kann nicht Sinn eines Krankenhauses sein.

Auch bei der Rechnungsprüfung in den psychiatrischen Krankenhäusern ist besonders eine Prüfung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hinsichtlich der eigentlichen Krankenhausaufgabe durch Zuziehung eines fachlich Kompetenten (analog zum eigenen Architekten der Rechnungshöfe) vorzunehmen.

Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit (BAT und Beamtenrecht) muß aufgehoben werden, soweit sie Zustände betrifft, die die Öffentlichkeit angehen, und das Patienten-Arzt-Vertrauenshältnis nicht gestört wird.

4.11 Lehre und Forschung

Die psychiatrischen Krankenhäuser müssen vermehrt in die Ausbildung mit einbezogen werden (z. B. als Akademische Lehrkrankenhäuser) und müssen räumlich, personell und finanziell in der Lage sein, Forschungsaufgaben zu übernehmen.

4.12 Öffentlichkeitsarbeit

Dringend notwendig ist eine Förderung der Öffentlichkeitsarbeit sowohl in Richtung der sog. allgemeinen Öffentlichkeit als auch in Richtung der sog. Fachöffentlichkeit (Persönlichkeiten, die in Ämtern und Institutionen über Haushalte, Stellen-Pläne usw. psychiatrischer Krankenhäuser entscheiden).

Öffentlichkeitsarbeit und zugleich Erweiterung des therapeutischen Angebotes müssen auch durch finanzielle Unterstützung von Laienaktivitäten, Laiengruppen, Hilfsvereinen, Fördervereinen usw. erfolgen.

Die psychiatrischen Krankenhäuser müssen mit eigenen Mitteln für Öffentlichkeitsarbeit ausgestattet werden.

4.13 Maßnahmen, um die Psychiatriereform zu gewährleisten

Auf Bundes- wie auf Länderebene ist ein „parlamentarischer Psychiatriebeauftragter" zu schaffen, der unmittelbar dem Bundestag bzw. dem Landtag verantwortlich ist, und das bisherige Kontroll- und Aufsichtsgremium ergänzen soll.

Er kann und soll sich neben persönlichen Besichtigungen durch laufende Berichte über die reale Situation in den einzelnen Einrichtungen informieren, kann Gutachterkommissionen einberufen und soll in den einzelnen psychiatrischen Einrichtungen eine Vertrauensperson für Patienten (Patientenanwalt) benennen. Er kann aber auch Vorschläge und Wünsche von Mitarbeitern entgegennehmen, soweit sie Patienten und deren Situation betreffen. Weiter sollte er auch für die maximale Ausschöpfung der gegebenen gesetzlichen Bestimmungen im Interesse der Patienten sorgen.

Das Koordinierungsgremium auf der Ebene des Standardversorgungsgebietes, der „regionale Psychiatrierat", müßte zur Zusammenarbeit mit dem „Psychiatriebeauftragten" verpflichtet werden.

4.14 Jährlicher Psychiatriebericht

Der Bundestag soll vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit einen jährlichen Bericht über die Auswirkung der Psychiatrie-Enquete und die laufende Entwicklung in der Psychiatrie verlangen (analog zum jährlichen Rentenanpassungsbericht, dem BSHG-Bericht, dem Unfallverhütungsbericht, dem Sozialbericht usw.).

4.15 Bundesförderprogramme

Der Bund soll durch schwerpunktmäßige Förderungsprogramme selber initiativ werden (Schaffung von Modelleinrichtungen, die für das Gros der psychisch Kranken generalisierbar sind, Förderung von praxisnahen, auf chronische Patienten bezogenen Rehabilitationsprogrammen).

5 Prioritäten

5.1

Im Rahmen von Sofortprogrammen müssen Mittel zur Beseitigung der „brutalen Realität" der psychiatrischen Großkrankenhäuser bereitgestellt werden.

5.2

Die Träger der psychiatrischen Einrichtungen müssen dafür Sorge tragen, daß Sofortmaßnahmen zur Humanisierung der Situation in psychiatrischen Krankenhäusern eingeleitet werden (open-door-System, Patientenbezahlung, Berücksichtigung elementarer menschlicher Grundbedürfnisse, Abbau der „totalen Institution" usw.).

5.3

In Landespsychiatrieplänen müssen neue psychiatrische Versorgungsregionen abgesteckt werden. Dabei sollen für alle psychiatrischen Einrichtungen Versorgungsgebiete geschaffen werden (bei Universitäts-Kliniken gegebenenfalls unter Einbeziehung freier Träger).

5.4

Die Personalsituation in den psychiatrischen Einrichtungen muß sofort entscheidend verbessert werden. Dazu ist erforderlich, die Stellenpläne der psychiatrischen Einrichtungen aus dem Stellenlimit der Länder herauszunehmen. Es müssen auch Stellen für neue Berufsgruppen geschaffen werden, deren Tariffähigkeit gewährleistet sein muß. Schüler sollen aus den Stellenplänen herausgenommen werden. Die Austauschbarkeit von gleichwertigen Stellen muß geschaffen werden. Eine Angleichung der Besoldung an z. Z. führende Bundesländer muß erfolgen. Es sollen vermehrt Mittel zur Fort- und Weiterbildung bereitgestellt werden.

5.5

Es müssen kostendeckende Pflegesätze festgesetzt werden, die sich am Soll orientieren.

5.6

Es muß eine Angleichung der Unterbringungsgesetze in ihren Auswirkungen und in ihrem Sinngehalt an das Baden-Württembergische hinsichtlich der Unterbringungsverfahren, und an das Nordrhein-Westfälische hinsichtlich der Vor- und Nachsorge erfolgen.

5.7

Bei den Kostenträgern muß erreicht werden, daß die Kosten für Nachtkliniken und Übergangseinrichtungen übernommen werden und daß der diskriminierende Leistungsausschluß für psychische Erkrankungen bei einigen Kassen wegfällt.

5.8

Es muß sofort damit begonnen werden, rechtliche Bestimmungen, die psychisch Kranke diskriminieren oder behindern, zu ändern und im Interesse der Patienten liegende gesetzliche Vorschriften zu vereinfachen (Leitfaden für Kranke).

5.9

Eine ambulante Betreuung psychisch Kranker muß an allen psychiatrischen Krankenhäusern ermöglicht werden.

5.10

Für Patienten, die in psychiatrischen Krankenhäusern fehlplaciert sind, müssen umgehend entsprechende Spezial- und Übergangseinrichtungen geschaffen werden. Auf keinen Fall jedoch darf die Verlegung von Patienten in derartige Einrichtungen und in Heime eine Verschlechterung für den Patienten darstellen.

5.11

Durch eine rigorose Vereinfachung des Schriftverkehrs und eine Entlastung von administrativen Aufgaben muß das therapeutische Personal für seine eigentlichen Aufgaben freigestellt werden.

5.12

Die Demokratisierung der psychiatrischen Krankenhäuser muß so rasch wie möglich vorangetrieben werden.

5.13

In den psychiatrischen Einrichtungen müssen jetzt schon Patientenanwälte ernannt und für die zukünftigen Versorgungsregionen regionale Psychiatrieräte geschaffen werden.

5.14

Es muß sichergestellt werden, daß durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht die Psychiatriezielvorstellungen und bereits angelaufene Entwicklungen wieder behindert werden. (Die Länder müssen auch über das Krankenhausfinanzierungsgesetz hinaus Mittel für psychiatrische Einrichtungen bereitstellen).

Ausführungen der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie"

Zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher

Inhalt

1 Einleitung
2 Größenordnung der Versorgungsbedürfnisse — Projekt: Bedarfsermittlung
3 Dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen (Beratungsergebnisse der Expertengruppe)
4 Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien
5 Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie
6 Projekt: Lehrer und ihre Problemschüler
7 Dringliche Empfehlungen der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

1 Einleitung

In den folgenden Ausführungen zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher (Hauptberichtsteil B.3.7.1) werden zu einzelnen Problemen Erläuterungen gegeben und Ergänzungen mitgeteilt. Ausführlicher werden die Beratungsergebnisse und Empfehlungen der durch die Arbeitsgruppe gebildeten Expertengruppe „Dissozialität Jugendlicher" wiedergegeben. Eine ebenfalls auf Veranlassung der Arbeitsgruppe gebildete weitere Expertengruppe hat einen eigenen Berichtsteil über die „Versorgung geistig Behinderter" (B.3.8) erstellt.

Von den durch die Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie veranlaßten Projekten wird hier das Projekt „Erziehungsberatungsstellen" (Umfrage) in seinen wesentlichen Ergebnissen dargestellt. Die Ergebnisse der Projekte „Bedarfsermittlung" und „Lehrer und ihre Problemschüler" werden zusammenfassend beschrieben.

2 Größenordnung der Versorgungsbedürfnisse — Projekt: Bedarfsermittlung

(s. auch Anhang, Teil B, S. 432)

Der Druck von Anmeldungen, Überweisungen und Krisensituationen, dem Beratungsdienste sowie kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen ständig ausgesetzt sind, die Wartelisten und Wartezeiten ambulanter und stationärer Einrichtungen, die vielfältigen Klagen über das Fehlen von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für psychisch auffällige und gestörte Kinder aus den Schulen und von den Instanzen der Jugend- und Sozialhilfe machen tagtäglich einen weithin ungedeckten Bedarf deutlich.

Es hat sich indessen seit jeher als schwierig erwiesen, diesen sehr verschiedenartigen Bedarf in seiner Größenordnung und nach Versorgungsbedürfnissen differenziert zu erfassen. Die in den Hauptbericht (B.3.7.1) eingegangenen Ausführungen der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie zu diesem Problem sollen hier ergänzt werden.

Bereits im Dritten Jugendbericht der Bundesregierung (1973) ist eine Reihe von deutschen und internationalen Untersuchungen über die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten zitiert worden, bei denen eine mittlere Symptombelastung zwischen 19,6 % (v. Harnack) und 31,0 % (Jonsson und Kälvesten) der untersuchten Kinder und eine Häufigkeit von interventionsbedürftigen Verhaltensproblemen zwischen 9,9 % (v. Harnack), 11,2 % (Stott) und 20,0 % (Thalmann), 25,0 % (Jonsson und Kälvesten) gefunden wurde (a. a. O. S. 26). Es handelte sich dabei um mehr oder weniger große und nur zum Teil repräsentative Untersuchungspopulationen von Schulkindern. Der Vergleich wird dabei durch unterschiedliche Kriterien für die Schwere der Symptomatik und für die Interventions- bzw. Therapiebedürftigkeit erschwert.

Mißverständlich ist dabei schon der in diesem Zusammenhang häufig angewandte Begriff „Verhaltensstörungen", der im Bericht der Arbeitsgruppe bewußt vermieden worden ist. Seit dem 1. Weltkongreß für Psychiatrie (1950) ursprünglich als Oberbegriff für die vielfältigen Symptome und Schwierigkeiten bei Problemkindern eingeführt, ist er inzwischen — vor allem im pädagogischen Bereich — mehr und mehr zur Kennzeichnung mangelhafter Anpassung an die Unterrichtsgemeinschaft (motorische Unruhe, Aggressivität, Schwänzen, Stören, Kontaktlosigkeit) benutzt worden. Als in diesem Sinne „verhaltensgestört" und besonderer Beschulung bedürftig gelten nach den Empfehlungen der Bildungskommission 1 % aller Schulkinder. Weitere 3 bis 4 % werden für entsprechend gefährdet gehalten. „Verhaltensgestört" ist auf diese Weise bereits zu einer diskriminierenden Bezeichnung ge-

worden. Zudem unterliegt diesem Begriff ein Verständnis, bei dem die Ursache der Problematik von vornherein dem Kind — als dem „Verhaltensgestörten" — zugeschrieben wird.

Demgegenüber hat der inzwischen eingebürgerte Begriff „Verhaltensauffälligkeit" für sich, daß er — vorerst ohne wertenden Beiklang — festhält, daß einzelne oder auch zahlreiche Verhaltensweisen eines Kindes den Erwartungen seiner Beziehungspersonen oder Bezugsgruppen zuwiderlaufen und dadurch auffallen. Die Störung wird damit im Bereich der sozialen Interaktion lokalisiert, ohne daß die Störungsbedingungen vorweg nur einer Seite zugeschrieben werden. Die gleichen Verhaltensweisen können dabei im übrigen in der einen Umgebung auffällig sein (z. B. in der Schule) und in der anderen (z. B. in der Familie) nicht als auffällig gelten. Die Art der Auffälligkeit läßt nur selten unmittelbar darauf schließen, ob es sich lediglich um vorübergehende Störungen der Beziehung handelt, ob die Beteiligten das Signal der Auffälligkeit als Hinweis zur Überprüfung und Veränderung von Einstellungen verstehen werden oder ob eine klärende, beratende oder therapeutische Intervention durch Spezialisten notwendig ist. Jegliche Verhaltensauffälligkeit ist dabei mit dem Risiko belastet, daß über eine bloße Mißbilligung hinaus verfestigende Reaktionen und Maßnahmen hervorgerufen werden.

Das in diesem Sinn benutzte Kriterium der Auffälligkeit hat u. a. bei den Erhebungen von Steuber (1973) an 621 Schülern zweier Grundschulen und von G. Welding (1975) an 1 372 Vorschulkindern aus 23 Kindergärten zugrundegelegen. Steuber ermittelte im Durchschnitt der beiden Schulen 25,3 %, G. Welding 15 % der Kindergartenkinder als verhaltensauffällig. Der Unterschied ist mit dem Hinzutreten neuer Belastungen und Beziehungsprobleme nach der Einschulung zu erklären. Dementsprechend weisen auch die Erstvorstellungen in Beratungsstellen und kinderpsychiatrischen Diensten einen Häufigkeitsgipfel in den ersten Schuljahren auf.

Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der angegebenen Verhaltensprobleme, wie sie bei diesen und ebenso bei anderen Untersuchungen zutage traten, beruhen im übrigen einmal auf unterschiedlichen sozialen Voraussetzungen für Störungen der Interaktionen, zum anderen auf der unterschiedlichen Bewertung von Verhaltensweisen. Die auf soziale Bedingungen bezogenen Unterschiede zeigten sich deutlich bei der Erhebung von Steuber, der in einem Schuleinzugsbereich mit Überwiegen der unteren Sozialschichten 28,4 %, in einem anderen Einzugsbereich mit Überwiegen mittlerer und höherer Sozialschichten nur 20,0 % Grundschulkinder mit Verhaltensauffälligkeiten feststellte. Die unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung von Verhaltensweisen dürfte sich bei größeren Untersuchungspopulationen ausgleichen.

Einen anderen Weg zur Ermittlung von Symptombelastungen haben Shepherd, Oppenheim und Mitchell bei ihren Untersuchungen an 6 000 Schulkindern eingeschlagen. Als „auffällig" registrierten sie nur solche Verhaltensweisen, die bei 10 % und weniger Kindern der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe vorkamen. Unabhängig vom Beziehungszusammenhang, in dem die einzelnen Verhaltensweisen auftraten, wurden ihre objektive Häufigkeit und die Häufigkeit ihres Zusammentreffens ermittelt. Ob dabei tatsächlich der Sachverhalt „Auffälligkeit" im Sinne eines Abweichens von den Erwartungen der jeweils unterschiedlich urteilenden und reagierenden Umgebung vorlag, blieb bei diesem Vorgehen unberücksichtigt. Bei 18,7 % der Jungen und Mädchen wurden mindestens je drei und bei 10,1 % der Jungen sowie 11,5 % der Mädchen mindestens je vier Verhaltensweisen angetroffen, die unter dem willkürlich angenommenen Grenzwert einer 10-%-Häufigkeit lagen. Nachuntersuchungen an einer Gruppe von 400 Kindern mit je vier und mehr solcher Verhaltensweisen zeigten einen Rückgang insbesondere destruktiver und störender Auffälligkeiten, während Symptome im Körperbereich, Unruhe, Ängste, Reizbarkeit eher zum Persistieren tendierten.

Die Arbeitsgruppe hat mit einem eigenen Projekt: Bedarfsermittlung, das von Kohlscheen unter Mitarbeit von Buff und Hellemann durchgeführt wurde, versucht, sich einen Überblick über die Größenordnung des Bedarfs zu verschaffen. Eine darüberhinaus von dem Projekt erhoffte Differenzierung des Bedarfs stieß, wie bei ähnlichen Untersuchungen, auf erhebliche Schwierigkeiten und konnte nicht vorgenommen werden.

Die Untersuchungen bezogen sich auf den Schulanfängerjahrgang der Stadt Köln im Jahre 1972. Am Einschulungstag waren dort 13 780 Kinder schulpflichtig. 1 199 (8,7 %) wurden von vornherein Sondereinrichtungen (Heimsonderschulen, Sonderschulen für Lernbehinderte, Sonderschulen für verschiedene andere Behinderungsformen, Sonderschulen für Erziehungshilfe) zugeführt, 826 (6 %) vom Schulbesuch zurückgestellt. Von den 11 749 in normale Grundschulen aufgenommenen Schulanfängern wurden 941 aus 30 ersten Schulklassen in die Untersuchung einbezogen. Diese 30 Klassen gehörten zu 15 der 130 Grundschulen der Stadt Köln, die so ausgewählt waren, daß ihre Einzugsbereiche als repräsentativ für die sozioökonomische Struktur der verschiedenen Stadtbezirke gelten konnten. 180 (19,1 %) der 941 Schüler (502 Jungen, 439 Mädchen) wurden von ihren Klassenlehrern spontan auf die allgemeine Frage nach auffälligen oder gestörten Kindern genannt. Am häufigsten wurde dabei Mangel an Konzentrationsvermögen und Unruhe sowie fehlende soziale Anpassung, an dritter Stelle sowohl Agressivität wie Passivität angegeben. Weitere 309 (32,9 %) Kinder wurden bei Fortführung des Interviews unter Nennung einzelner Verhaltensweisen als ebenfalls, aber leichter auffällig bezeichnet. Bei 133 der von den Lehrern sofort als verhaltensauffällig genannten 180 Kinder konnte eine psychologische Untersuchung vorgenommen werden (Intelligenzuntersuchung mit Verbalteil und ZS des HAWIK, Coloured Progressive Matrices und Mann-Zeichentest; Thomas-Erzähltest; Exploration; standardisierte Verhaltensbeobachtung). Bei 123 (92,5 %) von ihnen erwies sich die spontane Beurteilung durch die Lehrer insofern als relevant, als bei der

psychologischen Untersuchung mindestens eines der folgenden Kriterien ermittelt wurde: 1. Intelligenzquotient unter 85, 2. ausgeprägte Hinweise auf eine Störung im emotionalen oder sozialen Bereich. Bei 7,5 % hatten die Lehrer demgegenüber entwicklungsbedingte Verhaltensweisen überbewertet. Andererseits fanden sich in einer Kontrollgruppe von 21 Kindern, die bei den Lehrern auch nach dem erweiterten Interview als unauffällig galten, in einem überraschend hohen Anteil zumindest leichte Störungen. Es erschien deswegen zulässig, die Gesamtquote der spontan als auffällig bezeichneten Kinder zur Grundlage einer Hochrechnung zu machen, bei der sich für die 1972 normal eingeschulten Anfänger insgesamt eine Zahl von 2 244 zu erwartenden Problemkindern ergab. Umgerechnet auf den gesamten Einschulungsjahrgang ergibt sich damit folgendes Bild der Häufigkeit von Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen

Im Laufe des 1. Schuljahres eindeutig als Problemkind auffällig	16,3 %
Vom Schulbesuch zurückgestellt	6,0 %
Mit der Einschulung einer Sondereinrichtung zugeführt	8,7 %
insgesamt	31,0 %.

Bei dem Projekt: Lehrer und ihre Problemschüler, über das noch an anderer Stelle berichtet wird, nannten die befragten 145 Lehrkräfte an Grund-, Haupt- und Sonderschulen 12 % ihrer Klassenstärken als Problemschüler. Der gegenüber den vorhergehend aufgeführten Untersuchungen geringere Anteil erklärt sich im wesentlichen mit dem Interviewvorgehen, bei dem ausdrücklich gebeten wurde, diejenigen Schüler zu nennen, die dem Lehrer *besondere* Probleme aufgeben und bei dem keine weitere Nachfrage mit Erwähnung einzelner Verhaltensweisen vorgenommen wurde.

Die angeführten Erhebungsergebnisse geben keine Aufschlüsse darüber, welche Maßnahmen in welchem Umfang erforderlich sind. Die Arbeitsgruppe hat, gestützt auf Schätzungen, versucht, mit einer graphischen Darstellung im Hauptberichtsteil B.3.7.1 die unterschiedliche Verteilung der Versorgungsbedürfnisse von der Einflußnahme über Eltern- und Lehrergruppen bis zur stationären Therapie aufzuzeigen. Rutter und Graham vermuten, daß bei 6 % aller Kinder eine an sie selber gerichtete ambulante oder stationäre Therapie notwendig ist. Davidson hat 1961 jeweils auf begrenzten Erhebungen beruhende Schätzungen aus Finnland, Dänemark, Schweden, Holland und England zusammengestellt. Der Anteil derjenigen Kinder, die *keine* wesentlichen Probleme boten, lag dabei ziemlich einheitlich um 75 %. Die Hilfe einer „Child Guidance Clinic" wurde bei zehn bis 15 % für erforderlich gehalten (Untersuchung, Beratung bzw. Behandlung).

Bei dem von der Arbeitsgruppe veranlaßten Projekt stellte sich demgegenüber heraus, daß von den verhaltensauffälligen und beeinträchtigten Kindern des untersuchten Schulanfängerjahrgangs bis dahin nur 7,9 % in den Erziehungsberatungsstellen der Stadt Köln erschienen waren. Steuber fand bei seiner Untersuchung, daß von den verhaltensauffälligen Kindern, die er bei seiner Untersuchung ermittelte, nur für 16,5 % zumindest diagnostische Maßnahmen unternommen worden waren. Das deutliche Gefälle von den höheren zu den niedrigeren Sozialschichten (29,5 % : 11 %) zeigt dabei an, daß nicht nur insgesamt ein erheblicher Bedarf noch ungedeckt ist, sondern daß außerdem die gegenwärtige Versorgung auch ganz spezifische Lücken aufweist.

3 Dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen

Die auf Vorschlag der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie gebildete Expertengruppe „Dissozialität Jugendlicher" hat sich vor allem mit der Frage befaßt, welche Hilfen für Kinder und Jugendliche mit dissozialem Verhalten innerhalb eines regionalen Verbundsystems zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder vorgesehen werden müssen und welche überregionalen Einrichtungen daneben erforderlich sind. Sie hat außerdem erörtert, welche Anforderungen an die Ausbildung von Mitarbeitern der vorgeschlagenen Institutionen gerichtet werden müssen. Schließlich wurden Möglichkeiten der Prävention dissozialen Verhaltens geprüft.

Die Empfehlungen der Expertengruppe sind in die verschiedenen Teile des Abschnitts über Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher eingegangen, z. T. auch in weitere Abschnitte (u. a. Vorfeld und Beratungsdienste — B.2.1, 2.2, Aus-, Weiter- und Fortbildung — C). Hier folgen dazu Erläuterungen und Ergänzungen. — Der während der Beratungen der Expertengruppe erschienene Diskussionsentwurf eines Jugendhilfegesetzes wurde bei den Erörterungen berücksichtigt.

3.1 Grundlagen der Empfehlungen

Dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen ist jeweils ein Versuch, unterschiedlich entstandene Probleme und Konflikte zu lösen. Insofern unterscheidet es sich nicht von anderen Formen auffälligen oder abweichenden Verhaltens, in denen sich eine Störung der Beziehungen zur sozialen Umwelt ausdrückt. Der für den weiteren Verlauf wesentliche Unterschied liegt darin, daß es sich um Verhaltensweisen handelt, die negativ, nämlich als sozialschädlich beurteilt werden. Eine derartige Bewertung kann zutreffen, d. h. das Verhalten kann tatsächlich den berechtigten Interessen anderer zuwiderlaufen. Es kann sich aber auch um eine, über die wirkliche Bedeutung des Verhaltens hinausgehende Zuschreibung handeln, die sich auf Vorurteile — etwa wegen der Zughörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe — gründet. Auf jeden Fall führt die Beurteilung dazu, daß die Reaktionen, insbesondere der öffentlichen Institutionen, von

dem Bedürfnis bestimmt werden, das dissozial abweichende Verhalten unter Kontrolle zu bringen. Informelle Interventionen, wie sie das System formeller Maßnahmen, das Jugendwohlfahrtsgesetz und Jugendgerichtsgesetz vorsehen, behalten dabei selbst dann punitive und ausgliedernde Züge, wenn sie ausdrücklich pädagogischen und therapeutischen Zielsetzungen zugeordnet werden.

Daß restriktives und isolierendes Vorgehen indessen nicht geeignet ist, die Bedingungen dissozialen Verhaltens zu ändern, ist vielfach nachgewiesen worden. Es wird im Gegenteil häufig zu einer weiteren, verfestigenden Bedingung. Belastung durch diskriminierende Vorurteile, zunehmend negative Selbsteinschätzung, Abbruch von Bildungs- und Ausbildungsgängen, Bestätigung mißtrauischer Erwartungen gegenüber öffentlichen Institutionen verstellen mehr und mehr die Möglichkeit sozial gebilligter Problemlösungen und stellen dadurch den Erfolg sozialpädagogischer Bemühungen in Frage.

Daß derartige stigmatisierende und isolierende Prozesse vermieden werden, ist eine wesentliche Voraussetzung für jede nachhaltige Einflußnahme auf dissoziales Verhalten. Wenn bei einem Kind ein Verhalten beobachtet wird, daß seiner Bewertung wegen als dissozial zu bezeichnen ist, sollte deswegen nicht anders verfahren werden als sonst bei Problemverhalten. Die Intervention hat sich nicht am negativ bewerteten Symptom zu orientieren, sondern an den Konflikten, die ihm zugrunde liegen, und an den Bedingungen, die diese entstehen ließen und aufrecht erhalten. Nach dem gleichen Prinzip, das allgemein für die Versorgung auffälliger Kinder im Hauptbericht der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie" dargestellt worden ist, sollten bereits die erwachsenen Bezugspersonen im Sozialfeld des Kindes — vor allem Lehrer, Kindergärtnerinnen, Erzieher — darauf vorbereitet und dabei unterstützt werden, Konflikte zu erkennen, zu ihrer Lösung beizutragen und negativ verstärkende Reaktionen zu vermeiden. Wenn Klärung, Beratung oder Behandlung durch Fachleute notwendig erscheint, dann sollten dies auch bei dissozialem Verhalten jene Einrichtungen innerhalb des Versorgungsgebietes übernehmen, die sich mit den sonstigen Formen auffälligen Verhaltens und psychischer Störung befassen (Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern und die enger mit diesen verbundenen dezentralen therapeutischen und sozialpädagogischen Einrichtungen).

Auf solche Weise läßt sich einer Entwicklung zu verfestigt delinquentem Verhalten am ehesten begegnen. Auch dann aber, wenn bei Jugendlichen ein bereits ausgeprägteres dissoziales Verhalten vorliegt, muß der Nachteil ausgliedernder und stigmatisierender Maßnahmen vermieden werden. Es mehren sich die Untersuchungsergebnisse, mit denen nachzuweisen ist, daß offene Maßnahmen (Unterstützung durch Sozialarbeiter, Wohngruppen, kleinste pädagogische oder therapeutische Heime) dissoziales Verhalten — bei jeweils gleichem Ausprägungsgrad — wirksamer beeinflussen, als eine hospitalisierende und isolierende Unterbringung in großen Erziehungsheimen oder Jugendstrafanstalten.

3.2 Umfang der gegenwärtigen Maßnahmen bei dissozialem Verhalten

In welcher Häufigkeit dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen überhaupt vorkommt, läßt sich nicht allgemeingültig feststellen. Erhebungen dazu gehen entweder von einzelnen Merkmalen aus, ohne deren unterschiedliche soziale Bedeutung zu berücksichtigen, oder sie befassen sich mit allen Erscheinungsformen auffälligen bzw. abweichenden Verhaltens. Dunkelfelduntersuchungen haben gezeigt, daß Verhaltensweisen, die mit Strafe bedroht sind, zu einem großen Teil überhaupt verborgen bleiben. Gelangt dissoziales Verhalten den öffentlichen Kontrollinstanzen zur Kenntnis, dann sind jeweils eine Reihe weiterer Faktoren daran beteiligt (z. B. Auffälligkeit des Deliktes, Auffälligkeit des Täters, Zugehörigkeit des Täters zu einer vorurteilsbelasteten Gruppe usw.).

Sichere Zahlenangaben lassen sich nur über diejenigen Kinder und Jugendliche machen, für die gegenwärtig öffentliche Maßnahmen durchgeführt werden. Jeweils in abgerundeten Promille-Anteilen — bezogen auf die Gesamtbevölkerung — befanden sich 1972

Minderjährige unter Erziehungsbeistandsschaft oder Bewährungshilfe	0,5 ‰
Minderjährige in regelmäßiger formloser Betreuung durch Jugendämter	6,3 ‰
Minderjährige in Freiwilliger Erziehungshilfe	0,3 ‰
Minderjährige in Fürsorgeerziehung	0,25 ‰
Minderjährige insgesamt in Heimunterbringung bei Freiwilliger Erziehungshilfe	0,2 ‰
Heimunterbringung bei Fürsorgeerziehung	0,14 ‰
Jugendstrafanstalten und Untersuchungshaft	0,13 ‰
Nur Jugendliche (14;0 bis 17;11 Jahre) in Heimunterbringung bei Freiwilliger Erziehungshilfe	0,1 ‰
Heimunterbringung bei Fürsorgeerziehung	0,09 ‰
Jugendstrafanstalten und Untersuchungshaft	0,03 ‰

Diese für das Bundesgebiet errechneten Quoten weisen regionale Unterschiede auf, die sowohl mit der Sozialstruktur als auch mit der jeweiligen Praxis der Jugendhilfe zusammenhängen. Außerdem zeichnen sich allgemeine Veränderungen ab, die sich u. a. in einem Rückgang der Zahl von Jugendlichen ausdrücken, für die Fürsorgeerziehung angeordnet wurde (1971 waren es 16,4 % weniger als 1970). Für den Bedarf innerhalb eines bestimmten Versorgungsgebietes können diese Quoten deswegen nur als grobe Anhaltspunkte gelten.

3.3 Besondere Einrichtungen innerhalb eines regionalen Verbundsystems zur Versorgung von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen

Klärung und Einflußnahme bei dissozialem Verhalten von Kindern sollen nach Meinung der Expertengruppe vor allem durch die ambulanten Einrichtungen eines Verbundsystems erfolgen. Dabei sei in diesem Zusammenhang noch einmal darauf hingewiesen, daß nach den Vorstellungen der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie ein solches Verbundsystem Institutionen, unabhängig von ihrer Trägerschaft und ihrer Ressortzugehörigkeit, zu einer verbindlichen Kooperation zusammenfassen soll. Nur so kann die spezielle Kompetenz von Fachkräften und Facheinrichtungen — wie sie auch künftig nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen wird — voll genutzt werden und allen gleichmäßig zugute kommen. Die in den Entwürfen zu einem Jugendhilfegesetz aufgestellte Forderung nach Fachlichkeit der Jugendhilfe und nach einem Zusammenwirken von Fachkräften bei der Ursachenklärung und bei der Planung und Durchführung von Hilfen ist nur auf solche Weise zu verwirklichen. Die von der Sachverständigen-Kommission geforderten gemeindenahen Dienste — hier sind dabei vor allem ausreichend besetzte Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern (Erziehungsberatungsstellen) gemeint — sollten dabei künftig gewährleisten, daß diagnostische und therapeutische Funktionen miteinander in Zusammenhang bleiben. Die Umsetzung diagnostischer Ergebnisse in therapeutisches Handeln durch dieselbe Institution oder im unmittelbaren Zusammenwirken einzelner Dienste muß zur Regel werden. Das Auseinanderfallen dagegen von sogenannter „Begutachtung" — ein Ausdruck, der auf jeden Fall schon seines diskriminierenden Beiklanges wegen vermieden werden sollte — und Durchführung läßt sich bei einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgung nur noch als Ausnahme, etwa zur Vorbereitung überregionaler Maßnahmen rechtfertigen.

Dissoziale Auffälligkeiten bei *Kindern* müssen vor allem dann umfassende Hilfe veranlassen, wenn sich zeigt, daß nicht nur vorübergehende Probleme zugrunge liegen, sondern daß auf Grund der bisherigen Sozialisationsbedingungen nur unzulängliche Möglichkeiten vorhanden sind, Bedürfnisse auf sozial akzeptierte Weise zu befriedigen und Konflikte zu bewältigen. Die Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Gruppen, Beziehungseinschränkungen oder -störungen schon während der ersten Lebenszeit, das Aufwachsen in einer desorganisierten Familie und Kontaktabbrüche sollten möglichst schon durch primärpräventive Maßnahmen vermieden werden. Dort, wo sie zu Einschränkungen des sozialen und intellektuellen Lernens geführt haben, sollten ergänzende Lernprozesse so früh wie möglich einsetzen. Das setzt allerdings voraus, daß die Dienste eines Verbundsystems unmittelbar Kontakt zu Wohnbereichen sozial benachteiligter Gruppen haben. Wege dazu sind entsprechende Projektgruppen, die fachliche Unterstützung nicht-professioneller Initiativen, das Modell „Psychosoziale Kontaktstelle" (s. B.2.2) oder eine Schwerpunktbildung in einzelnen Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern.

Häufig werden die Schwierigkeiten allerdings erst bei der Konfrontation mit den Leistungs- und Anpassungsforderungen der Schule offenbar. Der auf den bisherigen Sozialisationsbedingungen beruhende schulische Mißerfolg — zumeist trotz ausreichender Lern- und Leistungsmöglichkeiten — sowie die nachfolgende Stigmatisierung und Ausgliederung im Bereich der Schule sind nachgewiesenermaßen ihrerseits sehr häufig weitere Bedingungen einer gestört verlaufenden Entwicklung mit anhaltend dissozialem Verhalten. Nach Beratung mit Sachverständigen aus dem Bildungswesen unterstützt die Expertengruppe deswegen jene Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher", die darauf abzielen, die Aussonderung von Schülern und Schülergruppen zu vermeiden und therapeutische Hilfen in die jeweiligen Schulsysteme zu integrieren (a. a. O. 5.1 und 5.11).

Jugendliche, die — bedingt durch ihre bisherige soziale Entwicklung und durch ihre besondere Übergangssituation in der Gesellschaft — bei inneren Konflikten und bei Konflikten mit ihrer Umgebung Lösungsmöglichkeiten in dissozialem Verhalten suchen, sollen möglichst unmittelbar Angebote erreichen können, die ihnen Zusammenarbeit bei der Bewältigung ihrer Probleme, unmittelbare Hilfe in Krisensituationen, Möglichkeiten einer Orientierung, ergänzendes Lernen sowie Therapie zugänglich machen.

Dazu ist vor allem die Weiterentwicklung der in den letzten Jahren auf verschiedene Weise entstandenen Kontakt- bzw. Beratungsstellen für Jugendliche erforderlich. Erprobt werden sollten dabei sowohl gesonderte Einrichtungen als auch eine entsprechende Schwerpunktbildung bei einzelnen Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien eines Verbundsystems. Wieweit Jugendliche von einem derartigen Angebot Gebrauch machen, hängt sehr wesentlich davon ab, ob sie selber mit über die Schritte ihrer Annäherung von der Erkundung über Kontakt und Beratung bis zur Behandlung entscheiden können, ohne sich einer institutionellen Routine unterworfen zu fühlen.

Auch dann, wenn die Probleme, die dem dissozialen Verhalten zugrunde liegen, und die Schwierigkeiten, die durch dieses Verhalten entstanden sind, eine kontinuierliche Einflußnahme und Hilfe erforderlich machen, sollte dies möglichst innerhalb des Versorgungsgebietes geschehen. Dazu schlägt die Expertengruppe vor (s. B.3.7.1.2.3.3):

1. *Tageseinrichtungen** mit der Funktion von Tageskliniken. Sie sollen Jugendlichen und auch jüngeren Volljährigen, denen es möglich ist, bei ihren Familien, allein oder mit Gleichaltrigen zusammen zu wohnen, u. a. therapeutische Gruppen, Unterrichtsmöglichkeiten zur Behebung von Bildungsdefiziten, Werkmöglichkeiten zur Arbeitserprobung und erforderlichenfalls

Einzeltherapie sowie Unterstützung bei der Gestaltung ihrer Freizeit bieten.

2. *Nachtkliniken* *) für Jugendliche, bei denen der Ausprägungsgrad ihrer Störung oder akute Krisen ein Verbleiben in ihrer bisherigen Wohnumgebung oder ein selbständiges Wohnen ausschließen, die aber tagsüber aus dem Bildungs-, Ausbildungs- oder Arbeitsbereich nicht herausgelöst oder dort wieder eingegliedert werden sollen. Mit etwa zehn Plätzen können diese Einrichtungen — u. U. auch bei gleichzeitigem Besuch der Tagesklinik — die Funktion eines regional integrierten Kleinstheimes haben.
3. *Wohngruppen*, zum teilweise selbständigen Wohnen von Jugendlichen, mit ständiger Beratung oder Unterstützung durch eine Beratungsstelle für Jugendliche.

Auch für diese Einrichtungen sind bereits Modelle vorhanden. Die Expertengruppe hält es für erforderlich, solche Modelle langfristig, d. h. über die unvermeidlichen Schwierigkeiten jeder Erprobung hinweg zu fördern und wissenschaftlich zu unterstützen.

Da bei der Zusammenarbeit mit schwierigen Jugendlichen nachweislich die Kontinuität der einmal aufgenommenen Beziehungen von besonderer Bedeutung für eine günstige Weiterentwicklung ist, sollten Beratungsstelle, Tages- und Nachtklinik in einem unmittelbaren funktionalen und organisatorischen Zusammenhang stehen. Es ist dies außerdem die Voraussetzung dafür, daß den vorgeschlagenen kleinen teilstationären Einrichtungen ausreichende Fachkompetenz zur Verfügung steht.

3.4 Überregionale Einrichtungen für Jugendliche mit dissozialem Verhalten

Auch bei der vorgeschlagenen Einbeziehung in eine gemeindenahe Versorgung werden für einen Teil der Jugendlichen, die mit dissozialem Verhalten in Erscheinung treten, überregionale Einrichtungen erforderlich bleiben. Unabhängig von Ressortzugehörigkeit und Trägerschaft sollten dabei vorgesehen werden

1. für jedes zweite der vorgeschlagenen Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie — neben einer allgemeinen Adoleszentenstation — eine kleine Abteilung (zehn Plätze) für Jugendliche mit ausgeprägteren Störungen der sozialen Orientierung, Gefährdung durch Dekompensation ihrer Umweltbeziehungen und Neigung zu dissozialem Agieren in Krisen.
2. Besondere Einrichtungen für Jugendliche, bei denen eine therapeutische Einflußnahme nur unter längerfristigem Schutz vor schädigenden Handlungen möglich ist.
3. Besondere Heime für Jugendliche, die mit dissozialem Verhalten bei ausgeprägten neurotischen Entwicklungen einer längerfristigen stationären Psychotherapie bedürfen.
4. Einrichtungen für Jugendliche, denen innerhalb ihrer bisherigen Umgebung eine soziale Orientierung und Eingliederung nicht möglich ist (z. B. bei fehlenden oder ausschließlich ungünstigen Beziehungsmöglichkeiten). Sie könnten in ihrer Struktur dem Konzept des Werkhofes entsprechen.
5. Einrichtungen in der Art von Kurzschulen, in denen für einzelne Jugendliche oder auch Gruppen von Jugendlichen bei zeitlich befristetem Aufenthalt die Möglichkeiten einer anderen Umgebung und konzentrierter Erfahrungen genutzt werden, um neue Orientierungen und Fähigkeiten zu vermitteln und Verhaltensweisen in der Gemeinschaft zu erproben. Es würden dies Einrichtungen sein, in denen auch die in den Entwürfen für ein Jugendhilfegesetz vorgesehenen Übungs- und Erfahrungskurse (dort etwas unglücklich als „Erziehungskurse" bezeichnet) durchgeführt werden können.

Der Platzbedarf in derartigen, sehr verschiedenartigen Einrichtungen läßt sich schwer schätzen. Soweit es sich um längerfristig stationäre Maßnahmen handelt, könnte er etwa bei 0,05 ‰ der Gesamtbevölkerung liegen.

Bei allen längerfristigen stationären Unterbringungen außerhalb des bisherigen Lebensraumes muß die Gefahr berücksichtigt werden, daß die angestrebte Wirkung therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen mit zunehmender Dauer durch die Auswirkungen der Isolierung von der sozialen Wirklichkeit und unvermeidlicher institutioneller Reglementierungen aufgehoben wird. Für alle überregionalen Einrichtungen muß deswegen der Grundsatz gelten, daß kleine überschaubare Einheiten zu bilden sind — erfahrungsgemäß liegt deren Grenze etwa bei 24 Plätzen —, von denen aus Beziehungen in die Umgebung hinein möglich sind. Zur gemeinsamen Nutzung spezieller therapeutischer Möglichkeiten, von Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen sowie zur Supervision der Mitarbeiter lassen sich solche kleinen Einheiten zu einem Verbund zusammenfassen.

3.5 Prävention dissozialen Verhaltens

Die Vorschläge zur Prävention sind weitgehend in die entsprechenden Teile des Hauptberichtes (B3.7.1 und E) eingegangen. Wesentliche Gesichtspunkte seien aber auch hier noch einmal hervorgehoben.

Dissozialem Verhalten ist vor allem durch allgemeine präventive Maßnahmen zu begegnen, mit denen Gefährdungen überhaupt vermieden werden oder vorhandene Gefährdungen allgemeiner Art rechtzeitig erkannt und beeinflußt werden. Es geht dabei in erster Linie darum, der sozialen Desintegration einzelner oder ganzer Gruppen entgegenzuwirken. Das kann nur gelingen, wenn in jedem

*) Die Begriffe „Tagesklinik" und „Nachtklinik" werden hier im Sinne einer Funktionsbeschreibung verwandt. Sie sind ohne Bedeutung für die Personalstruktur. Bei einer Zusammenarbeit mit ausreichend multidisziplinär besetzten Beratungsstellen werden vor allem Sozialpädagogen und Sozialarbeiter dort tätig sein.

Versorgungsgebiet die Aufmerksamkeit ständig auf soziale Brennpunkte und Probleme gerichtet bleibt und zu unmittelbaren Reaktionen führt. Sehr wichtig erscheint dabei die Mitwirkung und die Initiative nichtprofessioneller Gruppen.

Angestrebt werden muß außerdem, verfestigende und stigmatisierende Reaktionen auf dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen durch aufklärende Tätigkeit nicht nur bei Eltern, Erziehern und Lehrern, sondern in der allgemeinen Öffentlichkeit zu verringern.

4 Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien

Die gegenwärtig vorhandenen Erziehungsberatungsstellen versorgen bereits in größerem Umfang psychisch auffällige, gestörte und z. T. auch behinderte Kinder. Als eine Konzentration von Fachkräften in größter Gemeindenähe werden sie auch der wesentliche Bestandteil des ambulanten Bereichs der vorgeschlagenen Verbundsysteme zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder sein.

Um Umfang und Art der Versorgung durch die Erziehungsberatungsstellen in die Beurteilung der gegenwärtigen Lage einbeziehen zu können, hat die Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Stichtag der Haupterhebung der Enquete (30. Mai 1973) eine Umfrage bei den Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Es wurde dabei versucht, diese dadurch vollständig zu erfassen, daß einmal nach dem Verzeichnis der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung die Stellen einzeln angeschrieben wurden, daß außerdem aber eine zusätzliche Verteilung der Erhebungsbögen über die Träger, die Landesjugendbehörden und die Landesarbeitsgemeinschaften für Erziehungsberatung erfolgte. Von den eingehenden Antworten konnten 375 in die Auswertung einbezogen werden. Wenn man davon absieht, daß zwei Beratungsstellen ihre Beteiligung verweigerten, dürfte die Zahl annähernd mit den zum Erhebungszeitpunkt tatsächlich vorhandenen Erziehungsberatungsstellen übereinstimmen. Wenn die Bundesregierung bei der Beantwortung einer Anfrage zur Situation der Kinder in der Bundesrepublik bereits 1967 eine Zahl von 427 Erziehungsberatungsstellen genannt hat, dann sind dabei sicherlich auch Einrichtungen berücksichtigt worden, die nach Aufgabenstellung, Besetzung und Tätigkeit nicht in diese Kategorie gehörten. Auch bei der jetzigen Erhebung gingen von derartigen Einrichtungen Antworten ein, wurden aber nicht mit ausgewertet. Richtigerweise ist die Bundesregierung in ihrem Dritten Jugendbericht von den Angaben der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung ausgegangen und hat dort für das Jahr 1971 die Zahl von 348 Erziehungsberatungsstellen genannt.

Über die 375 Erziehungsberatungsstellen, die bei der jetzigen Erhebung erfaßt wurden, lassen sich für den Stichtag des 30. Mai 1973 folgende Angaben machen:

Bezeichnung der Stelle

(Der Bezeichnung lassen sich Hinweise auf den Aufgabenbereich und das Aufgabenverständnis entnehmen)

Erziehungsberatungsstelle (142)	37,8 %
Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern (84)	22,4 %
Psychologische Beratungsstelle o. ä. (49)	13,1 %
Erziehungs- und Lebensberatungsstelle (30)	8,0 %
Familien- und/oder Lebensberatungsstelle (12)	3,2 %
Ärztlich-Psychologische Beratungsstelle o. ä. (10) *)	2,7 %
Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche (8)	2,1 %
Psychotherapeutische Beratungsstelle (8)	2,1 %
Familien- und Erziehungsberatungsstelle (8)	2,1 %
Heilpädagogische Beratungsstelle (7)	1,9 %
Beratungsstelle (7)	1,9 %
Jugend- und Familienberatungsstelle (4)	1,1 %
Sozialpädagogische Beratungsstelle (1), Psychohygienisches Institut (1)	0,6 %
Bezeichnung nicht mitgeteilt (4)	1,1 %

Leitung

Hauptamtliche Leitung durch eine Person	84,5 %
Hauptamtliche Leitung durch ein Team	2,7 %
Nebenamtliche Leitung	12,8 %

Fachrichtung des Leiters

Psychologe (293)	78,2 %
Arzt (43)	11,5 %
Arzt und Psychologe (7)	1,8 %
Psychagoge (8)	2,1 %
Sozialarbeiter (1)	0,2 %
Andere Berufe (Theologe, Soziologe usw). (13)	3,5 %

Fachliche Besetzung

drei Fachkräfte und mehr	65,1 %
zwei Fachkräfte und weniger	34,9 %

Neuzugänge im Jahre 1972

Die Zahl derjenigen Kinder und Jugendlichen, die im Laufe eines Jahres erstmals in einer Beratungsstelle erscheinen, erlaubt gewisse Rückschlüsse auf deren Aktivität. 30 der 375 erfaßten Stellen konnten dazu keine Angaben machen, zumeist weil sie erst

*) Hier sind auch die ambulanten Beratungseinrichtungen an Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitäten aufgeführt.

im Laufe des Jahres 1972 oder Anfang 1973 eingerichtet worden waren.

Die Gesamtzahl der Neuzugänge in den verbleibenden 345 Erziehungsberatungsstellen belief sich 1972 auf 81 201 Kinder und Jugendliche. Zwischen den einzelnen Beratungsstellen bestehen dabei große Unterschiede, die teils auf deren Besetzung beruhen (z. B. zehn Neuzugänge bei einer nur nebenamtlich geleiteten und versorgten Stelle; mehr als 1 000 Neuzugänge bei einzelnen Erziehungsberatungsstellen mit bis zu neun multidisziplinären Arbeitsgruppen) oder mit der verschiedenartigen Arbeitsweise zusammenhängen (weniger Neuzugänge bei größerem Angebot an Einzel- und Gruppentherapie, Arbeit mit Eltern-, Lehrer- und Erziehergruppen sowie Institutionsberatung). Bei 49,3 % der 345 Erziehungsberatungsstellen lag die Zahl der Neuzugänge im Jahre 1972 unter 180.

Therapeutische Aktivitäten

312 der an der Erhebung beteiligten Erziehungsberatungsstellen konnten die Zahl der Kinder und Jugendlichen angeben, die sich am Stichtag in längerfristiger Therapie mit wenigstens einer wöchentlichen Sitzung befanden. Es waren dies insgesamt 8 689 Kinder und Jugendliche. Auch hier gab es ähnlich große Unterschiede wie bei den Neuzugängen. Einige Stellen konnten lediglich ein bis zwei längerfristige Behandlungen durchführen; von einzelnen großen Erziehungsberatungsstellen mit mehreren Arbeitsgruppen wurden bis zu 157 laufende Behandlungen angegeben. 50 % der 312 Stellen behandelten am Stichtag jeweils weniger als 30 Kinder und Jugendliche.

4.1 Angaben über die Kinder und Jugendlichen, die in Erziehungsberatungsstellen erscheinen

Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat mit einem Erhebungsbogen, der durch eine von ihr eingesetzte Kommission entwickelt wurde, bislang in den Jahren 1973 und 1974 von 65 bzw. 64 Erziehungsberatungsstellen eine Vielzahl von Daten über die dort neu- bzw. wiedererschienenen oder aus dem Vorjahr übernommenen Kinder und Jugendlichen sammeln können. 1973 handelte es sich dabei um 14 095 und 1974 um 12 576 Berichtsfälle.

Bei den beteiligten Stellen handelt es sich zwar nicht um eine repräsentative Stichprobe. Dennoch vermitteln die Ergebnisse, die in vieler Hinsicht mit früheren Erhebungen übereinstimmen, Aufschlüsse über die gegenwärtige Tätigkeit der Erziehungsberatungsstellen. In den erfaßten Stellen waren im Jahr durchschnittlich 246 bzw. 301 Klienten neu- bzw. wiedererschienen. 15 % davon waren fünf Jahre und jünger, 70 % standen im Alter zwischen sechs und 13 Jahren, 15 % waren 14 Jahre und älter. Die häufigsten Vorstellungsanlässe waren Störungen im Leistungsbereich (25,7 %), Auffälligkeiten im Sozialverhalten (25,2 %) und Auffälligkeiten im emotionalen Bereich (22 %). Die Initiative zum Aufsuchen der Erziehungsberatungsstelle ging im Durchschnitt der beiden Berichtsjahre zu 50 % von den Eltern aus, zu 15 % von einer Schule, zu 10 % von einem Arzt, zu 8 % von einem Jugend- oder Sozialamt und zu 3 bzw. 3,9 % von den Kindern oder Jugendlichen selbst. Zu 25 % kamen die Klienten aus unvollständigen Familien. 5 bzw. 3,7 % lebten in Ersatzfamilien. Von besonderer Bedeutung sind die Angaben über die soziale Herkunft. Der Hauptverdiener der Herkunftsfamilie war bei etwa 20 % höherer Angestellter, Beamter oder Selbständiger, bei 42,5 % einfacher Angestellter oder Selbständiger, bei 28 % unselbständiger Handwerker oder Facharbeiter und nur zu 9,2 % Ungelernter.

Bei den Formen der Betreuung handelte es sich überwiegend um Beratungen bis zu drei Sitzungen (46,5 bzw. 40,8 %). Bei 30 % wurden Beratungen in mehr als drei Sitzungen vorgenommen. Zu 25 bzw. 30 % wurde eine Therapie durchgeführt. In der Rangfolge der therapeutischen Maßnahmen standen dabei 1974 eklektische Spieltherapie, nicht-direktive Therapie sowie übende heilpädagogische Verfahren an erster Stelle.

4.2 Zusammenfassende Beurteilung der gegenwärtigen Versorgung durch die Erziehungsberatungsstellen

Einzelne gut ausgestattete Erziehungsberatungsstellen nehmen in sehr großem Umfang Versorgungsaufgaben nicht nur im Bereich ambulanter Diagnostik und Beratung sondern auch im Bereich der Therapie wahr. Insgesamt reichen indessen Zahl und Besetzung der Erziehungsberatungsstellen in keiner Weise aus, um dem Bedarf an Klärung, Beratung und Therapie gerecht zu werden. Berücksichtigt man nur jene 244 Beratungsstellen aus der jetzigen Erhebung, die über wenigstens eine vollständige Arbeitsgruppe hauptamtlicher Fachkräfte verfügen, dann entfielen 1973 je 250 000 Einwohner auf eine derartig besetzte Stelle. Geht man davon aus, daß einzelne große Beratungsstellen über mehrere Arbeitsgruppen verfügen, dann sind es immer noch 200 000 Einwohner, die auf eine Arbeitsgruppe entfallen statt 50 000, wie es älteren Richtzahlen der Weltgesundheitsorganisation entsprechen würde.

Die Tätigkeit der Erziehungsberatungsstellen steht damit weithin unter dem Druck von Anmeldungen, die zu mehr oder weniger langen Wartelisten und zu Wartezeiten entweder vor einem Erstkontakt oder vor der Einleitung intensiverer Zusammenarbeit führen. Dies ist einer der Gründe dafür, daß die gegenwärtige Klientel eine Auslese zugunsten der mittleren und höheren Sozialschichten darstellt. Diese Voraussetzungen erschweren ihrerseits wiederum Veränderungen, die in den Beratungsstellen als notwendig erkannt und teilweise auch verwirklicht werden. Dazu gehören die stärkere Einbeziehung ganzer Familien, ein Vorgehen, das Kinder, Jugendliche und Eltern von Anfang an stärker zu Mitwirkenden als zu Objekten einer Diagnostik macht, aktive Kontakte zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen, Arbeit mit Multiplikatoren.

4.3 Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien in den vorgeschlagenen Verbundsystemen zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher

Die erweiterten Aufgaben und die Struktur dieser Einrichtungen sind im Abschnitt über die Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder (B.3.7.1.2.3.3) beschrieben. Die von diesen Diensten z. T. bereits jetzt gewählte Bezeichnung „Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien" soll deutlicher machen, an wen sich das Angebot richtet. Die Bezeichnung „Erziehungsberatungsstelle" kennzeichnet ihrem engeren Wortsinn nach die Funktion auch der gegenwärtigen Beratungsstellen nur ungenügend. Sie signalisiert insbesondere nicht, daß es sich um Einrichtungen handelt, die für jeden, der selbst nicht in der Lage ist, sein Problem zu definieren und sich selbst einer speziellen Einrichtung zuzuordnen, die Möglichkeit des Zugangs bieten soll.

Die vielseitigen Aufgaben können nur bei einer gegenüber der gegenwärtigen Situation wesentlich verstärkten multidisziplinären Besetzung mit Fachkräften wahrgenommen werden. Dabei wird es je nach der Sozialstruktur und der geographischen Beschaffenheit des Versorgungsgebietes, nach Aufgabenschwerpunkten und nach den Formen der Zusammenarbeit mit anderen Beratungsdiensten verschiedenartige Typen derartiger Beratungsstellen geben müssen, wie sie z. T. im Hauptbericht genannt werden. Wesentlich für die Wirkungsweise dieser ambulanten Einrichtungen ist dabei in jedem Fall die Möglichkeit informellen Zugangs und informeller Außenbeziehungen.

Innerhalb eines Verbundsystems sind für die Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien vor allem folgende Kooperationsmöglichkeiten gegeben:

- unmittelbare Zusammenarbeit, u. U. auch engere organisatorische Verbindung mit psychotherapeutischen und heilpädagogischen Tageseinrichtungen und Heimen, Tages- und Nachtkliniken sowie Wohngruppen für Jugendliche;
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen, zum einen ergänzend bei unterschiedlichen Schwerpunkten, zum anderen bei Supervision und Erfahrungsaustausch;
- Rückgriff auf die geplanten Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Problemen, die die Möglichkeiten der ambulanten Einrichtung überschreiten.

5 Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Als zentrale kinder- und jugendpsychiatrische Dienste in einem Verbundsystem zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder hält die Arbeitsgruppe für erforderlich (s. B. 3.7.1.2.3.3., C):

- Eine *ambulante Einrichtung* für solche diagnostischen und therapeutischen Aufgaben, die nicht von den übrigen ambulanten Diensten des Versorgungssystems wahrgenommen werden können. Sie soll den Einrichtungen des Verbundsystems zur differentialdiagnostischen Klärung und zur Ergänzung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten den unmittelbaren Rückgriff auf spezielle kinder- und jugendpsychiatrische, neuropädiatrische, neurologische und psychologische Untersuchungsverfahren und Behandlungswege ermöglichen. Je nach den Möglichkeiten und der Schwerpunktbildung der Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien (s. d.) kann diese ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung ihrerseits Schwerpunkte bilden oder besondere Aufgaben übernehmen (z. B. Psychotherapie bei besonderen Störungsformen, Früherkennung und -behandlung bei Behinderten, Krisenintervention, Institutionsberatung). Insbesondere sollen durch die volle Ausnutzung aller ambulant durchführbaren Untersuchungsverfahren stationäre Aufnahmen aus lediglich diagnostischen Gründen reduziert werden.
- Eine *stationäre Einrichtung* für Untersuchung und Beobachtung, soweit sich dies als unumgänglich erweist, und zur *kurz- bis mittelfristigen* Behandlung.
- Eine *stationäre Einrichtung* für die *längerfristige* Versorgung von
  1. Kindern und Jugendlichen mit autistischen Syndromen, Psychosen, schweren Auswirkungen frühkindlicher Sozialisationsstörungen, Mehrfachbehinderungen,
  2. geistig oder seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Komplikationen (z. B. Anfallsleiden) oder schwerwiegenden Störungen des Verhaltens (z. B. ausgeprägte psychomotorische Unruhe), bei denen die Unterbringung in dezentralen (komplementären) stationären Einrichtungen wegen des Schweregrades der Komplikationen und/oder wegen der Notwendigkeit ständiger medizinischer Versorgung nicht möglich ist.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, diese Dienste für jeweils zwei Standardversorgungsgebiete, d. h. für durchschnittlich 500 000 Einwohner, zusammenzufassen. Für eine solche Zusammenfassung spricht die volle Nutzung der diagnostischen und therapeutischen Ausstattung (insbesondere auch medizinisch-technische Einrichtungen wie Röntgenapparatur, Elektroenzephalographie, Laboratorien, sowie krankengymnastische und beschäftigungstherapeutische Einrichtungen) und die Möglichkeit über spezielle Fachkompetenz aus verschiedenen medizinischen und psychologischen Bereichen gemeinsam verfügen zu können. Dabei sollen derartige Zentren — wenn ihre Aufgaben auch denen eines Fachkrankenhauses entsprechen — jedoch keinesfalls den Charakter einer klinischen Großeinrichtung haben. Die einzelnen Bereiche sollten räumlich soweit ge-

geneinander abgegrenzt sein, daß den verschiedenartigen Bedürfnissen von Kindern und von Jugendlichen und den unterschiedlichen Versorgungsformen bei kurz- bis mittelfristiger und bei langfristiger stationärer Unterbringung mit der Struktur der einzelnen Abteilungen entsprochen werden kann. Bauliche Gliederung und Geländenutzung müssen die Bewegungs- und Erfahrungsbedürfnisse, aber auch die Abgrenzungsbedürfnisse der überwiegend nicht bettlägerigen Kinder und Jugendlichen berücksichtigen und möglichst normale Wohnbedingungen sowie eine weitgehend normale Tageslaufgestaltung gewährleisten.

5.1 Platzbedarf der Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Arbeitsgruppe hat bei ihren Vorschlägen für die verschiedenen Bereiche eines Zentrums auf je 500 000 Einwohner insgesamt 150 Plätze vorgesehen. Daneben sollten in jedem zweiten Zentrum noch Plätze für überregionale Aufgaben (z. B. für Adoleszenten mit ausgeprägteren Störungen im Sozialverhalten, für spezielle klinische Psychotherapie) vorgesehen werden. Diese Bedarfsschätzung gründet sich auf begrenzte Erhebungen und auf Planungen einzelner Länder, hinsichtlich der längerfristigen stationären Versorgung von behinderten Kindern und Jugendlichen, sowie auf die Feststellungen der Expertengruppe für die Versorgung geistig Behinderter.

Im einzelnen weichen die herangezogenen Bedarfsschätzungen und Planzahlen aus verschiedenen Gründen voneinander ab. Zu berücksichtigen ist dabei die grundsätzliche Schwierigkeit, den hier angesprochenen Bedarf differenziert zu ermitteln, zum anderen die Verschiedenartigkeit der Aufgaben, die jeweils bei den einzelnen Planungen für die stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste vorgesehen werden.

So sehen z. B. die Planungsleitzahlen für England und Wales an Krankenhausbetten für Kinder und für Jugendliche mit psychischen Erkankungen je 0,025 ‰, zusammen 0,05 ‰ der Gesamtbevölkerung vor. Das ist ein Zehntel der für Erwachsene geplanten Betten (0,5 ‰ ohne psychogeriatrische Erkrankungen). Zusätzlich sind für geistig behinderte Kinder 0,13 ‰ Krankenhausbetten vorgesehen, d. h. knapp ein Viertel der Leitzahl für erwachsene geistig Behinderte (0,55 ‰). Für geistig behinderte Kinder in Wohn- und Pflegeheimen sind außerdem noch einmal 0,12 ‰ Plätze angesetzt.

Die Denkschrift „Psychiatrische Krankenhausplanung und psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Bayern" (1971) vermutet nur für Kinder ebenfalls einen Bedarf an psychiatrischen Krankenhausbetten von 0,025 ‰ der Gesamtbevölkerung, dazu für Langverweilabteilungen zur Versorgung geistig und seelisch behinderter Kinder 0,075 ‰. — Im Psychiatrieplan des Landes Baden-Württemberg (1973) ist hinsichtlich der stationären Versorgung von psychisch gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen eine Differenzierung nach Diagnostik und kurzfristiger Behandlung einerseits, mittel- und langfristiger Behandlung andererseits vorgenommen worden. Lediglich um den dringendsten Bedarf zu decken, werden dabei im ersten Bereich 0,04 ‰ und im zweiten Bereich 0,06 ‰, zusammen 0,1 ‰ Plätze bezogen auf die Gesamtbevölkerung für erforderlich gehalten. Gleichzeitig wird festgestellt, daß gegenwärtig nur 0,045 ‰ derartiger Plätze vorhanden sind. Es ist richtig, wenn bei diesen Planungsziffern angemerkt wird, daß sie noch keine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten. Es würde — zumindest für den Bereich der kurz- und mittelfristigen stationären Behandlung — bereits der unmittelbaren Erfahrung zuwiderlaufen, daß lediglich eine Verdoppelung (auch in Bayern würde es sich allenfalls um eine Verdoppelung handeln) der Platzzahl in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ausreichen würde.

Eine Studie über die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland hat dementsprechend zeigen können, daß die vorläufigen Schlüsselzahlen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zutreffen dürften. Sie setzen einen Krankenhausbettenbedarf von 0,1 ‰ der Gesamtbevölkerung für Diagnostik und für kurz- und mittelfristige Behandlung bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen sowie einen Bettenbedarf (Krankenhaus- *und* Heimplätze) von 0,6 ‰ für die längerfristige Versorgung von geistig und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen an. — Die Zahl der tatsächlich aus dem Landschaftsverband Rheinland stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen, zuzüglich derjenigen, die erfaßt und für eine stationäre Unterbringung vorgesehen waren, lag bei 87 % des nach den Schlüsselzahlen anzunehmenden Bedarfs. Unter der berechtigten Annahme einer Dunkelziffer von 13 % würden sich damit die Schlüsselzahlen bestätigen. Allerdings fehlt in dieser Studie eine Differenzierung des Bedarfs nach kurz-, mittel- und längerfristiger stationärer Versorgung. Insgesamt machen bei dieser Bedarfsschätzung die Plätze für psychisch gestörte und behinderte Kinder und Jugendliche etwas weniger als ein Viertel des nach den Richtzahlen der WHO mit 3 ‰ der Gesamtbevölkerung zugrundegelegten Gesamtbedarfs an Plätzen für psychisch Kranke und Behinderte aus.

Die Arbeitsgruppe ist von den durch diese Erhebung gestützten Schlüsselzahlen ausgegangen. Hinsichtlich des stationären Bedarfs für Diagnostik sowie kurz- *und* mittelfristige Behandlung hält sie die Annahme von 0,1 ‰ der Gesamtbevölkerung für annähernd zutreffend. Sie berücksichtigt dabei unter anderem eine in den letzten Jahren deutliche Tendenz, bei der sich abzeichnet, daß mit quantitativer und qualitativer Verbesserung ambulanter Diagnostik (Neueinrichtung ambulanter Dienste, Differenzierung und Verbreitung entsprechender Untersuchungsverfahren und Beurteilungsmöglichkeiten) der Anteil der lediglich aus diagnostischen Gründen erfolgten stationären Aufnahmen zurückgeht, daß gleichzeitig aber der Anteil der infolge der gleichen Verbesserung erfaßten schwerer gestörten stationären Patienten mit einer aus thera-

peutischen Gründen mittelfristigen Verweildauer zunimmt. Die Platzzahl bleibt dabei immer noch unter einem Zehntel der übrigen psychiatrischen Krankenhausbetten.

Hinsichtlich der Plätze für eine längerfristige stationäre Versorgung weichen die Bedarfsschätzungen der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie allerdings von der bisher vorgenommenen Aufschlüsselung des Anteils von insgesamt 0,6 ‰ der Gesamtbevölkerung in 0,3 ‰ Krankenhausplätze und 0,3 ‰ Heimplätze ab. Übereinstimmend mit dem Expertenteam für die Versorgung geistig Behinderter ist sie der Meinung, daß für 0,45 ‰ der Gesamtbevölkerung Heimplätze (komplementäre Dienste) vorgesehen werden können und daß nur zu 0,15 ‰ der Gesamtbevölkerung für geistig behinderte Kinder und Jugendliche wegen neuropsychiatrischen Komplikationen und anderen Gründen für eine ständige medizinische Versorgung Plätze an einem Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen werden müssen. Darüber hinaus allerdings hält sie Plätze für die längerfristige stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Syndromen, Psychosen, Mehrfachbehinderungen mit einer Richtzahl von 0,05 ‰ der Gesamtbevölkerung für erforderlich.

Damit würden sich die 150 vorgeschlagenen Plätze verteilen auf 50 Plätze (Kinder und Jugendliche) für Diagnostik und bis zu mittelfristiger Behandlung, 25 Plätze für die längerfristige Versorgung von autistischen Syndromen, Psychosen, Mehrfachbehinderungen usw. und 75 Plätze für die langfristige Unterbringung von Behinderten mit der Notwendigkeit ständiger medizinischer Versorgung.

Es muß offen gelassen werden, wieweit bei einer Neuordnung und Verbesserung der ambulanten Versorgung sich Änderungen hinsichtlich dieses stationären Bedarfs ergeben. Aussagen darüber werden nur möglich sein, wenn für Modellzentren und nach Möglichkeit Modellregionen eingehende Erhebungen über die Beziehungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angestellt werden. Den Grundsätzen für eine Neuordnung (s. B.1) entsprechend, soll eine stationäre Unterbringung nur dann erfolgen, wenn erfolgversprechende Maßnahmen anders nicht gewährleistet sind.

5.2 Organisationsformen des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Aufgabenstellung innerhalb eines Verbundsystems zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder macht es erforderlich, daß das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne Einschränkungen mit den übrigen Einrichtungen dieses Verbundsystems unmittelbar und verbindlich zusammenarbeiten kann. Unter dieser Voraussetzung, die durch eine unabhängige Leistungsstruktur zu sichern ist, sind verschiedene Organisationsformen des Zentrums und verschiedene Verbindungen zu anderen Einrichtungen möglich. Einige dieser Möglichkeiten seien mit ihren wesentlichen Vor- und Nachteilen angeführt. Fragen der Trägerschaft, der Verwaltung und der wirtschaftlichen und technischen Versorgung werden dabei hier nicht berührt.

1. Selbständiges Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es hat den Vorteil, daß die Voraussetzungen hinsichtlich Baustruktur und Geländenutzung (s. o.) unabhängig von der Nachbarschaft anderer Einrichtungen optimal gestaltet werden können. Für die mittel- und längerfristig aufgenommenen Kinder und Jugendlichen können bei dieser Lösung ohne Schwierigkeiten Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen angegliedert werden, die gleichzeitig auch anderen Einrichtungen des Verbundsystems zur Verfügung stehen. Zu prüfen ist allerdings, ob jeweils die erforderliche medizinisch-technische Ausstattung voll genutzt werden kann. Das dürfte dann der Fall sein, wenn außer den vorgeschlagenen 150 Plätzen weitere Plätze (25 bis 30) für überregionale Aufgaben vorhanden sind und bzw. oder ambulante Schwerpunktaufgaben (z. B. Früherkennung von Behinderungen) wahrgenommen werden.

2. Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie in räumlichem und organisatorischem Zusammenhang mit einem anderen Krankenhaus. Unter der Voraussetzung, daß überhaupt bauliche Voraussetzungen für die besonderen Aufgaben des Zentrums und für seine Abgrenzung vorhanden sind, liegt der Vorteil vor allem darin, daß die Einrichtungen und die Kompetenz der verschiedenen medizinischen Spezialisten des gesamten Krankenhausbereiches zur Verfügung stehen. Dieser Vorteil käme dabei überwiegend der ambulanten und stationären Diagnostik — besonders bei entsprechenden Schwerpunktaufgaben — zugute. Die Möglichkeiten des Geländes dürften dagegen zumeist den Bedürfnissen, die bei den mittel- und langfristig aufgenommenen Kindern und Jugendlichen bestehen, weniger entsprechen. Im einzelnen kommen in Betracht:

   a) Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Verbindung mit einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. Diese Lösung ist u. a. vorgeschlagen worden, um Gelände und Bausubstanz solcher Psychiatrischer Landeskrankenhäuser zu nutzen, deren Platzzahl im Verlauf einer Neuordnung reduziert wird. Abgesehen davon, daß die vorerst noch vorhandenen Vorurteile innerhalb der Bevölkerung das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließen könnten, wird in vielen Fällen der Standort für die Funktion des Zentrums innerhalb eines Versorgungsgebietes ungeeignet sein. Bei Neubauten an einem aufgabengerechten Standort könnten sich die übrigen Vor- und Nachteile (Nutzung gemeinsamer Einrichtungen/Möglichkeiten des Geländes) die Waage halten.

   b) Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie an einem Kinderkrankenhaus oder an einem Allgemeinkrankenhaus mit Kinderabteilung. Neben den oben erwähnten allgemeinen Vorteilen, die ein größerer Krankenhauskomplex

bietet, würde bei dieser Lösung mit der räumlichen Verbindung die Gleichstellung psychisch und körperlich kranker Kinder betont. An den für das Zentrum erforderlichen strukturellen Voraussetzungen zeigt sich indessen, daß Gleichstellung wohl Gleichwertigkeit, nicht aber Gleichartigkeit der Versorgung bedeutet. Ein weiterer Vorteil könnte jedoch darin liegen, daß sich eine — sehr wünschenswerte — ergänzende Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickeln kann. Als Bindeglied — funktional und ggf. auch räumlich — kommen dabei Abteilungen für Neuropädiatrie in Betracht. Die Arbeitsgemeinschaft für Neuropädiatrie hält für etwa 600 000 Einwohner jeweils eine neuropädiatrische Abteilung für erforderlich. Es entspricht dies ungefähr einem doppelten Standardversorgungsgebiet, d. h. einem Versorgungsgebiet wie es auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgeschlagen wird. Unter dieser Voraussetzung ist aber auch die Einrichtung von neuropädiatrischen Abteilungen an selbständigen Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. 1) als eine Möglichkeit für einzelne Versorgungsgebiete zu erwägen. Sie wurde u. a. mit Sachverständigen aus dem Bereich der Neuropädiatrie erörtert.

3. Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit räumlich getrennten Bereichen für Diagnostik und bis zu mittelfristiger Behandlung (50 Plätze) einerseits, längerfristiger Unterbringung (100 Plätze) andererseits. Diese Möglichkeit, bei der die beiden Bereiche innerhalb einer Ortschaft auf verschiedenem Gelände liegen können, kommt nur dann in Betracht, wenn die Entfernung unmittelbare gegenseitige Erreichbarkeit, gemeinsame Aktivitäten und gemeinsame Nutzung einzelner Einrichtungen ohne Schwierigkeiten zuläßt. Sie könnte sich im Einzelfall dort anbieten, wo die Vorteile der Verbindung mit einem anderen Krankenhaus genutzt werden sollen, dort aber nicht die Voraussetzungen für eine bedürfnisentsprechende Unterbringung des Langzeitbereiches vorhanden sind.

   Auf diese Weise bestünde ggf. auch für eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an einer Universität die Möglichkeit, Aufgaben eines Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu übernehmen. Dies erscheint u. a. dann sinnvoll, wenn deren Forschungsschwerpunkt bei den Problemen einer bedarfsgerechten Versorgung liegt. Allerdings müßten für die Versorgungsaufgaben dann tatsächlich 50 Plätze zur Verfügung stehen (für andere Forschungsaufgaben ggf. 15 weitere Plätze). Außerdem müßten alle Einrichtungen eines Zentrums im ambulanten und stationären Bereich vorhanden sein (s. B.3.3.2, Psychiatrische Universitätskliniken).

Im übrigen ist die Frage aufgeworfen worden, wieweit sich die in Kinderkrankenhäusern durch Rückgang der Belegung frei werdende Bettenkapazität unmittelbar für eine bessere Versorgung psychisch auffälliger, gestörter oder behinderter Kinder nutzen läßt. Abgesehen davon, daß diese Frage der Erörterung mit Vertretern der Pädiatrie und ihrer Einrichtungen bedarf, dürften die verfügbaren Plätze in der Regel nicht ausreichen, um Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch nur deren kurz- bis mittelfristigen Bereich (50 Plätze) mit dem zusätzlichen Bedarf an Bewegungs- und Aktivitätsräumen unterzubringen. — Es bietet sich dafür eher der in B.4.2 des Hauptberichtes (Dienste mit psychotherapeutisch/psychosomatischer Funktion) enthaltene Vorschlag an, an Kinderkrankenhäusern kleine Abteilungen (bis zu 20 Betten) für Psychotherapie/Psychosomatik einzurichten. Diese Abteilungen sollen auch Beratungsfunktionen für die übrigen Abteilungen des Krankenhauses übernehmen. Auch für eine derartige Einrichtung besteht dabei ein größerer Platzbedarf als für eine allgemeine Kinderstation. — Es muß betont werden, daß auf diese Weise aber nur die Versorgung einer bestimmten Gruppe psychisch gestörter Kinder verbessert werden kann. Die erforderliche umfassende Versorgung aller Gruppen psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher macht entsprechende zentrale Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich.

5.3 Gliederung, Einrichtungen und Personalbedarf der Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Arbeitsgruppe hat verschiedene Möglichkeiten für die Gliederung der stationären Bereiche des Zentrums in kleine Einheiten bis zu 12 Plätzen erörtert. Im Bereich für stationäre Diagnostik, kurzbis mittelfristige Therapie kommen bei unterschiedlichen Schwerpunkten auch verschiedene Formen der Gliederung in Betracht. Entsprechende Modelle sollen entwickelt und erprobt werden. Ebenso sind die Erfahrungen mit der Gliederung bereits bestehender Einrichtungen entsprechender Aufgabenstellung auszuwerten. Neben der Trennung der beiden großen stationären Bereiche des Zentrums sollte die Gliederung vor allem die unterschiedlichen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und die Differenzierung nach diagnostischen und therapeutischen Funktionen berücksichtigen. Gerade hinsichtlich dieser Differenzierung aber sind für verschiedene Versorgungsgebiete und angesichts von Veränderungen des Bedarfs sehr unterschiedliche Größenordnungen denkbar. Für bestimmte Patientengruppen sollen Tagesklinik (z. B. Kinder mit leichteren autistischen Syndromen) und Nachtklinik (z. B. für Jugendliche) vorgesehen werden.

Für die bauliche Gestaltung der vorgeschlagenen Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es in einzelnen Bundesländern bereits Planungen, u. a. liegt auch ein als Diplomarbeit erstellter Entwurf vor. Die Arbeitsgruppe schlägt vor, derartige Entwürfe zentral zu sammeln und zur Diskussion zu stellen.

An unerläßlichen Einrichtungen des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind über den allgemeinen Bedarf an Bewegungs-, Aktivitäs- und Beschäftigungsräumen hinaus insbesondere Räume für

Unterricht, Gruppentherapie, Beschäftigungstherapie, Spieltherapie, Krankengymnastik, Sport, ferner besondere Räume für Gruppenarbeit mit Eltern, Erziehern usw. zu nennen.

Unter Berücksichtigung vielfältiger Erfahrungen aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt die Arbeitsgruppe zur personellen Besetzung eines Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie folgende Hinweise für die *stationären* Bereiche:

— Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst (Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Pflegehelfer/Heilerziehungspfleger und -pflegehelfer/Kindergärtnerinnen, Erzieher, Kinderpflegerinnen) sollten nach einem Schlüssel von 1:1,5 vorgesehen werden. Innerhalb dieses Schlüssels ist in den verschiedenen Bereichen je nach Aufgabenstellung eine unterschiedliche Verteilung von Mitarbeitern mit pflegerischer oder sozialpädagogischer Ausbildung erforderlich.

— Mitarbeiter mit besonderer therapeutischer, sozialpädagogischer oder heilpädagogischer Ausbildung sollten nach einem Schlüssel von 1:10 vorgesehen werden. Auch hier ist ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausbildungsgänge und -abschlüsse ein gemeinsamer Schlüssel angegeben, der eine aufgabenentsprechend variierende Besetzung zuläßt.

— Ärzte und Psychologen sind mit einem *gemeinsamen* Schlüssel von 1 : 10 für den Bereich stationärer Diagnostik, kurz- bis mittelfristiger Behandlung und 1 : 20 für den Bereich der längerfristigen stationären Versorgung vorzusehen. Für den kurz- bis mittelfristigen Bereich ergibt sich dabei z. B. eine variable Besetzung mit fünf Ärzten *oder* Psychologen.

Leitungsfunktionen, besondere Aufgaben, ambulanter Bereich, Konsiliardienste sind bei diesen Hinweisen nicht berücksichtigt.

6 Projekt: Lehrer und ihre Problemschüler

Über dieses Projekt, das von H. von Balluseck durchgeführt und im Juni 1974 abgeschlossen wurde, liegt ein ausführlicher Bericht (48 S., 49 Tabellen) vor, der an anderer Stelle veröffentlicht werden soll. Hier werden die wesentlichen Ergebnisse dieses Projektes zusammengefaßt. Die Fragestellung der Arbeitsgruppe galt dem Wissensstand bei Lehrern über normabweichendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Es sollte geklärt werden, welche Möglichkeiten derzeit vorhanden sind, diese alltäglich mit Konflikten und Problemen von Kindern und Jugendlichen konfrontierte Berufsgruppe an primär- und sekundär-präventiven Maßnahmen zu beteiligen bzw. in diese einzubeziehen.

Es wurden dazu 145 Lehrkräfte an Grund-, Haupt- und Sonderschulen (40 % Männer, 59 % Frauen) aus den Räumen München (75) und Bielefeld (70) interviewt. Auf eine für die Grundgesamtheit repräsentative Stichprobe wurde verzichtet und statt dessen versucht, eine Drittelung nach den drei Schultypen, nach Stadt, Kleinstadt und Dorf sowie nach der Dauer der Lehrtätigkeit (bis 5, 5 bis 15, über 15 Jahre) soweit wie möglich einzuhalten.

92 % der Befragten bejahten die Frage nach dem Vorhandensein von Schülern, die ihnen *besondere* Probleme aufgeben. Genannt wurden dabei im Durchschnitt 12 % der Klassenstärken. Verneint wurde die Frage nach Problemschülern eher von Lehrern als von Lehrerinnnen und eher auf dem Dorf als in den Städten. Lehrer aus Kleinstädten gaben die im Durchschnitt höchsten Anteile von Problemschülern an. Aus Grundschul- und Hauptschulklassen wurde aufgrund des Interviews ein ungefähr gleicher Anteil von 11 % bzw. 9 % ausgesprochener Problemschüler genannt. Sonderschullehrer gaben dagegen nahezu ein Drittel ihrer Klassenstärken als Problemschüler an. Der Anteil an Hauptschulen liegt vermutlich deswegen am niedrigsten, weil ein Teil der problematischen Schüler vor dem Erreichen der höheren Klassen an Sonderschulen überwiesen wurde.

Als häufigstes Problem wurden bei 89 % der angegebenen Schüler Schwierigkeiten im Leistungsbereich angeführt. An zweiter Stelle standen Störungen im Sozialverhalten (bei 73 %) in Form von Aggressivität (33 %) und Kontaktstörungen (38 %). Mangelhafte Anpassung an die Schulsituation (unruhiges, störendes oder infantiles Verhalten) wurde bei 56 % der Problemschüler erwähnt.

Ausgesprochen dissoziale Verhaltensweisen, Stehlen und Schulschwänzen wurden für 8 % bzw. 13 % aller Problemschüler angegeben.

Die Ansichten der Lehrer über die Entstehungsbedingungen der Auffälligkeiten wurden einmal durch Äußerungen zu jeweils zwei Problemschülern, zum anderen durch eine Listenvorlage ermittelt, bei der zehn Verhaltenseigenschaften und 12 mögliche Ursachen einander zugeordnet werden konnten. Mangelnde häusliche Fürsorge und psychische Belastungen innerhalb der Familie wurden als weitaus häufigste Ursache, Konflikte in der Klasse (11 %) und mit dem Lehrer (1 %) dagegen äußerst selten als Ursachen angesehen. Die Situation der Familie wurde verhältnismäßig wenig berücksichtigt (materielle Bedingungen 10 %, Gastarbeitersituation o. ä. 3 %). Bei fast 20 % der Problemschüler wurden von den Lehrern Hirnfunktionsstörungen vermutet. Von Sonderschullehrern wurde häufiger als von den beiden anderen Gruppen bei den Problemschülern eine „charakterliche Schwäche" angenommen.

Durch Cluster-Analysen wurde versucht, die Lehrer nach ihren unterschiedlichen Beurteilungsstandpunkten zu gruppieren. Die Mehrheit der Lehrer lastet dem Problemschüler seine Auffälligkeiten und Schwierigkeiten nicht an, sondern sucht die Gründe in sachlicher Überforderung und in Belastungen durch die Familie. 59 % der Lehrer meinten, über Möglichkeiten zu verfügen, die Entwicklung ihrer Problemschüler positiv zu beeinflussen. Im Vordergrund standen dabei individuelle Formen der Ein-

flußnahme wie Gespräche, intensiverer Kontakt, Geduld, Lob. Verhältnismäßig selten wurden Gruppenarbeit oder Zusammenarbeit mit Institutionen erwähnt. Ältere Lehrer hoben eher als jüngere die Notwendigkeit einer Einbeziehung der Eltern hervor.

Das Vorhandensein von Erziehungsberatungsstellen war nur bei 5 % der befragten Lehrer nicht bekannt. Nur 52 % hatten indessen mit einer Erziehungsberatungsstelle Kontakt aufgenommen. Andere Einrichtungen zur Versorgung psychisch auffälliger oder gestörter Kinder waren jeweils bei weniger als zwei Drittel der Lehrer bekannt und nur für ein Drittel überhaupt in erreichbarer Nähe. Von den Beratungsdiensten wurden überwiegend diagnostische Maßnahmen und eine Beratung der Eltern erwartet. 43 % hatten Eltern dorthin empfohlen. 92 % der befragten Lehrer bekundeten ihr Interesse an einer Fortbildung über Entstehung und Behandlung von Problemverhalten bei Schülern. Bevorzugte Formen einer solchen Fortbildung waren Arbeitskreise (42 %), Seminare (39 %) und Lehrgänge (27 %). Es wurden aber auch bedarfsweise eingerichtete Aussprachemöglichkeiten mit Kollegen und Hinzuziehung von Fachleuten gewünscht (23 %).

Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, daß bei der Ausbildung und Fortbildung der Lehrer Entstehungs- und Verfestigungsbedingungen von psychischen Auffälligkeiten und Störungen wesentlich mehr als bisher berücksichtigt werden müssen. 86 % der Befragten zeigten sich in dieser Hinsicht ausgesprochen unzufrieden mit ihrer Ausbildung. Über das Wissen hinaus ist eine bessere Befähigung zum Umgang mit Konflikten und Problemen der Schüler und zu einer die Zusammenhänge berücksichtigenden Einflußnahme erforderlich. Als eine bereits erprobte Möglichkeit, Lehrer in dieser Hinsicht zu unterstützen, werden fall- und problemzentrierte Lehrergruppen unter Mitwirkung der Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien sowie kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Dienste empfohlen.

7 Dringliche Empfehlungen der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Sachverständigen-Kommission hat der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher Priorität bei den speziellen Patientengruppen (s. H.4.5) eingeräumt.

Die Arbeitsgruppe hält dabei vor allem folgende Schritte für vordringlich:

1. Vermehrung der Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien (Erziehungsberatungsstellen) mit einer schrittweise nach den Vorschlägen der Arbeitsgruppe erweiterten multidisziplinären Besetzung.
2. Einrichtung wenigstens eines Modellzentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie in jedem Bundesland.
3. Vermehrung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte zu Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie durch entsprechende Stellenpläne an den gegenwärtig vorhandenen Einrichtungen (Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Universitätskliniken) (s. B.3.7.1.4.3).
4. Vermehrung der Ausbildungsmöglichkeiten für Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) (s. B.3.7.1.4.3).
5. Weiterentwicklung und Erprobung von Aus- und Fortbildungsmethoden, die den Mitarbeitern im Pflege- und Erziehungsdienst Formen des therapeutischen Umgangs mit Kindern und Jugendlichen vermitteln (s. B.3.7.1.4.2).

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Bezirkstagspräsidenten: Psychiatrische Krankenhausplanung und psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Bayern. München 1971.

Auszug aus den Materialien zur Antwort auf die Große Anfrage der Abg. Kühn (Hildesheim), Stingl, Frau Schroeder (Detmold), Dr. Jungmann, Adorno und der Fraktion der CDU/CSU. — Drucksache V/1198 — Situation der Kinder in der Bundesrepublik Deutschland.

v. Balluseck, H.: Lehrer und ihre Problemschüler. Eine Befragung bei Volks- und Sonderschullehrern. Unveröffentlicht. 1974.

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Dritter Jugendbericht. 1973.

Celdic: One Million Children. — The Celdic Report. Canada: Crainford 1970.

Davidson, M.: Einige Untersuchungsergebnisse über psychologische Störungen bei Kindern. Prax. Kinderpsychol. 10, 273 (1961).

Deutscher Bildungsrat. Empfehlungen der Bildungskommission. Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. 1973.

Düllmann, R., Famers, G., Hofmann, H., Hofmann, M., Kasten, H., Siegmund, D.: Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum. Diplomarbeit Aachen 1973.

Goydke, R., Specht, F.: Intelligenzstruktur bei Jugendlichen mit dissozialem Verhalten. Z. Kinder-Jugendpsychiat. Im Druck.

v. Harnack, G. A.: Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind. Stuttgart: Thieme 1958.

Hinsch, J., Leirer, H., Steinert, H.: Wie man sie „schafft": Über Spezialprävention durch Jugendstrafvollzug. In: Steinert, H. (Hrsg.): Der Prozeß der Kriminalisierung. München: Juventa 1973.

Johnsson, G., Kälvesten, H. L.: 222 Stockholms pogkar. 2. Aufl. Stockholm: 1964.

Neumann, K.: Heimerziehung und Kriminalität. Prax. Kinderpsychol. 24, 181 (1975).

Psychiatrieplan Baden-Württemberg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg. Stuttgart: 1974.

Quensel, S.: Soziale Fehlanpasung und Stigmatisierung. In: Jahrbuch für Rechtssoziologie Bd. 3. Gütersloh: Bertelsmann 1972.

Rutter, M., Graham, P.: Psychiatric disorder in 10- and 11-years old children. Proc. Roy. Soc. Med. 59, 382 (1966).

Sander, A.: Die statistische Erfassung von Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Muth, J. (Hrsg.): Sonderpädagogik 1 — Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung. Deutscher Bildungsrat: Gutachten und Studien der Bildungskommission 25. Stuttgart: Klett 1973.

Schulte, F. J.: Neuropädiatrie. Kinderarzt 5, 377 (1974).

Shepherd, M., Oppenheim, B., Mitchell, S.: Auffälliges Verhalten bei Kindern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1973.

Steuber, H.: Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Prax. Kinderpsychol. 22, 246 (1973).

Thalmann, H. Ch.: Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Stuttgart: Klett 1971.

Welding, G.: Verhaltensauffällige Kinder in Kindergärten der Stadt Göttingen. Med. Diss. Götingen 1975.

Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger im Lande Nordrhein-Westfalen. Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1972.

Ausführungen der Arbeitsgruppe „Suchtkranke"

Zur Versorgung von Suchtkranken

1 Volkswirtschaftliche (sozio-ökonomische) Folgen der Suchterkrankungen

1.1 Soziallasten

Die Ermittlung der durch die Gesamtzahl von Alkohol-, Arzneimittel- und Rauschmittelabhängigen bedingten Sozialkosten begegnet manchen methodischen Schwierigkeiten wie statistische Unzulänglichkeiten, Fehlen der Diagnose in den Zusammenstellungen der Krankenkassen, der Sozialämter, der Rententräger, der Kriminalbehörden, langdauerndes Unerkanntbleiben eines pathologischen Arzneimittel- oder Alkoholkonsums. Pritchard (1970) hat für Australien den durch vorzeitigen alkoholbedingten Tod entstandenen volkswirtschaftlichen Schaden mit mathematischen Methoden nach Rice und Weisbrod (1966) zu berechnen versucht. Im deutschen Sprachraum ist bisher nur die eine Untersuchung über die Höhe der durch Alkoholismus und chronischen Alkoholismus verursachten Sozialkosten für die Stadt Bremen — vorwiegend für das Jahr 1968 — von H. Tempel (1970) durchgeführt und veröffentlicht worden. Als direkte Kosten wurden alle Leistungen aus sozialen Einrichtungen einschließlich der Personalkosten angesehen (ambulante und stationäre Behandlung, Heim- und Anstaltsunterbringung, Haus- und Krankengeld, Familienunterstützung gem. § 37 des Bundessozialhilfegesetzes, Frühinvalidität, Kriminalität, Zivilgerichtsbarkeit, Einbuße an Vermögenswerten durch persönliche Ausgaben für alkoholische Getränke). Die indirekten Kosten umfassen die Verringerung des Volkseinkommens durch „Alkoholismus" wie Produktionsminderung durch Arbeitsausfall und Leistungsabfall, erhöhte Morbidität und Mortalität. Tempel hat an direkten Kosten 7 987 364 DM, an indirekten Kosten 26 117 949 DM, insgesamt also 34 105 313 DM ermittelt, wobei er betont, daß es sich um Minimalzahlen handelt. Bei einem Gesamtbruttoeinkommen in Bremen-Stadt von annähernd 3 Mrd. DM bilden die Aufwendungen für Folgen der Alkoholabhängigkeit somit etwa 1,1 %! Eine Hochrechnung für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland mit Berlin (West) ergibt mehrere Milliarden DM an Sozialkosten durch pathologischen Alkoholkonsum. Entsprechende Untersuchungen werden von der Ruhr-Universität in Bochum durchgeführt.

Auch in der Deutschen Demokratischen Republik sind die „produktionsmindernden Folgen des Alkoholmißbrauchs" mit der Zunahme des Alkoholkonsums vom Jahr 1955 mit 4,4 Litern bis zum Jahr 1970 auf 6,6 Liter Spirituosen und von 68,5 auf 95,7 Liter Bier pro Kopf und Jahr beträchtlich angestiegen. Trotz der seit 1962 geltenden Bestimmungen, den Genuß alkoholischer Getränke in den Betrieben zu unterlassen und Angetrunkenen das Betreten eines Betriebes zu verbieten, gelang es auch in der DDR bisher nicht, dem Problem wirksam zu begegnen (Baatz 1972). Die medizinischen und forensischen Folgeerscheinungen drücken nur unvollkommen das Maß an sozialer, wirtschaftlicher und menschlicher Not aus, der besonders auch die Familien der Abhängigen ausgesetzt sind.

1.2 Morbidität

Bei etwa 20 % der Abhängigen entwickeln sich psychiatrische, bei etwa 30 bis 40 % neurologische und internistische Komplikationen (davon etwa bei 8 % Leberzirrhose gegenüber 2,2 bis 3,9 % bei Nichtalkoholkranken; nach v. Oldershausen kommt es sogar zu einer Zirrhosenhäufigkeit von 34,6 % nach durchschnittlich 22,4 Jahren eines täglichen Konsums von mindestens 80 g reinen Alkohols. Bei Leberzirrhose fanden Creutzfeld und Beck in 39 % ihrer Fälle Alkoholismus in der Vorgeschichte. Bei dem Nachweis einer Fettleber geben Thaler (1969) in 52 % Alkoholismus als Ursache, Sarvan und Broicher (1970) in 49 %, Knick und Mitarbeiter (1969) in 34 % an. Bei den Fällen von chronischer Pankreatitis stellte Amman (1970) bei 52 % einen Alkoholismus fest. Für psychische Alkoholkrankheiten hat Bättig (1972) in der Schweiz eine Zunahme um 106 %, 91 % bei Männern gegenüber 238 % bei Frauen, seit dem Jahre 1936 errechnet.

1.3 Mortalität

Nach statistischen Untersuchungen von Wieser und Kunad (1965) ist die Mortalität bei Alkoholkranken etwa dreimal höher als in der Gesamtbevölkerung. Nach Sundby 1967, Ciompi und Eisert 1969, Schmidt-de Lint 1969 und Fitzgerald 1971 ist die Mortalität sogar vier- bis fünfmal höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Bei Opiatabhängigen ist sie sogar zehnmal höher.

2 Geschichtliche Entwicklung der Sucht und der Suchtmittel

Suchtmittel waren der Menschheit schon zu prähistorischen Zeiten bekannt. Die auch heute noch gebräuchlichsten Mittel Alkohol, Opiumalkaloide, Kokain sind schon in neolithischen Kulturen nachgewiesen worden. Man darf annehmen, daß seit ungefähr 4 000 bis 5 000 Jahren Wein hergestellt wird. Über das Vorkommen von Suchtkrankheiten ist aus früheren Zeiten wenig bekannt. Nach Herodot war

der übermäßige Konsum von Alkohol schon in Griechenland weit verbreitet, so wie die griechische Medizin auch Vergällungskuren gegen den Alkoholismus kannte. Herodot berichtet auch über das ritualisierte Rauchen von Cannabis bei Angehörigen skythischer Stäme, die um das 8. Jahrhundert v. Chr. am Kaspischen Meer siedelten. Als Arzneimittel wird Opium von Scribonius Largus um 47 v. Chr. erstmalig erwähnt. Chinesische Darstellungen über Haschisch als Heimittel sind wesentlich älter. Der medizinische Aspekt des Alkoholismusphänomens klingt schon in Äußerungen des römischen Rechtsgelehrten Domitius Ulpianus (170 bis 228 n. Chr.) an, der in seinen Gesetzestexten den Alkoholiker neben dem Geisteskranken erwähnt: „Das 12-Tafelgesetz befiehlt, daß ein Wahnsinniger, Alkoholiker und ebenso ein Verschwender, dem der Besitz von Gütern verboten ist, unter dem Schutz der Verwandten stehe". Der Mißbrauch alkoholischer Getränke ist offenbar zu bestimmten Zeiten bei den verschiedenen Völkern wellenförmig angestiegen; zum Beispiel stellte der Alkoholismus im 16. Jahrhundert nördlich der Alpen ein ernstes Problem dar, er wurde in Amerika zur Zeit der Kolonisation zu einem Massenphänomen. 1516 entstand auch die erste Publikation gegen den Alkoholismus, „Elegien gegen die Trunkenheit", die wahrscheinlich Eobanus Hessus verfaßt hat. Suchtepidemien sind aus den meisten Teilen der Welt bekannt, zum Beispiel die katastrophale Ausbreitung des Opiummißbrauchs in China, die durch Einfuhren aus Indien im 18. und 19. Jahrhundert entstand und die letztlich, weil die chinesische Regierung die weitere Einfuhr sperren wollte, zu den Opiumkriegen führte. Obwohl Opium schon im 9. Jahrhundert von den Arabern nach China gebracht wurde, erfolgte die exzessive Ausbreitung erst nach Intensivierung der Zufuhr des Suchtmittels aus Indien. In Ägypten wurden bereits im 8. Jahrhundert strengste Strafen (Ausreißen der Zähne) wegen des weitverbreiteten Mißbrauchs von Cannabis verhängt. Ende des vorigen Jahrhunderts findet sich eine ausgedehnte Epidemie von Ätherschnupfen im Bereich von Memel. Von 1880 an breitete sich der Peyotkult (Mescalinmißbrauch) epidemieartig in den Vereinigten Staaten und Kanada aus. Man nimmt an, daß damals das im Norden bestehende Alkoholverbot dieser Suchtepidemie förderlich war. Im Zeitalter der Industriegründung kam es offenbar im Zusammenhang mit dem Wandel der Sozialstrukturen zu einem rapiden Anstieg des Alkoholismus, wie er 1845 von Friedrich Engels und später von Rudolf Virchow als Elendsalkoholismus unter englischen und deutschen Lohnarbeitern geschildert wurde.

Gegen Ende des 19. Jahrhundert hat der Alkoholismus im mitteleuropäischen Bereich eine Ausbreitung erfahren, wie sie wahrscheinlich später nicht in gleicher Intensität jemals mehr zu beobachten war. Nach dem Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich 1926 verzeichnete man in den Jahren 1911 bis 1913 in Deutschland 57 225 Aufnahmen von Alkoholikern, 1917 bis 1919 waren es als Auswirkung des Ersten Weltkrieges nur mehr 8 370, während im Zeitraum von 1920 bis 1922 bereits wieder 22 705 Aufnahmen zu verzeichnen waren. Die Aufnahmezahlen von Fällen mit Delirium tremens an den Kliniken Berlin, Breslau und Wien vor dem Ersten Weltkrieg lassen vermuten, daß der Alkoholismus damals noch verbreiterter war als heute. Der Zweite Weltkrieg brachte wiederum eine starke Reduktion der Aufnahmezahlen, während in den Jahren nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges das Alkoholproblem erneut eine Ausbreitung und stetige Zunahme erfuhr. Der Mißbrauch von Opiumalkaloiden breitete sich im amerikanischen und europäischen Raum erst mit Einführung der Injektionsnadel aus; über größere Probleme wurde erstmals während des amerikanischen Bürgerkrieges berichtet.

Der Krankheitsprozeß des Alkoholismus wurde in Amerika von Benjamin Rush 1784 erstmals formuliert, in Europa (1788) von Thomas Trotter, der im Jahre 1804 ein Buch über die medizinischen, philosophischen und chemischen Aspekte der Trunkenheit und ihre Effekte auf den menschlichen Körper veröffentlichte. Den Hang zur Trunkenheit hat Trotter einer Geisteskrankheit gleichgesetzt. In der Mitte des 19. Jahrhunderts beginnen auch intensive therapeutische Bemühungen um die Alkoholkranken. 1851 wurde in Deutschland die erste Trinkerheilstätte eröffnet. Eine bedeutende Monographie verfaßte Magnus Huss 1849, die drei Jahre später, 1852, in Leipzig in deutscher Sprache herauskam. Ihr Titel lautete „Alcoholismus chronicus oder die chronische Alkoholkrankheit". Da der Alkoholismus als Ursache zahlreicher Geisteskrankheiten angesehen wurde und die Alkoholiker damals die einzige Gruppe psychiatrischer Patienten waren, die tatsächlich behandelt werden konnten, beschäftigten sich viele bedeutende Psychiater dieser Zeit mit den theoretischen Aspekten der Pathogenese des Alkoholismus, vor allem aber auch mit prophylaktischen und therapeutischen Methoden. Hier seien Kraepelin, Forel, Bonhoeffer und Bleuler genannt. Kraepelin hat einen Großteil seines Lebenswerkes der Alkoholforschung gewidmet. Leider ist die wissenschaftliche und therapeutische Initiative, die die großen Forscher der Psychiatrie im vorigen Jahrhundert ergriffen, später wieder weitgehend erlahmt. Alle genannten Autoren waren selbst Anhänger von Abstinenzbewegungen, die damals entstanden — das moderne Krankenhauskonzept des Alkoholismus war ihnen jedoch noch weitgehend unbekannt. Inzwischen unterlagen die sozialen Bedingungen der Entstehung der Alkoholkrankheit beträchtlichen Veränderungen. Schon 1940 bemerkt Meggendorfer, daß tatsächlich ungünstige Außenbedingungen ebenso wie Wohlstand und Wohlleben den Alkoholismus fördern — eine Feststellung, die heute noch gilt. Jellinek hat in den Vereinigten Staaten von Amerika im Jahre 1946 erstmals der dynamischen Betrachtungsweise des Alkoholismus als eigengesetzlich ablaufenden, auf verschiedene Grundkonstellationen aufgepfropften Prozeß zum Durchbruch verholfen. Seither hat das Krankheitskonzept des Alkoholismus wie der Drogenabhängigkeit ganz allgemein weite Verbreitung und wissenschaftliche Anerkennung erfahren. Die Therapie der Alkoholkrankheit wurde nach der Einführung der Aversionstherapie mit Disulfiram (Antabus) im Jahre 1948 und besonders der Ent-

wicklung der Sozialpsychiatrie methodisch immer mehr verbessert und effektiver gestaltet.

3 Definitionen des Alkoholismus

Die Alkoholkrankheit wird meist unscharf definiert. In Laienkreisen, aber auch bei Fachleuten werden eine Fülle von gängigen Begriffen parallel verwendet, wie die Bezeichnungen „Alkoholismus", „Trunksucht", „Alkoholmißbrauch", „chronischer Alkoholismus", „Alkoholkrankheit". In der Literatur wird fast einheitlich auf die Unmöglichkeit hingewiesen, das vielschichtige Erscheinungsbild des Alkoholismus übereinstimmend zu definieren. Der Grund hierfür ist, daß es sich offensichtlich um ein Phänomen handelt, dessen Entstehungsbedingungen nur einer extrem multidimensionalen Betrachtungsweise zugänglich sind. Man kann die Alkoholkrankheit sowohl aus soziologisch normativen Kriterien heraus definieren, wie auch psychopathologischen, psychodynamischen, psychologischen, biochemischen Gegebenheiten fassen. Versucht man alle diese Faktoren in eine Definition aufzunehmen, kommt es zu unscharfer Begriffsbildung. Als Beispiel hierfür sei eine Definition der Weltgesundheitsorganisation angeführt, die den Alkoholiker (Trunksüchtigen) als einen exzessiven Trinker bezeichnet, dessen Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß er deutliche geistige Störungen, Gesundheitsschäden und eine Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie sozialer und wirtschaftlicher Funktionen aufweist. Aber auch Prodrome dieser Entwicklung werden in diese vielschichtige Definition einbezogen. Durch bessere Kenntnis der Suchtkrankheiten hat sich inzwischen gezeigt, daß die Alkoholkrankheit nur als eine spezielle Form einer Suchtkrankheit, wenn auch als die weitverbreitetste, aufgefaßt werden kann.

Die längst fällige und erst 1964 (WHO-Report 273) veröffentlichte Neudefinition der Sucht durch die Weltgesundheitsorganisation hat auch zu einer Vereinfachung definitorischer Bemühungen um das Alkoholismusproblem geführt. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation bezieht sich auf die psychische Abhängigkeit, die in jedem Fall von Sucht vorhanden ist. Eine eventuell hinzukommende körperliche Abhängigkeit stellt je nach dem mißbrauchten Suchtmittel noch eine zusätzliche Komplikation des Krankheitsprozesses dar. Da süchtiges Verhalten im Längsschnitt betrachtet weitgehend von der Art des mißbrauchten Suchtmittels beeinflußt wird, hat die Weltgesundheitsorganisation je nach pharmakologischen Wirkungsmechanismus der mißbrauchten Substanz mehrere Abhängigkeitstypen in ihre Definition einbezogen. Damit kommt auch der Alkoholabhängigkeit bzw. der Alkoholkrankheit eine Eigenständigkeit im Rahmen der verschiedenen Abhängigkeitstypen zu.

Im wesentlichen sind zwei definitorische Kategorien von größerer praktischer Bedeutung — erstens die Trunksucht und zweitens der chronische Alkoholismus. Beide Begriffe sind unter dem Oberbegriff Alkoholkrankheit bzw. nach neuerer Definition Abhängigkeit vom Alkohol zu subsumieren und stellen nur verschiedene Stadien der Progression des Krankheitsprozesses dar. Die Bezeichnung „chronischer Alkoholismus" ist seit langem eindeutig definiert. Schon Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde er von M. Huss als bestimmtes Schädigungsmuster infolge lang dauerndem pathologischem Alkoholismus eindeutig erkannt. Der chronische Alkoholismus beschreibt ein typisches Syndrom der Organschädigung und der vegetativen und psychischen Ausfallerscheinungen, das im Verlauf der Trunksucht erreicht wird. Es handelt sich um einen Zustand, der primär nur im Querschnitt erfaßt werden kann. Dabei ist es nach neuerer Auffassung nicht notwendig, die schweren Ausfallerscheinungen als echt chronisch, als irreversibel anzusehen, da sie sich, wie die Erfahrung zeigt, nach langer Zeit der Abstinenz zurückbilden können. Chronischer Alkoholismus liegt also dann vor, wenn die Abhängigkeit vom Alkohol, die meist viele Jahre hindurch bestanden haben muß, zu einem bestimmten Schädigungsmuster der Organe geführt hat. Die Trunksucht dagegen ist ein Begriff, der nur einer Längsschnittbetrachtung zugänglich ist. Die Trunksucht kann allerdings — wie schon erwähnt — in einem fortgeschrittenen Stadium in den chronischen Alkoholismus münden, darf aber mit ihm nicht gleichgesetzt werden. Bleuler faßt die Trunksucht als einen Vorgang auf, bei dem auf Grund der Angewöhnung oder irgendeiner Anlage trotz besserer Einsicht der Alkoholgenuß nicht aufgegeben oder nicht auf ein „unschädliches" Maß reduziert werden kann, wobei es aber noch nicht zu den unter den Symptomen des chronischen Alkoholismus zu beschreibenden Erscheinungen chronischer Vergiftungen gekommen ist.

Alle Definitionsversuche der Alkoholkrankheit (im Stadium der Trunksucht, d. h. der psychischen Abhängigkeit), die sich an sozialen Normen zu orientieren versuchen, scheinen ebenso gescheitert zu sein, wie die ausschließlich psychodynamisch oder nach der Persönlichkeitsstruktur orientierten. Einheitliche Auffassung besteht darüber, daß die Trunksucht nicht aus der Menge der konsumierten Getränke definiert werden kann. Bei Abhängigkeit von Alkohol, also bei der Trunksucht, handelt es sich um eine krankhafte Interaktion zwischen einer Person und dem Suchtmittel Alkohol mit prozeßhaftem Fortschreiten. Das Suchtmittel Alkohol gewinnt allmählich für den Betroffenen eine zentrale Bedeutung, wird also vorrangig. Das Phänomen der Abhängigkeit (Sucht) vom Alkohol erklärt sich also aus der krankhaften Inbeziehungssetzung zwischen dem Suchtmittel und einer Persönlichkeit. Daher gilt auch für die Trunksucht (Alkoholabhängigkeit) prinzipiell die Definition der Weltgesundheitsorganisation, in der neben anderen Typen der Abhängigkeit von einem Alkoholtyp gesprochen wird. Psychische Abhängigkeit von Alkohol und das „Nichtmehr-aufhören-können" führt zu einem prozeßhaften Geschehen, das eine heute recht wohl definierte Gesetzmäßigkeit aufweist und letzten Endes (so es nicht zu einer spontanen oder therapeutischen Unterbrechung kommt) in das Stadium des chronischen

Alkoholismus mündet. Der Begriff der Abhängigkeit, der, wie betont, auch für die Alkoholkrankheit gilt, wird wie folgt definiert: ein psychischer und manchmal auch physischer Zustand, der aus einer Inbeziehungsetzung zwischen einem lebenden Organismus und einem psychotropen Stoff entsteht und charakterisiert ist durch Verhaltens- und andere Änderungen, die immer einen Zwang zur kontinuierlichen oder periodischen Einnahme des psychotropen Stoffes einschließen, um seine psychischen Effekte zu erleben und manchmal, um das Mißbehagen bei seinem Nichtvorhandensein zu überbrücken. Eine Toleranz als eine Tendenz zur Steigerung der Dosis kann, muß aber nicht vorhanden sein. Eine Person kann von mehr als einem psychotropen Stoff abhängig sein. Anders ausgedrückt (P. Kielholz) ist die Abhängigkeit ein Zustand, der durch ein unbezwingbares gieriges Verlangen (psychische Abhängigkeit) nach Selbstverwandlung, das nach einer psychischen Gewöhnung in Erscheinung tritt und durch „Nicht-mehr-aufhören-können" gekennzeichnet ist.

Mit dieser Definition der Alkoholabhängigkeit (Alkoholkrankheit) sind alle Personen erfaßt, die sich durch kontinuierlichen Alkoholkonsum irgendwelchen Schaden zufügen und nicht imstande sind, dieses Verhalten aufzugeben.

Zusammenfassend sprechen wir heute von einer Alkoholkrankheit, eine Bezeichnung, die mehr aus den praktischen Gesichtspunkten der Therapieführung und der Finanzierung therapeutischer Vorhaben entstanden ist, besser noch von der Alkoholabhängigkeit — ein Begriff, der sich mit der früheren Bezeichnung der Trunksucht deckt. Es handelt sich um eine krankhafte Entwicklung, die letztlich in das Stadium des chronischen Alkoholismus mündet, der wohl definiert ist. Gelegentliches exzessives Trinken, in dem sich der Betroffene irgendeine Form von Schaden zufügt, ist dann nicht unter dem Begriff der Alkoholkrankheit zu subsumieren, wenn die Charakteristika des prozeßhaften Fortschreitens dieses abnormen Verhaltens fehlen.

Seit wir bessere Kenntnisse über die Verlaufsgesetzlichkeit der Alkoholkrankheit besitzen, sind wir auch imstande, diesen Krankheitsprozeß aus sich selbst heraus, aus seiner eigenen Symptomgesetzlichkeit im Längsschnitt zu erfassen. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, daß die Alkoholkrankheit sich durch lange Zeit nur periodisch manifestieren kann oder aber kontinuierlich, wobei dann in einem Fall erst zu einem sehr späten Zeitpunkt, im anderen schon sehr früh die körperliche Abhängigkeit neben der psychischen im Vordergrund des Geschehens steht. Diese Vielfältigkeit der Erscheinungsformen, auf die später bei den Ausführungen über die Verlaufsformen noch eingegangen werden soll, ist einer der Gründe der Schwierigkeit einer allgemein gültigen Definition der Alkoholabhängigkeit (Alkoholkrankheit).

Der Begriff des „Alkoholismus" sollte fallengelassen werden. Manche verwenden die Bezeichnung „Alkoholismus" als einen Oberbegriff, der noch einer näheren Unterteilung bedarf. Wie unscharf dieser Begriff ist, zeigt eine allgemeine Definition, die Jellinek vorgeschlagen hat und die lautet: Alkoholismus ist jeder Gebrauch alkoholischer Getränke, der irgendeine Schädigung des Individuums oder der Sozietät oder beider bewirkt. In dieser viel zu allgemein gehaltenen Definition sind alle Muster des Mißbrauchs eingeschlossen, die nicht Ziel psychiatrisch-therapeutischer Bemühungen sein können und daher für den Entwurf eines Therapieplanes keinerlei Relevanz besitzen. Diese Mißbrauchsmuster sind vielmehr Zielpunkt präventiver und prophylaktischer Maßnahmen. Unter Alkoholismus hat man auch eine Art des Trinkens verstanden, die in ihrem Ausmaß über die traditionellen Trinksitten einer bestimmten Population hinausgeht, ohne Rücksicht auf die ätiologischen Faktoren, die zu einem solchen Verhalten führen. Dieser Definition entsprechend wäre die Trunksucht nur ein Teilaspekt des Alkoholismus und auch der nichtsüchtige „gewohnheitsmäßig überhöhte" Konsum alkoholischer Getränke unter diesem Begriff ebenso zu subsumieren, wie der gelegentliche Alkoholmißbrauch, aus welcher Ursache immer dieser zustande kommen mag. Alle diese Phänomene können im Einzelfall die Basis für eine später sich entwickelnde Alkoholabhängigkeit (Alkoholkrankheit) sein, sind aber nicht in der Definition dieser Störung eingeschlossen.

Abschließend sei betont, daß die Alkoholkrankheit keine primäre eigenständige Krankheit ist, sondern ein sekundär aufgepfropftes Geschehen. Die betroffenen Persönlichkeiten sind in verschiedenartigster Weise psychisch gestört oder aber auch ohne erkennbare psychische Auffälligkeiten, den biologischen, soziologischen, psychopathologischen, hereditären und Milieufaktoren kommt im Einzelfall eine gänzlich wechselnde ätiologische und pathogenetische Bedeutung zu. Es ist bis heute nicht gelungen, einen Persönlichkeitstyp, sei es in psychischer oder physischer Hinsicht, zu finden, der später für die Alkoholabhängigkeit prädisponiert erscheint. Ist die Alkoholabhängigkeit einmal in Gang gekommen, resultieren daraus recht uniforme Prozesse, die aufgrund ihrer Symptomatik erfaßt werden können.

Aufgrund dieser Überlegungen empfiehlt es sich, heute von einer Alkoholabhängigkeit (Alkoholkrankheit) zu sprechen, die älteren Begriffe des Alkoholismus und der Trunksucht fallenzulassen, während die Bezeichnung chronischer Alkoholismus nur als Beschreibung eines fortgeschrittenen Stadiums der Alkoholkrankheit aufgefaßt werden kann. Die Alkoholabhängigkeit folgt prinzipiell den Gesetzmäßigkeiten anderer Abhängigkeitsformen und besitzt nur aufgrund der spezifischen Wirkung des Alkohols bestimmte Charakteristika. Sie ist primär im psychischen Bereich fixiert und durch das zunehmende Vorrangigwerden des Suchtmittels im Leben des Betroffenen und das Phänomen des „Nicht-mehr-aufhören-Könnens" charakterisiert. Ob eine Abhängigkeit besteht oder nicht, läßt sich im Einzelfall durch einen erfahrenen Untersucher mit hoher Wahrscheinlichkeit feststellen.

Ein ganz anderes definiertes Phänomen ist das des sogenannten Alkoholmißbrauches, der zwar das Vorstadium einer Alkoholabhängikeit sein kann,

aber selbst nur ein Fehlverhalten und keinen Krankheitsprozeß darstellt. Unter Alkoholmißbrauch versteht man in Abhängigkeit von der kulturellen Einstellung den sinnlosen, überhöhten, unüblichen und gefährlichen Gebrauch des Alkohols. Alkoholmißbrauch betreibt, wer Alkohol in überhöhten Dosen konsumiert und sich damit in einen Rauschzustand versetzt, der eine sichtbare Veränderung der Persönlichkeit und der Leistungsfähigkeit mit sich bringt. Alkoholmißbrauch ist aber auch jeglicher Alkoholkonsum zu unüblicher Gelegenheit, also während der Arbeit, bei Teilnahme am Straßenverkehr, während der Ausübung von Sportarten usw. Eine andere Form des Mißbrauchs ist der chronisch überhöhte Alkoholkonsum, der noch nicht notwendigerweise mit einer Alkoholabhängigkeit gleichgesetzt werden muß, aber doch zu körperlichen Schäden führen kann. Zur Prävention dieser nicht als krankhaft einzustufenden und nur als Verhaltensstörung zu bezeichnenden Phänomene ist eine intensive Aufklärung der Bevölkerung notwendig. Ein großer Prozentsatz von Arbeits- und Verkehrsunfällen, Delikten und Suicidversuchen geht auf die weite Verbreitung dieser Mißbrauchsmuster zurück. Von Alkoholkonsum spricht man nur dann, wenn Alkohol als Durstmittel oder Genußmittel in mäßigen Dosen bei bestimmten Gelegenheiten verwendet wird.

Bei der Planung prophylaktischer und therapeutischer Maßnahmen ist auf die saubere Trennung der Begriffe „Abhängigkeit", „Mißbrauch" und „Konsum" besonders zu achten.

4 Erscheinungsformen und Häufigkeit des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von Arznei- und Rauschmitteln

4.1 Häufigkeit

Obwohl der unkontrollierte Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren ständig zunahm, liegen bis heute weder zuverlässige Zahlen über das wahre Ausmaß des *Arzneimittelmißbrauchs* noch abgesicherte Informationen über die ihm zu Grunde liegenden Verhaltensformen und Motivationen vor. Ebensowenig gibt es verläßliche Untersuchungsergebnisse über den Umfang der *Arzneimittelabhängigkeit* in der Bevölkerung. Versteht man unter *Selbstmedikation* die „gelegentliche oder regelmäßige Anwendung eines Arzneimittels an sich selbst ohne Einschaltung eines Arztes", so belaufen sich Schätzungen in dieser Richtung auf einen Jahresumsatz von 1 bis 2 Mrd. DM. Zum Vergleich betrug 1971 der Arzneimittelumsatz in Apotheken etwa 6,8 Mrd. DM.

4.2 Epidemiologie

Außerordentliche methodische Schwierigkeiten bietet auch die Epidemiologie von *Drogenmißbrauch* und *-abhängigkeit:*

1. Die Pönalisierung des Rauschmittelgebrauchs behindert empirische Untersuchungen.
2. Die Expansionstendenz des Mißbrauchsverhaltens im Sinne einer sozialen Ansteckung erschwert die Interpretation regionaler Unterschiede: Ob diese Ausdruck zeitlicher oder struktureller Verschiedenheiten sind, kann nur durch großangelegte Verbundforschung und Wiederholungsuntersuchungen geklärt werden.
3. Den sogenannten Repräsentativbefragungen von Ober-, Grund- und Berufsschülern entzieht sich gerade die Gruppe der „drop out"-Existenzen, die nach einigen Monaten nachhaltigen Drogenkonsums aus Schule und Beruf ausscheren.
4. Andererseits bietet aber das Untersuchungsgut von Kliniken und Beratungsstellen Selektionsprobleme. Dabei ist hervorzuheben, daß durch merkmalsreich dokumentierte, auslesefrei erfaßte Kollektive eine Vergleichbarkeit gegeben sein kann.
5. Mißbrauch und Abhängigkeit sind in Fragebogenaktionen nicht ohne weiteres zu operationalisieren bzw. zu differenzieren, so daß eine Vielzahl unterschiedlicher Ausgangsdefinitionen die zusammenfassende Beurteilung verschiedener Untersuchungsergebnisse kompliziert. Auch der Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation grenzt beide Begriffe nicht voneinander ab. Charakteristische Merkmale wie der Kontrollverlust beim Alkoholismus fehlen.
6. Ist die Hochrechnung von Fallzahlen (Inzidenzzahlen) stationär oder ambulant erfaßter Patienten schon beim Alkoholismus mit Unsicherheiten belastet, so erweist sich diese Methode auf dem Drogensektor als von noch geringerer Brauchbarkeit, da es zu wenige und noch dazu regional nicht gleichmäßig verteilte Behandlungsinstitutionen gibt. Diese besitzen im Gegensatz zu Hilfseinrichtungen für Alkoholiker in der Regel auch keine geeigneten Dokumentationsmethoden. Auch die Kriminalstatistik ist wegen der unterschiedlichen Intensität der Bekämpfungsmaßnahmen und der hohen Dunkelziffern keine zuverlässige Grundlage für Hochrechnungen.

Trotz der aufgezeigten methodischen Schwierigkeiten sind auf Grund einer Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen der letzten Jahre gewisse *Trendaussagen* möglich:

1. Die absolute Zahl der Drogenbenutzer nimmt ab. Nachgelassen haben jedoch nur Probier- und Gelegenheitskonsum. Der harte Kern derjenigen, die bereits abhängig sind oder aber wegen ihres Drogengebrauchs als schwer suchtgefährdet bezeichnet werden müssen, nimmt eher zu als ab. Die im Zwischenbericht der Enquete-Kommission genannten Angaben von etwa 10 000 jugendlichen Suchtkranken und ca. 40 000 Dauerkonsumenten liegen sicher nicht zu hoch.
2. Der süchtige Gebrauch verschiedener Drogen nimmt zu. Bedeutsam ist weiter die anwachsende Kombination von Rauschmitteln mit Alkohol. Der Konsum harter Drogen steigt an.
3. Der Drogenmißbrauch hat von Schüler- und Studentenkreisen auf Lehrlinge und Arbeiter sowie

auf jüngere Jahrgänge übergegriffen. Parallel dazu geht ein Abbau der Ideologisierung und der subkulturellen Begleiterscheinungen des Rauschmittelkonsums. Die Zahl der Abhängigen, die in ihren Familien verbleiben, nimmt zu.

Die *gegenwärtige Situation* ergibt sich aus zwei im folgenden referierten Erhebungen, und zwar aus einer von Jasinsky im April 1973 in Hamburg durchgeführten Wiederholungsumfrage und aus einer von Benad von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit dem Institut für Jugendforschung von Januar bis April 1973 erarbeiteten Trendanalyse:

1. Jasinsky befragte insgesamt 5 169 Schüler und Schülerinnen aller Schularten und verglich die Ergebnisse mit einer analogen Untersuchung aus dem April 1971: 82 % aller Angesprochenen waren 1973 „Nichtkonsumenten", 1971 waren es nur 77 %. Der Anteil der Nichtkonsumenten ist also gestiegen. Auch der Anteil *der* Nichtkonsumenten, die bereit waren, ein Rauschmittel „zu probieren", hat sich verändert: 1971 waren es noch 21 % aller Befragten, 1973 waren es 14 %, also etwa ein Drittel weniger. Die Zahl der Nichtkonsumenten, die den Gebrauch von Rauschmitteln eindeutig ablehnten, stieg um 10 %. Bestimmende Motivation für Ablehnung des Drogengebrauchs war die gestiegene Sorge vor gesundheitlichen Schäden und vor Suchtgefahr. Den bereits begonnenen Gebrauch von Rauschmitteln haben 1973 88 % der Konsumenten beendet. 1971 waren es nur 71 %. Auffällig war die mit 3 % niedrige Erfolgsquote des Motivs „Straferwartung". Deutlich ist auch ein Trend zur Ablehnung jeglichen Drogenkonsums, der sich durch alle Altersstufen zieht. Zwei Drittel aller Schüler sind heute für das Haschischverbot, 1971 waren es nur 46 %. 18 % aller Befragten hatten Erfahrungen mit Rauschmitteln, d. h. sie haben zumindest einmal konsumiert. 1971 waren es 23 %. Dies bedeutet einen Rückgang von mehr als einem Fünftel innerhalb von zwei Jahren. Fast die Hälfte dieser Konsumenten hatte den Gebrauch zum Zeitpunkt der Befragung bereits seit mehr als sechs Monaten eingestellt. Der Anteil der sog. „User", also der Konsumenten ohne Aufhörer und Probierer, betrug 1971 noch 18 % aller Schüler, 1973 nur noch 9 %. Er ist also um die Hälfte zurückgegangen. 1971 waren noch 79 % aller Konsumenten als „User" einzustufen, also als regelmäßige Rauschmittelbenutzer. 1973 waren es nur noch 54 %. Das entspricht einem Rückgang um rund ein Drittel. Positive Korrelationen bestanden zwischen Rauschmittelkonsum und Rauchen sowie zwischen Rauschmittelkonsum und Alkoholgebrauch.

2. Benad befragte in Form repräsentativer Stichproben 1 763 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren. Zum Teil handelte es sich um Wiederholungsfragen. Die Ergebnisse: Etwa jeder sechste der Altersgruppe hat schon einmal ein Rauschgift genommen. Darunter befinden sich doppelt so viele männliche wie weibliche Jugendliche. Der höchste Anteil der Drogenbenutzer liegt mit 26 % in der Altersgruppe der 18- bis 20jährigen. Zwei Drittel der Konsumenten haben den Konsum eingestellt. Gegenwärtig sind 5 % aller Jugendlichen Rauschmittelverwender. Davon nehmen 80 % Haschisch oder Marihuana, 22 % Weckmittel, 16 % LSD und 2 % Schnüffelstoffe. Häufigste Motivationen sind Stimmungsverbesserung, Wahrnehmungsintensivierung, Glücksgefühle, Vergessen des Alltags und Entspannung. Jeder zweite Verwender nennt als Grund für die Beendigung des Konsums die erfolgte Befriedigung der Neugier. Der Abbruch des Konsums wird durch enttäuschte Wirkungserwartungen begünstigt. 70 % der Nichtverwender nennen als Grund für ihre Drogenabstinenz „Angst vor schädlichen Wirkungen". Von Jugendlichen ohne Rauschmittelerfahrung wollen 1 % ein Rauschmittel probieren, 15 % „vielleicht", 22 % „wahrscheinlich nicht", 42 % „auf keinen Fall". 11 % aller Befragten würden Opium einnehmen, wenn sie es auf einer Party kostenlos erhielten, 31 % würden Haschisch akzeptieren. Seit 1971 zeigen sich ein Anstieg in der Bekanntheit einzelner Drogen und ein Rückgang der Bereitschaft, bestimmte Mittel zu versuchen. Zwischen Rauschmittelkonsum und der Beziehung zum Elternhaus besteht ein deutlicher Zusammenhang. Konsumenten gaben im Vergleich zu Nichtkonsumenten häufiger an, daß ihre Eltern sich nicht oder wenig um ihre täglichen Probleme kümmern. Sie entstammen häufiger aus unvollständigen oder gestörten Familien. Drogenbenutzer bezeichnen ihren Freundeskreis häufiger als „groß", Jugendliche mit positiver Einstellung zum Rauschmittelgebrauch ihren Gesundheitszustand seltener als „gut". Weiterhin zeigen sich Unterschiede in der Einstellung gegenüber Schule und Beruf: Verwender und potentielle Probierer gehen weniger gern zur Schule, bezeichnen sich selbst als nicht so gute Schüler und bewerten die Schule im Hinblick auf ihre Vorbereitung für das Berufsleben negativer. Ihre Freizeit verbringen die Konsumenten und potentiellen Probierer lieber außer Haus als die drogenablehnenden Jugendlichen. In der Wahl der bevorzugten Freizeitbeschäftigung bieten sich bedeutsame Unterschiede: Drogenverwender diskutieren Probleme eher als ablehnende Jugendliche. Der Besuch von Parties oder Diskotheken wird von den Konsumenten ebenfalls stärker bevorzugt, während sie Basteln und Handarbeiten wesentlich stärker ablehnen. Potentielle Rauschmittelverwender zeigen einen höheren Alkohol- und Tabakkonsum als die ablehnenden Jugendlichen.

Literatur

Evangelische Akademie von Kurhessen-Waldeck: Selbstmedikation und Gesundheitsverhalten. Ergebnisbericht im Anschluß an eine Fachtagung vom 26. bis 28. Oktober 1972 in der Evangelischen Akademie Hofgeismar.

Institut für Markt- und Werbeforschung Köln: Grundlagenstudie zum Arzneimittelverhalten zur Vorberei-

tung einer Aufklärungskampagne gegen den unkontrollierten Arzneimittelkonsum. Bericht, Köln 1972.

Täschner, K.-L. und K. Wanke: Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. Med. Klin. 67 (1972), 515—520. (Übersichtsarbeit).

Wanke, K.: Drogenabhängigkeit — Bilanz der letzten Jahre. 90. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater, 8. bis 9. Juni 1974, Baden-Baden (Übersichtsreferat).

5 Entstehungsbedingungen des Alkoholismus

In den meisten Staaten sind derzeit alkoholische Getränke erwachsenen Personen praktisch in unbegrenzter Menge zugänglich. Aber nur ein relativ kleiner Teil der Bevölkerung (in der Bundesrepublik Deutschland etwa 1,5 % der Erwachsenen über 15 Jahre) konsumieren alkoholische Getränke in einem Umfang, daß von einem Alkoholismus gesprochen werden kann. Es erhebt sich sofort die Frage: warum werden nicht alle, die mit dem Alkohol in Berührung kommen, Alkoholiker. Die bisherigen vielfältigen Untersuchungen über die Entstehungsbedingungen des Alkoholismus haben bisher keine eindeutige Antwort auf die genannte Frage zu geben vermocht. Es sind zahlreiche Theorien über die Bedingungen des Alkoholismus aufgestellt worden, die drei Hauptfaktoren herausstellen:

1. soziologische Bedingungen,
2. psychologische Bedingungen,
3. physiologische Bedingungen.

Diese drei Bedingungskomplexe sind aber nicht getrennt oder gar konkurrierend zu sehen, sondern stehen in einer dynamischen Interaktion.

5.1 Soziologische Bedingungen

Nach soziologischer Auffassung kann die jeweilige Kultur auf drei Wegen das Ausmaß des Alkoholismus in der Gesellschaft beeinflussen:

durch Einfluß auf den Grad der inneren Spannungen und die Anpassung an die Bedürfnisse der Bevölkerung,

durch Einwirkung auf die Haltung gegenüber dem Alkoholkonsum,

durch die Bereitstellung von Ersatzbefriedigungen.

Hinsichtlich der Einstellung zum Alkoholkonsum kann man vier Kulturformen unterscheiden:

Abstinenzkulturen — Verbot jeglichen Alkoholkonsums (z. B. Islam, Hinduismus).

Ambivalenzkulturen — Konflikt koexistenter Wertstrukturen gegenüber dem Alkohol (z. B. angloamerikanischer Protestantismus). Der Alkoholvertrieb und -verbrauch ist verschiedenen Beschränkungen temporärer und lokaler Art unterworfen. Man findet unter den Alkoholikern einen relativ hohen Anteil von Konflikttrinkern und süchtigen Trinkern. Dagegen tritt das gewohnheitsmäßige, kontinuierliche Trinken zurück. Der Genuß von scharfen Getränken herrscht vor.

Permissivkulturen — Gewährung des Alkoholgenusses, jedoch Ablehnung der Trunkenheit und anderer pathologischer Erscheinungen des Alkoholkonsums (Prototyp: die meisten mediterranen Länder). Hier trinkt fast die gesamte Bevölkerung Alkohol, jedoch meist nur in kleineren Mengen. Der Konsum von Alkohol ist auf bestimmte Situationen beschränkt, vor allen Dingen auf die Mahlzeiten. Die Bevölkerung ist seit der Kindheit an den limitierten Alkoholkonsum gewöhnt. Der Alkoholkonsum ist streckenweise an ein gewisses Zeremoniell gebunden (z. B. bei den orthodoxen Juden). Alkoholexzesse sind tabuiert.

Permissive, funktionsgestörte Kulturen — Billigung nicht nur des Alkoholtrinkens, sondern auch der Exzesse und des pathologischen Trinkens. Diese Kulturform existiert in reiner Ausprägung eigentlich nirgends. In gemäßigter Form kommt sie in manchen Ländern, so in Frankreich und in manchen südamerikanischen Staaten vor.

Deutschland, Österreich und die Schweiz nehmen eine Mittelstellung zwischen den beiden letztgenannten Kulturformen ein.

Berufe und Sozialschicht

Angehörige bestimmter Berufe scheinen zum Alkoholmißbrauch disponiert zu sein, vor allen Dingen Angehörige von Alkoholberufen. In Deutschland und überhaupt in Mitteleuropa sind männliche Alkoholiker, soweit Untersuchungen bekannt sind, anteilmäßig auf alle sozialen Schichten gleichmäßig verteilt. Dagegen konzentrieren sich die Alkoholikerinnen auf die oberen sozialen Schichten.

Primärgruppen

Während die Rolle des männlichen Partners einer Alkoholikerin bisher kaum erforscht worden ist, wird das Problem der sozialpsychologischen Bedeutung der Ehefrau für die Entwicklung des Alkoholismus beim Mann immer wieder diskutiert. Meist werden drei Typen von Ehefrauen von Alkoholikern unterschieden: die dominierende, die masochistische und die indifferent-passive Frau. Folgende Konstellationen von Ehepartnern in Alkoholikerehen sind beschrieben:

Mann affektiv labil, retardiert, mit schwacher Über-Ich-Bindung, Frau dominierend, rigid, mit starkem Ich-Ideal.

Mann weit überlegen, Frau primär unsicher.

Mann abhängig, Frau ältere Mutterfigur.

Untersuchungen an Kindern von Alkoholikern, die frühzeitig von ihren Eltern getrennt wurden, ergaben im Vergleich zu Kindern nichtalkoholischer Eltern, die ebenfalls in Pflegeheimen aufgewachsen waren, keine Unterschiede hinsichtlich des Alkoholkonsums bzw. des Mißbrauchs im späteren Schicksal der Probanden beider Gruppen.

5.2 Psychologische Bedingungen

Persönliche Eigenschaften

Wenn man alle Alkoholiker zusammenfassend betrachtet, läßt sich feststellen, daß sich im Vorfeld des Alkoholismus und unter späteren Alkoholikern die „Systematik der Neurosenlehre und der medizinisch-psychologischen Charakterlehre nebst einer beträchtlichen Anzahl durchschnittlicher Persönlichkeiten zu finden ist". Beschränken sich die Untersuchungen jedoch auf süchtige Trinker, so ergeben sich folgende Wesenszüge der Alkoholikerpersönlichkeit: unreflektierte, passive Affektlabilität, Aversionen gegen emotional ansprechende Situationen, dysphorische Erlebnisinhalte, zentrale orale Fixierungen, kompromißloses Schwanken zwischen ungesteuerter Befriedigung der durchbrechenden Es-Impulse und einseitiger Erfüllung der versagenden Über-Ich-Funktionen.

Psychodynamik

Diese Charakteristika entsprechen im großen und ganzen den Ergebnissen psychodynamischer Forschung. Von psychoanalytischer Seite wird noch zusätzlich auf die masochistischen und autodestruktiven Tendenzen des Alkoholikers hingewiesen, die durch eine Abwehr gegen Fremde, insbesondere gegen die Eltern gerichtete Aggressionen bedingt ist, die sich nun gegen den Betreffenden selbst wenden. Je früher die Störungen verschiedener psychodynamischer Entwicklungsphasen einsetzen, desto infantiler das Verhalten und die Persönlichkeit des Alkoholikers. Nach individualpsychologischer Auffassung wird der Alkoholismus als Ausdruck des Machtstrebens angesehen, das Minderwertigkeitsgefühle kompensiert.

Lerntheorie

Nach lerntheoretischen Erklärungsversuchen spielt sowohl das klassische Konditionieren wie das instrumentelle Lernen in der Pathogenese des Alkoholismus eine Rolle. Der Alkoholismus dieser Theorie ist das Ergebnis eines Lernprozesses auf die Erfahrung der spannungs- und angstlösenden Wirkung der Droge (Angst — unbedingter Reiz, Alkohol — bedingter Reiz). Da die Angstreaktion dem Trinken meist unmittelbar folgt, ist ihre positiv verstärkende Wirkung vermutlich meist größer als die negativ verstärkende Wirkung drohender, aber erst später einsetzender Bestrafung (Alkoholfolgekrankheiten, soziale Komplikationen). Dazu kommt, daß die Bestrafung selbst auch als positive Verstärkung wirksam werden kann.

Tierversuche

Während in der Regel gesunde Tiere auch in Käfigsituation alkoholische Getränke gegenüber nichtalkoholischen Getränken ablehnen, bevorzugen neurotisierte Versuchstiere, so Katzen und Ratten, alkoholische Getränke gegenüber nichtalkoholischen Getränken. Es gelang aber bisher nicht, süchtiges Trinken (auch nicht mit Selbstapplikationsmethoden) im Tierversuch zu reproduzieren, während es möglich war, bei einzelnen Tierspezies körperliche Abhängigkeit von Alkohol experimentell zu erzeugen.

5.3 Physiologische Bedingungen

Genetik

Es ist in einzelnen Fällen bei Nagetieren gelungen, Tierstämme zu züchten, die ein alkoholavides Verhalten zeigen. Bei Untersuchungen am Menschen sind Unterschiede in verschiedenen physiologischen Parametern beschrieben, die auf genetische Faktoren zurückgeführt wurden: unterschiedliche Bevorzugung bestimmter Blutgruppen, Farbwahrnehmungsstörungen bei Probanden mit alkoholischer Leberzirrhose, Änderung der Geschmackswahrnehmung. Diese Ergebnisse konnten aber bei Nachuntersuchungen nicht eindeutig reproduziert werden.

Aus Zwillingsuntersuchungen wurde geschlossen, daß das Trinkverhalten (Abstinenz, normales Trinken oder Mißbrauch) durch genetische Faktoren bedingt ist. Kontrollverlust scheint bei jüngeren Leuten hochgradig erbbedingt zu sein, jedoch nicht bei älteren. Die Sozialkonsequenzen des Alkoholmißbrauchs zeigen jedoch keine genetische Abhängigkeit.

Biochemie

Bisher ist es nicht gelungen, die genetotrophische Theorie zu bestätigen, nämlich chemische Normabweichungen festzustellen, die primär, d. h. vor Einsetzen des Alkoholabusus, bestanden (z. B. Vitaminmangel oder Allergie).

Auch die Theorie primärer endokriner Störungen bei Alkoholikern (z. B. Schilddrüsenüber- oder unterfunktion) konnte nicht bestätigt werden.

Neuerdings wurden Unterschiede der Alkoholabbauenzyme (Alkohol-Dehydrogenasen) bei Alkoholikern und Nichtalkoholikern gefunden. Es gelang die Alkohol-Dehydrogenasen (ADH) in drei Isoenzyme und eine atypische ADH zu differenzieren. Die atypische ADH weist eine drei- bis fünfmal höhere Leberaktivität gegenüber Alkohol auf. Es ist aber noch nicht entschieden, ob diese atypischen Alkoholabbauenzyme eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung des Alkoholismus haben.

Durch den Konsum von Alkohol kommt es zur Bildung von Metaboliten, die Verlangen nach Alkohol mit sich bringen. Diese Metaboliten von biogenen Aminen weisen strukturelle Analogien zu Morphiumalkaloiden auf, die ja zu ähnlichen Abhängigkeitsphänomenen führen.

Die Rolle des ZNS für die Entstehung der Sucht wurde in den letzten Jahren besonders hervorgehoben. Dabei spielen insbesondere Selbstreizversuche des Gehirns mit Hilfe eingepflanzter Elektroden eine wesentliche Rolle.

6 Epidemiologie des Alkoholismus

Genaue Zahlen über die Häufigkeit (Prävalenz) des Alkoholismus existieren weder in der Bundesrepu-

blik Deutschland noch in den größeren Kulturnationen, da es nirgends eine streng durchgeführte gesetzliche Meldepflicht für Alkoholkranke gibt. Alle mitgeteilten Zahlen beruhen auf Feldstudien oder auf Hochrechnungen. Diese Hochrechnungen gründen sich:

a) auf den pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken, der ja in den meisten Ländern genau bekannt ist. Durch Anwendung bestimmter Formeln lassen sich Zahlen über die Konsumenten bestimmter Alkoholmengen im Tagesdurchschnitt errechnen;

b) auf Hochrechnungen von Fallzahlen (Inzidenzzahlen) von Alkoholikern, die von bestimmten Behandlungsinstitutionen (Krankenhäusern oder ambulanten Einrichtungen) oder von Gerichten und Polizeiorganen erfaßt werden. Diese Zahlen sind aber sicher zu gering, außerdem besteht bei ihnen in besonderem Maße die Gefahr der Doppelzählung.

Die zuverlässigsten Angaben wären aus Feldstudien bzw. Repräsentativerhebungen zu gewinnen, über die aber bisher nur Teilergebnisse vorliegen. Die epidemiologische Untersuchung der Alkoholismusprävalenz begegnet besonderen Schwierigkeiten: die begriffliche Abgrenzung des Alkoholismus ist nicht ganz eindeutig (trotz einer Definition der WHO) und in den letzten Jahren umstritten. Die Diagnose des Alkoholismus ist schwierig, besonders in Frühfällen, da eine große Zahl von Parametern einbezogen werden muß. Außerdem begegnet die Erfassung von Alkoholikern erheblichen Tabus bei der Bevölkerung, z. T. auch bei den Fachleuten.

Über das *Trinkverhalten* der Deutschen wurde 1967 eine umfangreiche Repräsentativerhebung durchgeführt, die aber keine direkten Aussagen über den Alkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland zuläßt. Immerhin war es mit Hilfe statistischer Methoden möglich, Aussagen über die Anzahl von Personen zu machen, die bestimmte durchschnittliche Tagestrinkmengen überschreiten. 5 % der erwachsenen Bevölkerung trinken täglich (umgerechnet) mehr als 100 ml reinen Alkohol *), 0,75 % mehr als 200 ml reinen Alkohol (umgerechnet). Nach anderen Berechnungen mit Hilfe der gleichen Formeln wurden für die Bundesrepublik Deutschland 3 978 Personen (im Alter von 15 Jahren und älter, pro 100 000 Einwohner) festgestellt, die täglich 150 ml und mehr reinen Alkohol (umgerechnet) trinken. Diese Untersuchung wurde 1959 veröffentlicht. Die Bundesrepublik Deutschland liegt dabei an sechster Stelle nach Frankreich, Italien, Portugal, Spanien und Österreich (siehe Tabelle 1).

Aus diesen Zahlen läßt sich aber noch nicht mit Sicherheit ein Rückschluß auf die Häufigkeit des Alkoholismus gewinnen, da sie weder etwas über das Ausmaß der körperlichen, psychischen oder sozialen Schäden, noch über den Kontrollverlust aussagen, Kriterien, die aber für die Diagnose des Alkoholismus entscheidend sind.

*) 100 ml reiner Alkohol sind z. B. enthalten in
ca. 2,5 l Lagerbier oder
1 l Weißwein oder
0,25 l 40%igem Weinbrand.

6.1 Prävalenz des Alkoholismus

1969 wurde von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren die Anzahl der Alkoholiker in der Bundesrepublik auf mindestens 600 000 (= ca. 1 % der Bevölkerung) geschätzt. Diese Zahl basiert auf Erhebungen, die an 23 Alkoholiker-Heilstätten und an den psychosozialen Beratungsstellen der Caritas und des Diakonischen Werkes der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1967/68 durchgeführt wurden. Nachfolgend sollen einige noch nicht veröffentlichte Ergebnisse einer Repräsentativerhebung mitgeteilt werden, die im Sommer 1973 in Bremen durchgeführt wurde. Allerdings bezog sich die Erhebung nur auf Alkoholmengen und auf soziale Schäden, nicht auf somatisch-psychologische Schäden. Wenn man eine Global-Meßzahl aus den Aussagen bildet, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf Alkoholismus hinweisen, kommt man, umgerechnet auf

Tabelle 1

Land	Geschätzte Zahl von Konsumenten von mehr als 150 ml reinem Alkohol (im Alter von 15 und mehr Jahren) pro 100 000 Einwohner
Frankreich	9 405
Italien	5 877
Portugal	5 652
Spanien	4 635
Österreich	4 212
Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West)	3 978
Schweiz	3 901
Luxemburg	2 988
Ungarn	2 952
USA	2 198
CSSR	2 655
Kanada	2 272
Belgien	2 052
England und Wales	1 946
Irland	1 946
Dänemark	1 848
Polen	1 752
Schweden	1 515
Niederlande	1 456
Finnland	945
Norwegen	945

Nach: Jan de Lint und Wolfgang Schmidt: „Consumption Averages and Alcoholism Prevalence: A Brief Review of Epidemiological Investigations" Br. J. Addict. 1971, Vol. 66, 97—107.

die Gesamtbevölkerung Bremens, auf eine Gesamtzahl von 1,1 % (1,3 % Männer, 0,9 % Frauen). Wahrscheinlich ergibt sich ein zutreffenderes Bild, wenn man einzelne Fragen mit besonders hoher Aussagekraft herausgreift: z. B. wird die Frage nach dem Kontrollverlust von 2,8 % (3,2 % Männern und 2,4 % Frauen) positiv beantwortet. Praktisch gleich hoch sind die Antworten für Fragen nach morgendlichem Alkoholkonsum. Wenn man die Frage nach Schwierigkeiten am Arbeitsplatz wegen Alkohol zugrundelegt, kommt man auf eine Zahl von 2,0 % (bei Männern 3,2 %, bei Frauen 1,3 %). Zusammengefaßt kann man nach dieser Erhebung die Prävalenz des Alkoholismus in Bremen 1973 auf 2 bis 3 % schätzen. Wenn man von den Ergebnissen der Repräsentativbefragung von 1967 über das Trinkverhalten der Deutschen ausgeht, nach der keine regionalen Unterschiede im Alkoholverbrauch zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen, so wäre diese Zahl von 2 bis 3 % als gültig für das gesamte Bundesgebiet anzusetzen. Es muß offen bleiben, ob sie gegenüber der Zahl von 1969 eine Zunahme von 1 bis 1,5 % darstellt, da die Erhebungsmethoden der Zahlen von 1969 und 1973 unterschiedlich sind.

Eine solche Zunahme läßt sich auch aus dem procapita-Verbrauch an Alkohol ablesen. Er betrug in der Bundesrepublik Deutschland 1950 3,271, 1960 7,79 l, 1969 10,75 l, 1972 11,97 l. Im Vergleich mit elf anderen Ländern ist die Zunahme in der Bundesrepublik Deutschland am stärksten (s. Tabelle 2).

Tabelle 2

Land	Gesamtverbrauch alkoholischer Getränke je Kopf der Bevölkerung in verschiedenen Ländern in Litern absoluten Alkohols	
	1951 bis 1955	1966 bis 1970
Frankreich	19,6	17,6 [2]
Italien	11,8 [1]	13,8
Bundesrepublik Deutschland	4,4	10,4
Schweiz	8,4	10,4
Österreich	6,0	10,3
Belgien	7,7	7,9
Großbritannien	4,3	6,0
Dänemark	3,2	6,0
USA	5,2	6,0
Schweden	4,5	5,3
Niederlande	1,8	4,5
Finnland	1,3	3,3
Norwegen	2,0	3,2

[1]) 1950 bis 1955
[2]) 1966 bis 1969

Nach: DHS-Informationsdienst Nr. 1/2, Juni 1974, 27. Jahrgang, S. 11.

6.2 Inzidenzzahlen des Alkoholismus

Erst recht findet sich eine Zunahme der Inzidenzzahlen der Alkoholiker. Als Beispiel seien die Aufnahmeziffern in psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Bayern und Nordrhein-Westfalen genannt. Die Zahl der Aufnahmen von Alkoholiker-Patienten in elf bayerischen Nervenkrankenhäusern stieg in den Jahren 1969 bis 1972 von 1 976 auf 3 177, also um 114 %. In den rheinischen Landeskrankenhäusern betrug der Anstieg der Aufnahmeziffer für Alkoholiker von 1969 bis 1971 (Zahlen für 1972 liegen noch nicht vor) 34 % (von 2 391 auf 3 214 Patienten). Geht man von den Aufnahmeziffern von 1960 (791) aus, so findet sich gegenüber 1971 eine Zunahme von 406 %. Der Anteil der Frauen beträgt unter den Aufnahmen in bayerischen Landeskrankenhäusern 20 %, in nordrhein-westfälischen Landeskrankenhäusern etwa 25 %. Als Beispiele für den Anteil an Alkoholikern am psychiatrischen Krankengut von extramuralen Einrichtungen seien die Zahlen der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München, und der psychiatrischen Ambulanz des Klinikums Mannheim genannt: Max-Planck-Institut für Psychiatrie 1969 bis 1971: 11 %, Ambulanz des Klinikums Mannheim (1971): 7 %. Der Anteil der Frauen unter den Alkoholikern betrug in beiden Institutionen 28 bis 30 %. Die Zahl der jugendlichen und heranwachsenden Alkoholiker (unter 25 Jahren) betrug im Max-Planck-Institut für Psychiatrie 5 %, die der über 50jährigen 22 %.

Literatur

Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. Veröffentlicht bei Pressekonferenz am 17. Januar 1974.

Biehl, W.: Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1975. Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg.

DHS-Informationsdienst, Nr. 1/2, Juni 1974, 27. Jahrgang S. 11.

Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland. Einige Angaben zum Problem „Alkoholismus" im Rheinland 1974.

Feuerlein, W., G. Kunstmann: Die Häufigkeit des Alkoholismus. Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten. Münch. Med. Wschr. 115, 1991—96 (1973).

Feuerlein, W.: Probleme und Ergebnisse der epidemiologischen Forschung beim Alkoholismus. Suchtgefahren 20, 234—237 (1974).

Lint, de J., W. Schmidt: Consumption averages and alcoholism prevalence: A brief review of epidemiological investigations. Br. J. Addict. 66, 97—107 (1971).

Wieser, S.: Das Trinkverhalten der Deutschen. Eine medizin-soziologische Untersuchung. Nicolaische Verlagsbuchhandlung Herford 1972.

Wieser S. †, W. Feuerlein: Untersuchungen über die Häufigkeit des Alkoholismus im Bundesland Bremen (Ergebnisse einer Repräsentativerhebung 1973) (in Vorbereitung).

7 Die Therapie des Alkoholismus

7.1 Besondere Probleme

Die Therapie des Alkoholismus begegnet vielen Schwierigkeiten. Sie liegen 1. in der Art der zu therapierenden Krankheit bzw. der Verhaltensstörung, 2. in der Einstellung der Patienten, 3. in der Einstellung der Therapeuten.

Die multikonditionale Entstehung des Alkoholismus läßt eine einheitliche kausale Therapie von vornherein aussichtslos erscheinen. Dies gilt insbesondere für die noch letztlich ungeklärten Entstehungsbedingungen des süchtigen Fehlverhaltens. Eine weitere praktische Schwierigkeit kommt von den seit Jahrtausenden tradierten Trinksitten und affektbetonten Voreinstellungen zum Alkohol.

Die Einstellung des Alkoholikers gegenüber der Therapie ist in der Regel zunächst ablehnend. Auch bei späterer Kooperationsbereitschaft bleibt sie im Grunde ambivalent.

Die Einstellung der Therapeuten gegenüber dem Alkoholiker ist ebenso ambivalent. Alkoholiker werden als Pat. vielfach abgelehnt. Sie werden in eine deviante Rolle gedrängt, was vielfach wieder zu deviantem Verhalten führt. Dazu kommt als weitere Schwierigkeit mangelnde Aus- und Weiterbildung der Therapeuten auf dem Gebiet des Alkoholismus.

7.2 Die verschiedenen Behandlungsverfahren

Die multikonditionelle Genese des Alkoholismus legt eine komplexe und umfassende Therapie nahe, die nur durch Zusammenarbeit mehrerer Therapeuten verschiedener Fachrichtungen optimal durchgeführt werden kann. Als Beginn des Kriteriums des Behandlungserfolges ist die Abstinenz oder die soziale Heilung bei kurzfristigen Rückfällen anzusehen. Katamnesen über drei bis fünf Jahre sind als Gradmesser für einen einigermaßen stabilen Behandlungserfolg zu fordern. Die Abstinenz ist aber nicht das Endziel, sondern Voraussetzung einer optimalen Heilung. Das Endziel ist die Behandlung der Persönlichkeit im Sinne des Abbaus der süchtigen Fehlhaltung.

Die *Prognose* des Alkoholismus, behandelt oder unbehandelt, hängt von verschiedenen Faktoren ab (Grundpersönlichkeit, Motivation, Beginn des Alkoholismus, Geschlecht).

Eine *Frühbehandlung* des Alkoholismus ist anzustreben und wäre durch Vorsorgeuntersuchungen besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen (z. B. Angehörige von Alkoholberufen) zu fördern. Jedoch ist nach den bisherigen Erfahrungen der prognostisch günstigste Zeitpunkt für das Einsetzen der Therapie erst dann gekommen, wenn der Alkoholiker durch das Erleben sozialer und gesundheitlicher Schäden „reif" für einen Einstellungswandel gegenüber seinen bisherigen Verhaltensweisen geworden ist.

Die *Entgiftungsbehandlung* befaßt sich mit der Therapie der akuten Intoxikationserscheinungen der Entzugssyndrome. Die Behandlung hat vorwiegend medikamentös zu erfolgen.

Die *Entziehungsbehandlung* soll sich unmittelbar an die Entgiftungsbehandlung anschließen. Dies spielt sich auf zwei Ebenen ab:

Medikamentöse Behandlung: sie betrifft vor allen Dingen Drogen, die zu einer temporären Alkoholunverträglichkeit führen (Prototyp: Disulfiram). Diese Behandlung ist jedoch allein nicht ausreichend, außerdem wegen möglicher Nebenwirkungen nicht ganz ungefährlich. Trotzdem hat diese Behandlung auch heute noch als stützende Maßnahme ihre Bedeutung.

Psychologische Maßnahmen

Alle psychologischen Maßnahmen haben zum Ziel, beim Patienten einen Lernprozeß in Gang zu setzen, der zur Bildung neuer, gegen den Alkohol gerichteter Motivationen führt. Der Lernprozeß kann auf verschiedene Weise eingeleitet und erhalten werden:

Einzelgespräche sind Anfang und Basis jeder sonstigen Therapieform. Sie dienen zur Diagnostik, zur Information des Patienten und vor allen Dingen zur Motivationsstiftung für die weiteren Behandlungsmaßnahmen.

Die individuelle *Psychoanalyse* hat sich in der Behandlung des Alkoholismus im großen und ganzen nicht bewährt. Wegen des oralen Charakters, der Abhängigkeit, Passivität und der geringen Frustrationstoleranz der Alkoholiker ergeben sich Schwierigkeiten. Außerdem zeigte sich, daß der Alkoholismus bei vielen Patienten eine „Gemeinschaftsneurose" darstellt und als solche einer individuellen psychoanalytischen Behandlung nicht recht zugänglich ist.

Pragmatische psychotherapeutische Verfahren

Das autogene Training, verbunden mit formelhaften Vorsatzbildungen, kann in der Hand von Erfahrenen gute Erfolge bringen, ist aber in der Regel als einzige Methode nicht ausreichend. Das gleiche gilt für die Hypnose. Beide Verfahren haben sich jedoch als Basis und Zusatzmethode bewährt.

Die *Gruppentherapie* hat sich in den letzten Jahrzehnten in zunehmendem Maße auch bei der Therapie von Alkoholikern eingebürgert. Zu den allgemeinen Wirkungen der Gruppentherapie treten beim Alkoholiker als weitere Faktoren die größere Überzeugungskraft der Informationen durch Gruppenmitglieder mit gleicher Alkoholerfahrung.

Sonderformen der Gruppentherapie sind die Marathontherapie (Gruppentherapie, die über 24 Stunden und länger ununterbrochen fortgesetzt wird) und die Familientherapie.

Weitere Sonderform der Gruppentherapie ist das *Psycho- und Soziodrama,* über das in den letzten Jahrzehnten umfangreiche Erfahrungen gesammelt

wurden. Es dient der Freisetzung von Affekten unter Einübung von sozialen Situationen bei Alkoholkonsumenten.

Zu den psychotherapeutischen Verfahren der Alkoholikerbehandlung ist auch die *Therapie mit LSD* und anderen Halluzinogenen zu rechnen. Ziel dieser Therapie ist es, die pathologische Alkoholikerpersönlichkeit durch das Erleben experimentell erzeugter Psychosen aufzubrechen. Die Ergebnisse dieser Therapie werden aber unterschiedlich beurteilt.

Die *Verhaltenstherapie bei Alkoholikern* umfaßt verschiedene Methoden. Die gebräuchlichste ist die *Aversionstherapie* mit elektrischen Schlägen. Eine Variante der Aversionstherapie sucht den Probanden zu einem kontrollierten Trinken zu konditionieren, wobei die Probanden die Einschätzung des eigenen Blutalkoholspiegels einüben sollen. Eine weitere Spezialmethode der Aversionstherapie ist die *Therapie mit Succinylchlorid,* die dem Probanden in drastischer Weise den mit Alkoholgenuß gekoppelten Atemstillstand angstvoll erleben läßt.

Von den sonstigen Methoden der Verhaltenstherapie bei Alkoholikern sei das *„Markensystem" („operant conditioning")* erwähnt. Der Proband erhält für sozial positive Verhaltensweisen, insbesondere Vermeiden von Alkohol, Marken, die nach einem vorher festgesetzten System ihm bestimmte Präferenzen vermitteln.

Die genannten Verfahren können zusammen oder alternativ bei ambulanter oder stationärer Behandlung angewandt werden.

7.3 Die ambulante Behandlung der Alkoholkranken

Eine der wesentlichen Grundlagen der ambulanten Behandlung von Alkoholikern ist die Bedarfsschätzung. Die Zahl der Alkoholiker in der Bundesrepublik Deutschland beträgt nach neueren Erhebungen 2 bis 3 % der Gesamtbevölkerung, d. i. gleich 1,2 bis 1,8 Millionen Alkoholiker. Diese Berechnung stützt sich auf eine repräsentative Umfrage mit einem Fragebogen, die Wieser in Bremen 1972 durchgeführt hat.

Die Zahl der Alkoholiker in den ärztlichen Praxen ist relativ gering, verglichen mit den Prozentzahlen der Alkoholiker in stationären Einrichtungen, die durchschnittlich auf 20 % der gesamten Aufnahmen beziffert wird und bei Männern einen Wert von etwa 30 % der Aufnahmen und mehr erreicht. Eine Umfrage bei 185 Münchener niedergelassenen Ärzten (Nervenärzten, Internisten und Ärzten für Allgemeinmedizin) ergab 1970 folgendes: 80 % von ihnen hatten 5 Alkoholiker und weniger pro Quartal, 6 % der befragten Ärzte gaben an, mehr als zehn Alkoholiker pro Quartal zu behandeln. Von den Nervenärzten waren es nur 17 %, die eine solche Alkoholikerfrequenz berichteten, während 71 % von ihnen fünf Alkoholiker und weniger pro Quartal hatten. Auch in poliklinischen Einrichtungen ist der Prozentsatz der Alkoholiker nicht sehr hoch. In der Poliklinik der Psychiatrischen Klinik Mannheim waren es 1971 7 %. Der Prozentsatz der Alkoholiker in der Poliklinik unseres Institutes betrug in den Jahren 1969 bis 1971 11 % des psychiatrischen Gesamtkrankengutes, was immerhin einer absoluten Zahl von rd. 250 im Jahre entspricht. Inzwischen ist aber die Zahl der Alkoholiker hier erheblich angestiegen: 1972 waren es 411 Fälle, d. h. 22 % des psychiatrischen Gesamtkrankengutes. 30 % aller männlichen Zugänge und 15 % aller weiblichen Zugänge waren Alkoholiker. Dazu muß man aber betonen, daß diese Zahlen nur Erstaufnahmen betreffen. Die Zahl der behandelten Alkoholiker in den ambulanten Einrichtungen ist aber wesentlich höher und hängt generell auch von den Möglichkeiten der ambulanten Therapie ab. Diese sind im allgemeinen gering und sicher nicht befriedigend.

7.3.1 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Da sich die Behandlung der Alkoholiker über Jahre erstrecken muß, ergibt sich, daß der Hauptteil dieser Behandlung ambulant zu erfolgen hat. Die stationäre Behandlung bleibt in der Regel nur auf eine relativ kurze Zeit beschränkt, gemessen an der Gesamtbehandlungsdauer. Ambulante und stationäre Behandlung sind aber nicht unabhängig voneinander, sondern müssen stets aufeinander bezogen sein. Die Aufgaben und die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung lassen sich wie folgt charakterisieren:

7.3.1.1

Erfassung der Patienten. Untersuchung und Diagnosestellung. Die Erfassung der Patienten schließt eine Kontaktnahme mit den Angehörigen, Betrieben, Behörden, Selbsthilfeorganisationen und Suchtberatungsstellen, vor allen Dingen aber mit den überweisenden Ärzten ein.

7.3.1.2

Vorbereitung der stationären Behandlung. Information über Grundbegriffe des Alkoholismus, Weckung der Motivation für die Behandlung. Versuch, eine vorläufige Abstinenz zu erreichen. Behandlung der körperlichen und psychischen Störungen, insbesondere von Abstinenzerscheinungen, Vitaminmangelerscheinungen und von psychischen Störungen, soweit sie durch Psychopharmaka angegangen werden können. Evtl. Unterstützung der Abstinenz durch Alkohol sensibilisierende Pharmaka (Disulfiram u. ä.).

7.3.1.3

Nachgehende Behandlung nach Entlassung aus der stationären Behandlung. Vertiefung des in der stationären Behandlung Erlernten, insbesondere durch Anwendung auf die praktischen Verhältnisse. Einbeziehung der Angehörigen.

7.3.1.4

Alleinige ambulante Behandlung ohne Einschaltung einer stationären Behandlungsphase: bei gut motivierten Alkoholikern, die sich in einem mittelmäßigen bis guten körperlichen Zustand befinden, min-

destens leidliche soziale Verhältnisse aufweisen, ist eine solche Behandlung möglich.

Der ambulanten Behandlung stehen natürlich wesentlich weniger *Verfahren* zur Verfügung, als sie in der stationären Behandlung möglich sind. In erster Linie ist neben der schon erwähnten medikamentösen Behandlung das Einzelgespräch hervorzuheben, das Anfang und Basis jeder sonstigen Therapieform darstellt und zur Diagnostik, insbesondere zur genauen Analyse des süchtigen Verhaltens, zur Information über den Patienten und seine Motivation, vor allen Dingen aber zur Motivationsstiftung für die weitere Therapie dient. In manchen Fällen gelingt es auch, die Patienten mit Einzelgesprächen über längere Zeit zu halten und auch oberflächlich liegende Konflikte und Fehlhaltungen aufzuarbeiten, vor allen Dingen bei systematischer Anwendung der Gesprächstherapie nach den Prinzipien von Rodgers bzw. Tausch. Die Gruppentherapie, ebenfalls in der ambulanten Behandlung möglich, erfolgt vorwiegend als didaktisch-informative oder pädagogisch-direktive Therapie, aber auch als analytisch ausgerichtete Therapie. Sie ist unter den niedergelassenen Ärzten offenbar wenig verbreitet. Bei der erwähnten Rundfrage 1970 vermittelten nur 5 % der Ärzte ihren Patienten „gelegentlich" oder „meistens" eine solche Behandlung. Auch die Behandlung mit pragmatischen psychotherapeutischen Verfahren wie Hypnose und autogenem Training wird in der Praxis nur relativ wenig angewandt (nur in 15 % der Fälle nach unseren Erhebungen), dabei ist sie als unterstützende Therapie durchaus wertvoll. Weitere psychotherapeutische Maßnahmen, die auch für die ambulante Behandlung in Frage kommen, sind die Familientherapie und für einzelne, schwer neurotische Fälle, die Psychoanalyse, u. U. auch das Psycho- und Soziodrama. Einer besonderen Besprechung bedarf die Verhaltenstherapie, die als Aversionstherapie auch im ambulanten Bereich durchführbar ist. Andere verhaltenstherapeutische Verfahren, die sich für die ambulante Therapie eignen, sind noch umstritten bzw. sind in Erprobung. Nicht zuletzt sei auch noch auf die Sozialhilfemaßnahmen im Sinne des Casework oder Group-work erinnert.

7.4 Nachsorge

Die Nachsorge für den Alkoholiker ist eine der Hauptaufgaben der ambulanten Therapie, sie ist aber insgesamt bisher sehr unbefriedigend gelöst. Dies zeigen Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung an Alkoholikern, die in einem bayerischen Nervenkrankenhaus behandelt worden waren und nach einem halben Jahr nachuntersucht wurden. Es waren 190 unausgelesene Alkoholiker, die dort im Zeitraum vom 1. Mai bis 31. Juli 1972 entlassen worden waren (darunter 140 Männer). Von diesen konnten 121 eingehend befragt werden, oder entsprechende Informationen konnten von den Angehörigen eingeholt werden (64 %). Von weiteren 32 (= 17 %) liegen mehr oder minder unvollständige Informationen vor. 24 (= 14 %) waren nicht auffindbar, 8 Patienten (= 4 %) waren verstorben. Die katamnestischen Untersuchungen ergaben, daß von den 141 Fällen, die entsprechende Antworten geben konnten, in 99 Fällen eine Nachbetreuung nach der Entlassung überhaupt nicht stattgefunden hat*). Von den 141 Fällen waren 46 (= 24 %) sicher nicht zu einer Nachbetreuung überwiesen worden. Die Nachbetreuungsrate war signifikant höher ($p<0{,}50$), wenn die stationäre Behandlung intensiver war im Sinne einer Gruppentherapie. Sonstige Variablen wie Höhe des Alkoholkonsums oder zusätzliche psychiatrische Störungen, die sich in einer Zusatzdiagnose niedergeschlagen haben, standen ohne signifikanten Zusammenhang mit der tatsächlich erfolgten Nachbetreuung. Eine genaue Analyse der Nachbetreuungsfälle ergab, daß 12 von ihnen bei den Anonymen Alkoholikern waren und 18 durch das Gesundheitsamt nachbetreut wurden. Die restlichen 12 Fälle verteilten sich auf sonstige Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen und Sozialarbeiter. Von den 42 nachbetreuten Fällen wurden nur 12 alle 8 bis 14 Tage betreut. Sechs nur einmal im Monat, fünf einmal in drei Monaten, der Rest überhaupt nur einmal. Geht man davon aus, daß eine Nachbetreuung nur dann sinnvoll ist, wenn sie mindestens einmal im Monat stattfindet, so reduziert sich die Anzahl der Patienten, die eine solche Nachbetreuung hatten, auf 18. Diese 18 Patienten setzten sich aber hauptsächlich aus Alkoholikern zusammen, die sich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen haben oder die von Suchtberatungsstellen oder Sozialarbeitern nachbetreut wurden.

Nicht viel besser war es um die ärztliche Nachbehandlung bestellt. Von den 141 Fällen wurden nur 55 (39 %) nachbehandelt. Davon 29 (21 %) durch den Hausarzt, je 13 (9 %) durch Nervenärzte bzw. psychiatrische Polikliniken.

Versucht man den Erfolg der Nachbetreuung abzuschätzen, so muß man zunächst das Ergebnis der gesamten Patientenzahl berücksichtigen. Von den 141 Patienten blieben 38 (25 %) abstinent bzw. betrieben einen mäßigen Alkoholkonsum. 101 (75 %) hatten einen totalen Rückfall in die alten Trinksitten. Bei zwei blieb der Alkoholkonsum unbekannt. Von diesen 101 Patienten waren 32 (= 33 %) nachbetreut und 68 (67 %) nicht nachbetreut worden. Das ist ein Verhältnis von etwa 2 : 1. Von den 38 total Abstinenten bzw. mäßig Trinkenden waren 29 (76 %) nicht nachbetreut worden und nur 9 (24 %) nachbetreut worden. Hier ist das Verhältnis 3 : 1, also ungünstiger bei den Rückfälligen.

Gehen wir von den 42 nachbetreuten Fällen aus, so blieben zwei abstinent, sieben trieben einen mäßigen Alkoholkonsum, während 33 (78 %) in den alten Trinkstil zurückfielen. Von den 99 nicht Nachbetreuten blieben acht abstinent, weitere 21 konsumierten in mäßigem Umfang Alkohol (= zusammen 29 %). 68 (= 68 %) wurden rückfällig. Ähnlich verhält es sich mit den Wiederaufnahmen zur stationären Behandlung. Von den nachbetreuten

*) Unter „Nachbetreuung" wurden (im Gegensatz zur ärztlichen „Nachbehandlung") Aktivitäten durch die AA und sonstige Selbsthilfegruppen, Sozialarbeiter und Bewährungshelfer und andere nichtärztliche Therapeuten sowie durch das Gesundheitsamt verstanden.

Patienten wurden 48 %, von den nicht nachbetreuten 37 % stationär aufgenommen. Allerdings braucht dies noch nicht ein Zeichen der schlechten Prognose zu sein, vielmehr kann die Nachbetreuung die hier ohnehin notwendige stationäre Aufnahme beschleunigt haben. Aus den übrigen Zahlen ließe sich aber eher ein ungünstiger Erfolg der Nachbetreuung ablesen. Doch ist es sicher gefährlich, so weitreichende Folgerungen aus dieser ersten Analyse der Zahlen zu ziehen. Eine weitere Auswertung muß erfolgen. Immerhin lassen sich vielleicht folgende Schlüsse ableiten:

1. Die *Nachbetreuung allein ist nicht ausreichend.* Wenn sich aus den Katamnesen der Patienten aus Heilstätten ein deutlicher Unterschied hinsichtlich des Langzeiterfolges ergibt, je nachdem, ob eine Nachbetreuung stattgefunden hat oder nicht, so läßt sich dieser Befund nicht verallgemeinern. Es kommt dann offenbar darauf an, ob die stationäre Behandlung entsprechend effizient war und ob die Nachbetreuung qualitativ entsprechend war.
2. Die eher ungünstigen Ergebnisse der Nachbetreuung könnten auch mit anderen Variablen zusammenhängen. So könnte es sein, daß sich *unter den Nachbetreuten mehr primär auffällige,* prognostisch ungünstige Patienten befinden, die dann vom Gesundheitsamt zwar gesehen, aber nicht genügend effizient nachbetreut werden konnten. Außerdem wäre es möglich, daß diejenigen stationären Patienten, denen die intramurale Behandlung eine echte „Umkehr" brachte, von sich aus auf eine Nachbetreuung verzichteten, weil sie sie gar nicht für nötig erachteten, während die primär schwer neurotischen und abhängigen Alkoholiker, deren Prognose überhaupt ungünstig ist, in höherem Prozentsatz Nachbetreuungsinstitutionen aufsuchten.
3. Die *Überweisung* zur Nachbetreuung allein *genügt nicht.* Es bedarf weiterer Anstrengungen, um den Patienten in die ihm entsprechenden Gruppen zu bringen. Erst recht genügen nicht die allgemeinen Angebote der Nachbetreuung. Wenn man bedenkt, daß praktisch alle Patienten in einem bayerischen Nervenkrankenhaus entsprechend den dortigen Gepflogenheiten während ihres stationären Aufenthaltes mindestens einmal, meistens mehrmals die Möglichkeit hatten, Kontakt mit den AA bzw. mit dem Blauen Kreuz aufzunehmen, aber nur 12 % von ihnen diesen Kontakt später aufnahmen, so sieht man, daß die einmaligen Veranstaltungen nur einen ungenügenden Erfolg haben.
4. Ein weiterer Grund für die ungenügende Nachbetreuung liegt natürlich in den *äußeren Gegebenheiten.* Hier bestehen erhebliche Unterschiede zwischen Stadt und Land. Von den Patienten, die in einer Stadt wohnen, wurden 25 % nachbetreut, von den Landbewohnern nur 11 %. Weitere Gründe sind die mangelnde Motivation. Die meisten Patienten waren unfreiwillig aufgenommen worden. Meist gelang es nicht, bei den Patienten eine genügende Krankheitseinsicht und Motivation zu wecken.

7.5 Vorschläge für die Verbesserung der ambulanten Behandlung

7.5.1 Bessere Anwendung der vorhandenen therapeutischen Verfahren

Bei der erwähnten Umfrage bei Münchener Ärzten zeigte sich, daß die Ärzte von den vorhandenen therapeutischen Verfahren zu wenig Gebrauch machen.

7.5.2 Verbesserung der Zusammenarbeit der einzelnen Instanzen

Die schon erwähnte Umfrage bei den Münchener Ärzten ergab weiterhin, daß 52 % selten oder nie mit Instanzen der Sozialarbeit oder speziellen Suchtberatungsstellen zusammenarbeiten. Von den Nervenärzten waren es immerhin 37 %, also mehr als ein Drittel, die eine Zusammenarbeit mit den oben genannten Institutionen verneinten. Dabei ist zu bedenken, daß 24 % der Nervenärzte diese beiden Fragen überhaupt nicht beantwortet haben. Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, daß derartige Institutionen zu wenig bekannt sind, es könnte aber auch sein, daß die Erfahrungen mit diesen Institutionen ungünstig waren.

7.5.3 Entwicklung von neuen und besseren diagnostischen Methoden zur Früherfassung der Alkoholiker und zur Objektivierung ihrer Diagnose

Viele Alkoholiker leugnen oder verdrängen ihren Alkoholabusus. Ein ähnliches Verleugnungs- oder Verdrängungsverhalten besteht von seiten mancher Ärzte. Sie sind nicht davon überzeugt, daß die angegebenen Alkoholkonsummengen ihrer Patienten einen Alkoholabusus darstellen, bzw. daß die festgestellten Krankheitssymptome und Verhaltensstörungen Ausdruck des Alkoholismus sind. Andererseits besteht bei manchen Ärzten eine geradezu fatalistische Haltung gegenüber fortgeschrittenen Alkoholikern. Deren Prognose wird als absolut ungünstig eingeschätzt, was natürlich die therapeutischen Aktivitäten lähmt.

7.5.4 Verbesserung der vorhandenen therapeutischen Methoden bzw. Entwicklung neuer therapeutischer Verfahren, die sich für die ambulante Therapie eignen

Dies gilt sowohl für die ärztlichen Therapeuten wie für die nichtärztlichen. Gerade das Ergebnis der katamnestischen Untersuchungen zeigt, daß auf dem Gebiet der Nachbetreuung in methodischer Hinsicht noch manche Wünsche offenbleiben.

Im einzelnen wären folgende Ziele zu setzen:

7.5.4.1 Medikamentöse Behandlung

Zur Bekämpfung von Abstinenzsymptomen sollten Mittel verwendet werden, die keine Abhängigkeit erzeugen (wie z. B. das Chlormethiazol) und keine Nebenwirkungen aufweisen. Es sollten des weiteren sog. Alkoholblocker entwickelt werden, die den Alkoholabbau stoppen und durch die Anhäufung

von toxisch wirkenden, intermediären Stoffwechselprodukten aversiv wirken oder die Wirkung des Alkohols aufheben. Diese Medikamente sollten eine geringere Eigentoxizität haben als etwa das Disulfiram; sie sollten sicher und kontrollierbar anwendbar sein.

7.5.4.1.2 Psychologische Mittel

Es besteht das dringende Bedürfnis nach dem Ausbau von psychotherapeutischen Verfahren, die in der Praxis relativ leicht in großem Umfang anwendbar sind. Dies gilt insbesondere für gruppentherapeutische Verfahren wie für die Gesprächstherapie. Besonderes Augenmerk sollte auf den Ausbau der verhaltenstherapeutischen Techniken gelegt werden, die in der ambulanten Therapie angewandt werden können. Sie sollten den Aversionsverfahren, die in der Suchtkrankentherapie öfters angewandt werden, überlegen sein. Die Versuche mit Selbstkontrollmethoden erscheinen erfolgversprechend, obwohl es außerordentlich schwierig ist, diese Methoden in der ambulanten Praxis entsprechend durchzuführen.

7.5.5

Alle diese Maßnahmen können nur Erfolg haben, wenn es gelingt, das *Interesse* der niedergelassenen Ärzte und der sonstigen, für die ambulante Therapie in Frage kommenden Therapeuten in größerem Umfang zu wecken als bisher. Voraussetzung ist eine *bessere Ausbildung*. Nur an einer Minderzahl den deutschen Hochschulen werden Vorlesungen über Alkoholismus und Suchtkrankheiten gehalten. Auch in den Lehrbüchern der Psychiatrie findet man viel zu wenig darüber. Kaum 5 % der zur Verfügung stehenden Seiten werden diesem Problem gewidmet, wobei immer noch die Alkoholpsychosen den meisten Raum einnehmen, während Alkoholismus und Suchtentwicklung kaum besprochen werden.

7.5.6 Verbesserung der Organisation der Behandlung

Nahziele:

a) *Einrichtung bzw. Verbesserung der Nachsorgeeinrichtungen,* die von den intramuralen Instanzen, insbesondere psychiatr. Landeskrankenhäusern, getragen werden. In erster Linie ist an die Einrichtung von Ehemaligen-Gruppen an den Orten der Landeskrankenhäuser bzw. in den größeren Städten ihres Einzugsgebietes zu denken. Um dies durchführen zu können, wäre es notwendig, genügend Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter für diesen Zweck freizustellen. Ärzte sollten ggf. durch Ermächtigungsverträge am kassenärztlichen Dienst beteiligt werden.

b) *Verbesserung des Sozialdienstes* an den Landeskrankenhäusern durch Erhöhung der Planstellen. Das Minimalziel sollte sein, daß kein Alkoholiker entlassen wird, der nicht über eine entsprechende Arbeitsstelle und Wohnung verfügt und der nicht einen ernsthaften Kontakt mit einer Nachsorgeeinrichtung aufgenommen hat. Die Vermehrung und Verbesserung der Übergangseinrichtungen wie Wohnheime und Nachtkliniken ist ebenfalls anzustreben. Diese Übergangseinrichtungen brauchen zu ihrer Leitung und Betreuung vor allen Dingen speziell geschulte Sozialarbeiter.

c) Der *Kontakt* der einzelnen Selbsthilfeorganisationen und anderen Nachbetreuungsstellen zu den intramuralen Einrichtungen und Nervenärzten sollte *verbessert* werden. Auch die einzelnen Nachbetreuungseinrichtungen sollten untereinander besseren Kontakt haben. Ein Konkurrenzverhalten zwischen den einzelnen Organisationen, wie es hin und wieder beobachtet wird, geht zu Lasten der Patienten.

7.6

Einrichtung von Fachambulanzen, die die Zentralen der genannten extramuralen Aktivitäten darstellen. Diese Fachambulanzen sollten zunächst in Großstädten aufgebaut werden und einen sektorisierten Bezirk betreuen. Ihre personelle Ausstattung müßte so bemessen sein, daß mindestens in den Großstädten ein 24-Stunden-Dienst gewährleistet ist. Das Personal sollte neben speziell geschulten Nervenärzten und Sozialarbeitern auch Psychologen umfassen. An diese Fachambulanzen sollten kleine Heime für kurzfristige Aufnahmen zur Krisenintervention angeschlossen werden. Diese Fachambulanzen sollten Kontakt mit allen in Frage kommenden Instanzen, insbesondere intramuralen Einrichtungen wie Landeskrankenhäusern, Allgemeinkrankenhäusern, aber auch Wohnheimen und sonstigen Heimen halten, ferner enge Kontakte mit niedergelassenen Ärzten, vor allem Nervenärzten, den Instanzen des Sozialdienstes, der Betriebe und Behörden pflegen. In praxi wäre eine Umwandlung bestehender Strukturen in derartige Fachambulanzen anzustreben. Die Einbeziehung niedergelassener Ärzte mit Spezialkenntnissen in diese Fachambulanzen wäre wünschenswert.

Literatur

Dilling, H., H. Rosefeldt, G. Kockott, H. Heyse: Verhaltenstherapie bei Phobien, Zwangsneurosen, sexuellen Störungen und Süchtigen. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 39, 293—344 (1971).

Feuerlein, W.: Therapie des Alkoholismus. Münch. Med. Wschr. 112, 1611—1619 (1970).

Feuerlein, W.: Chronischer Alkoholismus — Entstehungsbedingungen — Therapie. Nervenarzt 43, 389—398 (1972).

Glatt, M. M.: The alcoholic unit and its contribution to management and prevention of alcoholism. Alcoholism (Zagreb) 1, 85 (1965).

Kryspin-Exner, K.: Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit. Verlag Brüder Hollinek, Wien, 1969.

Rieth, E.: Indikation, therapeutische Zielsetzung und Erfolg von Entziehungskuren in offenen Heilstätten. Dt. Rentenvers. 5/1968.

Wieser, S.: Alkoholismus III: Katamnesen und Prognosen. Fortschr. Neurol. 34, 565—588 (1966).

8 Die Therapie Drogenabhängiger und -gefährdeter

Drogenabhängigkeit in ihren derzeitigen Erscheinungsbildern ist eine Sonderform im Rahmen des Gesamtkomplexes der Suchtkrankheiten mit spezifischen psychologischen, psychiatrischen, toxikologischen und soziologischen Gesichtspunkten und bedarf daher in mancher Hinsicht besonders spezialisierter Behandlungseinrichtungen, wenn auch die Grundprinzipien der Behandlung für alle Erscheinungsformen der Sucht gleich sind. So wie bei allen anderen Suchtkrankheiten muß je nach Stadium und Schweregrad, bzw. nach den besonderen Entstehungsbedingungen der Erkrankung eine Vielzahl von Therapieeinrichtungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zur Verfügung stehen. Eine ähnliche Organisationsform, die sich in der Praxis bewährt hat, wurde für das Gebiet der Alkoholabhängigkeit bereits dargestellt. In Anbetracht der Tatsache, daß in der Bundesrepublik Deutschland umfangreiche Erfahrungen mit einem Gesamtbehandlungsplan für Alkoholkranke vorhanden sind, können gewisse prinzipielle Grundlagen für die Therapie Drogenabhängiger übernommen werden, dies besonders im Hinblick auf die Tatsache, daß es schwer praktikabel erscheint, für den Bereich der Drogenabhängigkeit ausschließlich neue, effektiv arbeitende Einrichtungen zu begründen und personell auszustatten. Diese Überlegungen betreffen allerdings nur die Grundzüge des Funktionierens der einzelnen Institutionen im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes (Erfassung, Fachambulanzen, Intensivpflegeabteilungen, Spezialkliniken, Rehabilitationseinrichtungen), während die Methodik des Funktionierens dieser Institutionen ganz auf die speziellen Bedürfnisse des Krankengutes der Drogenabhängigen abgestimmt werden muß. In bezug auf die Vielfalt der im Detail anzuwendenden Methoden gibt es gewichtige Unterschiede zwischen der Behandlung Alkohol- und Drogenabhängiger. Die Unterschiede ergeben sich aus dem sehr frühzeitigen Beginn des Abhängigkeitsprozesses, aus der spezifischen Wirkung der angewandten psychotropen Stoffe, der primär meist gänzlich verschiedenartigen Motivation zur Drogeneinnahme und dem deutlicher im Vordergrund stehenden Milieukonflikt bzw. der ausgeprägteren Persönlichkeitsstörung. Ein weiterer gewichtiger Unterschied besteht darin, daß die jungen Drogenabhängigen fast immer die physische und psychische Reifung, bzw. die Eingliederung in die Sozietät (nicht abgeschlossene Berufsausbildung) noch nicht erreicht haben. Damit und vor allem auch durch die Folgen der chronischen Intoxikation wird eine konfliktgesteuerte Ausreifung der Persönlichkeit verhindert. In vieler Hinsicht ähneln die an Drogenabhängigen gewonnenen Beobachtungen den Bildern, die vom Alkoholismus Jugendlicher her seit langem bekannt sind.

Wie der Alkoholismus ist auch die Drogenabhängigkeit kein einheitliches Krankheitsbild. Zu ihrer Entstehung tragen individuell verschiedene Faktoren bei, wie persönliche Anlagen, gesellschaftliche, lebensgeschichtliche oder altersphasenspezifische Einflüsse. Jeder Süchtige, der zur Behandlung bereit ist, muß deshalb in seinen eigenen, persönlichen Schwierigkeiten gesehen und ihnen entsprechend behandelt werden. Ein starres Konzept für die Therapie gibt es nicht. Grundlegendes Prinzip ist, daß die Behandlung vielseitig, aber konsequent sein sollte.

Die Bereitschaft des Drogenabhängigen, bei der Behandlung aktiv mitzuwirken, muß meist erst geweckt werden. Der vielzitierte Leidensdruck bei den Jugendlichen der Drogenszene, der diese angeblich beim Arzt Hilfe suchen läßt, ist nur in den seltensten Fällen vorhanden. Vielmehr werden die jugendlichen Patienten mehr oder weniger gegen ihren Willen von den besorgten Eltern, vom Hausarzt, von Heimen oder Jugendämtern zum Facharzt für Psychiatrie geschickt. Diese Vorfeldarbeit, die Aufgabe, mit Drogenkonsumenten Kontakt aufzunehmen und erste Beratungsgespräche zu führen, kann von Jugendberatungsstellen, Schulen, Ärzten, Seelsorgern, Richtern oder Behörden, aber auch von spezialisierten Einrichtungen wie Kontaktzentren, Teestuben, den „Street-workers" oder Drogenberatungsstellen oder von Selbsthilfegruppen geleistet werden. Sie sollen nicht selbst behandeln, sondern nur beraten, die Bereitschaft zur Behandlung wekken und die Drogenabhängigen an Fachambulanzen oder an stationäre Einrichtungen vermitteln.

Es gibt eine Reihe verschiedener Therapieziele wie Drogenfreiheit, soziale und berufliche Rehabilitation, Deliktfreiheit, Schutz des Drogenabhängigen vor der Umgebung und umgekehrt Bewahrung des Drogensüchtigen vor Rückfälligkeit oder auch Verzicht auf Drogenfreiheit zugunsten einer gewissen beruflichen und sozialen Anpassung. Solche Ziele sind nur dann zu erreichen, wenn die Behandlungsmaßnahmen in ein therapeutisches Konzept mit angemessener zeitlicher Reihenfolge eingeordnet werden. Dieses Nacheinander verschiedener Maßnahmen wird als „therapeutische Kette" bezeichnet. Viele Mißerfolge von Therapieversuchen hängen unter anderem damit zusammen, daß an dem Ort, an dem ein Drogenabhängiger behandelt werden sollte, eine therapeutische Kette nicht vorhanden war oder daß ihr „Ablauf" von ihm zu früh abgebrochen wurde. Umgekehrt garantiert das Durchlaufen einer derartigen Behandlungskette noch nicht die Wirksamkeit der Therapie.

Auf die bereits erwähnte erste Phase der Kontaktaufnahme und der Einführung des Patienten in das Therapieprogramm folgt in der therapeutischen Kette die Phase der Entziehung und Entgiftung, in der die medizinische Behandlung den Vorrang hat. Sie wird in der Regel stationär ausgeführt; ambulante Versuche brachten bisher sehr widersprüchliche Ergebnisse. Bereits in dieser Phase muß mit der psychologischen Behandlung begonnen werden, die lückenlos in die mehrere Monate dauernde Entwöhnungsbehandlung übergeht. Sie findet in Entwöhnungseinrichtungen statt, in denen versucht wird, dem ehemaligen Drogenkonsumenten zu helfen, wieder Halt zu finden und neue Aufgaben zu erkennen, das heißt, sie nach dem physischen Entzug nun auch von der psychischen Bindung an das

Rauschmittel zu entwöhnen. Geeignet hierfür sind drogenspezifische oder suchtspezifische Kliniken sowie Spezialabteilungen, die an psychiatrische Krankenhäuser angegliedert sind. In ihnen sollte möglichst wenig Klinikatmosphäre herrschen. Die ärztliche Behandlung tritt hier bereits in den Hintergrund, obwohl durch Medikamente, psychotherapeutische Verfahren und auch Verhaltenstherapie geholfen werden kann; psychologische und sozialpädagogische Aspekte werden aber hier immer wichtiger. Die bei der stationären Behandlung begonnene Psychotherapie wird jetzt intensiviert, vor allem in Form von Gruppentherapie.

In der vierten Phase der Therapiekette liegt dann der Schwerpunkt auf Sozialpädagogik und Sozialtherapie. Man bemüht sich, den früher Drogenabhängigen in einen geordneten Tagesablauf mit regelmäßiger Arbeit in gestufter Annäherung an normale Umweltbedingungen einzugliedern. Hierfür kommen Wohngemeinschaften, Jugendwohnheime, Bauernhöfe und geschützte Werkstätten in Frage. Der „Patient" soll hier lernen, seine sozialen Bezüge zu stabilisieren und seine „Freiheit" richtig zu gebrauchen. Die Dauer der Behandlung in diesen meist sehr aufwendigen Einrichtungen sollte drei Jahre nicht überschreiten. Da das Krankheitsbild des Drogenmißbrauchs und der Drogenabhängigkeit in seiner heutigen „jugendlichen" Form erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit häufiger beobachtet wird, kann über den Erfolg der Behandlungsmaßnahmen noch kaum etwas Sicheres ausgesagt werden. Sich über mehrere Jahre hinziehende Nachuntersuchungen fehlen bis heute fast vollständig. Die Chancen der beschriebenen Therapie in Rehabilitationsketten werden von den verschiedenen Autoren immer noch unterschiedlich beurteilt. Während sie von einigen nur sehr gering eingeschätzt werden, rechnen andere doch mit höheren Erfolgsquoten.

Die therapeutische Kette mit ihren verschiedenen Phasen erfordert zahlreiche gut ausgebildete Mitarbeiter, Psychiater, Ärzte anderer Fachgebiete, Psychologen und Sozialarbeiter sowie geeignete Räumlichkeiten. Damit ihre Arbeit wirksam wird, sollte nicht nur dafür gesorgt werden, daß diese ausreichend zur Verfügung stehen; es erscheint auch zweckmäßig, sie so weit wie möglich zu koordinieren und aufeinander abzustimmen, so daß nicht an verschiedenen Stellen gleichgeartete Einrichtungen vorzufinden sind, die Jugendlichen so bestenfalls in ein bis zwei der genannten Phasen optimale Einrichtungen zur phasenspezifischen Behandlung antreffen.

Bei der Planung von Behandlungseinrichtungen ist zu berücksichtigen, daß sich die Erscheinungsformen der Abhängigkeit, die Motive und die Sekundarschäden bereits in den letzten Jahren stark gewandelt haben. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß dies auch in Zukunft der Fall sein wird. Da jüngste Erfahrungen zeigen, daß die ideologischen Motive immer mehr in den Hintergrund treten, der Schweregrad der körperlichen und seelischen Abhängigkeit sowie der psychopathologischen Primärsyndrome zunimmt und eine stärkere Koppelung mit Alkoholmißbrauch stattfindet, ist zu erwarten, daß sich in den kommenden Jahren die Erscheinungsformen der Drogenabhängigkeit moderner Prägung den herkömmlichen Formen und Verläufen der Suchtkrankheit annähern werden. Bei Berücksichtigung all dieser Faktoren und der vorliegenden Erfahrungen aus dem In- und Ausland ergibt sich die unbedingte Notwendigkeit der Schaffung einer ausreichenden Zahl der nachstehend genannten Behandlungseinrichtungen. Soweit es methodisch möglich und zweckmäßig ist, sollten diese therapeutischen Institutionen in einem organisatorischen und möglichst auch räumlichen Zusammenhang mit den Behandlungseinrichtungen für Alkohol- und andere Suchtkranke stehen.

In welcher Dauer und in welcher Reihenfolge die aufgezählten Einrichtungen von einem Drogenabhängigen benutzt werden sollen, kann im Einzelfall gänzlich verschieden sein, da erfahrungsgemäß nur ein hohes Maß an Flexibilität der Maßnahmen bei Suchtkranken zu echten Erfolgen führen kann. Dieses Prinzip der Flexibilität gilt für Drogenabhängige aus den eingangs genannten Gründen sicher noch mehr als für andere Formen der Sucht.

Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige/-gefährdete:

8.1 Kontaktstellen

8.1.1 Nicht spezialisierte Vorfeldarbeit

Institutionen

Schulen, insbesondere schulpsychologische Dienste, Jugend- und Erziehungsberatungsstellen, niedergelassene Ärzte, Werksärzte, Seelsorger, Richter, Behörden (z. B. Jugendämter, Gesundheitsämter), Jugendclubs u. a.

Aufgaben

Kontaktaufnahme, Erstberatung.

Ziel

Weitervermittlung an spezialisierte Einrichtungen, insbesondere an Fachambulanz.

9.1.2 Spezialisierte Vorfeldarbeit

Institutionen

Außendienst (street work), Kontaktzentrum, „drop in", Teestube, Selbsthilfegruppen.

Aufgaben

Kontaktaufnahme, Erstberatung. Sinnvolle, aktivierende Beschäftigung und motivierende Gruppenarbeit.

Ziel

Weitervermittlung an Fachambulanz, ggf. direkt an stationäre Einrichtungen.

Personal

Sozialarbeiter, geschulte Ex-user, geschulte Laien.

Einsatzorte

Straßen, Plätze, Lokale, Kontaktzentren.

Zielgruppe

Drogenkonsumenten aller Schweregrade.

Dauer der Hilfe

Ständiges Angebot.

Methoden

Gespräch (Einzel- und Gruppengespräch).

Indikationen

Drogenkonsum.

Gegenindikationen

Die Einrichtungen sind nicht indiziert für fundierte Beratung (Qualifikation und diagnostische Möglichkeiten erforderlich), Behandlung (nutzlos bzw. gefährlich, wenn Suchtmittel weitergenommen werden) und Opiatentzug (ambulant nicht möglich).

8.2 Ambulante Behandlungs- und Beratungsstellen

Institution

Fachambulanz.

Aufgaben

Auffangstelle für Drogenprobleme, Informationsstelle, Diagnostik, qualifizierte Beratung Drogenabhängiger, -gefährdeter und ihrer Angehörigen, ambulante Behandlung (nur soft use), Nachbetreuung stationär Behandelter, Schulung und Betreuung von Multiplikatoren und Elterngruppen, Ausbildung von Mitarbeitern.

Ziele

Motivation, ggf. Weitervermittlung an stationäre Einrichtungen.

Personal

Interdisziplinäres Team unter hauptamtlicher qualifizierter Leitung, d. h.: Einer der hauptamtlichen Mitarbeiter muß eine abgeschlossene Ausbildung als Sozialarbeiter oder ein abgeschlossenes Hochschulstudium auf einem der Aufgabe adäquaten Fachgebiet (z. B. Medizin, Psychologie, Pädagogik) aufweisen, außerdem eine mindestens einjährige Tätigkeit in der Suchtkrankenhilfe. Die Stelle muß mindestens drei Mitarbeiter für Beratung und Behandlung aufweisen, von denen einer Sozialarbeiter und einer Arzt sein muß. Auf einen hauptamtlichen Mitarbeiter entfallen maximal 40 Klienten, bei Intensivbetreuung wesentlich weniger. Auf je drei Berater sollte mindestens eine Bürokraft für Schreibdienst und Verwaltung entfallen.

Einsatzort

Extramural, ortsgebunden, mit regionaler Zuständigkeit.

Zielgruppe

Drogenabhängige und -gefährdete.

Dauer der Hilfe

Ständiges Angebot.

Methoden

Psychodiagnostische Verfahren, Vermittlung von Laboruntersuchungen (Leber- und Geschlechtskrankheiten, Suchtmittelnachweise), beratende Gespräche, soziale Einzelfallhilfe, Soziotherapie, Arbeit mit dem sozialen Umfeld des Abhängigen, psychotherapeutische Verfahren, Somatotherapie.

Indikationen

Drogenabhängigkeit und -gefährdung.

Gegenindikationen

Die Fachambulanz ist nicht indiziert für Behandlungen, wenn der Drogenkonsum unter der Therapie andauert, und für Opiatentzug.

8.3 Einrichtungen zur Intensivbehandlung (Detoxikation)

Institutionen

Intensiv-Bettenabteilungen (Entgiftungsstationen), den bestehenden Intoxikationsabteilungen angegliedert (je nach örtlichen Verhältnissen Nervenkliniken, Anästhesie-, Innere und andere Abteilungen).

Aufgaben

Diagnostische Abklärung, Entgiftung.

Ziele

Motivation, Krankheitseinsicht, ggf. Verlegung in weiterbehandelnde stationäre Einrichtungen.

Personal

Internist und beratender Psychiater oder Psychiater und beratender Internist in Intensivabteilungen mit entsprechender personeller und apparativer Ausstattung. Mitarbeiter der Fachambulanz.

Einsatzort

Intramural, mit regionaler Zuständigkeit.

Zielgruppe

Drogennotfälle, psychisch Abhängige, diagnostisch unklare somatisch kranke Drogenkonsumenten.

Dauer der Hilfe

In der Regel ein bis zwei Wochen, höchstens vier Wochen.

Methoden

Klinisch-psychiatrische und internistische Diagnostik und Therapie, Einzelgespräche.

Indikationen

Intoxikationen, abnorme Reaktionen (z. B. flash back), symptomatische Psychosen, physische Abhängigkeit.

Gegenindikation

Die Intensivabteilung ist nicht indiziert für langfristige Behandlung („Entwöhnung").

8.4 Spezialeinrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung

Institutionen

Fachklinik (Heilstätte), drogenspezifisch oder suchtspezifisch, psychiatrischen Krankenhäusern angegliederte Spezialabteilungen, spezialisierte Jugendabteilungen innerhalb oder außerhalb von Landeskrankenhäusern. Keine ausgesprochene Klinikatmosphäre, nicht mehr als 15 bis 20 Betten, nach Möglichkeit offen zu führen.

Aufgaben

Abbau der psychischen Abhängigkeit, gestufte Einübung realer sozialer Bezüge unter beschützenden Bedingungen, um den Drogenabhängigen aus seiner Isolierung zu befreien („Gewächshaus").

Ziele

„Leben ohne Drogen", Krankheitseinsicht, Neuorientierung, „Persönlichkeitsaufbau".

Personal

Interdisziplinäres Team aus Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, Vertretern der Fachpflegeberufe, Beschäftigungs-, Bewegungs- und Arbeitstherapeuten. In Anbetracht der Charakteristik der Institutionen muß im Team mindestens ein Facharzt für Psychiatrie vertreten sein. Personalschlüssel: 1 : 1 bis 1 : 1,5.

Einsatzort:

Intramural.

Zielgruppe

Körperlich entzogene Drogenabhängige.

Dauer der Hilfe

Bis 9 Monate.

Methoden

Versuch der Formierung einer therapeutischen Gemeinschaft (Gruppendruck), Einzeltherapie, Gruppentherapie, Bewegungstherapie, physikalische Maßnahmen, kreative Therapie, Arbeitstherapie. Evtl. Übungsverfahren (autogenes Training, Meditation).

Indikationen

Drogenabhängigkeit nach Abklingen von Abstinenzerscheinungen. Indikationswandel zu beachten: z. B. vom „use" zu sozialen Implikationen, zu primären (Neurosen, Psychopathien, endogene Psychosen, Debilität) und sekundären (hirnorganische Zeichen, Depravation) psychischen Störungen.

Gegenindikationen

Nicht motivierte Drogenabhängige. Nach Möglichkeit sind auch Halluzinogen- und Opiatabhängige zu trennen. Endogene Psychosen, schwerste Neurosen, schwerste Psychopathien und schwerste sekundäre psychische Störungen.

8.5 Rehabilitationseinrichtungen

Institutionen

Spezialisierte Übergangseinrichtungen in Form von Wohngemeinschaften, Jugendwohnungen, Bauernhöfen, spezialisierten Internaten, geschützten Werkstätten, Wohnheimen, Patenschaften unter intensiver fachlicher Betreuung („Ersatzeltern").

Aufgaben

Kontakt-, Leistungs- und Belastungstraining mit gestufter Annäherung an normale Umweltbedingungen („Frühbeet").

Ziele

Nachreifung, freie Selbstverfügbarkeit („motivierte Abstinenz").

Personal

Spezialisiertes Team: Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Lehrer mit Sonderausbildung, Arbeitstherapeuten, Handwerksmeister. Für je fünf Bewohner ist eine Fachkraft zu veranschlagen.

Einsatzort

Extramural.

Zielgruppe

Ex-user ohne soziale Selbständigkeit.

Dauer der Hilfe

Bis drei Jahre.

Methoden

Gruppentherapie, Arbeitstherapie, Vermittlung, Förderung und Stützung von Schul- und Berufsausbildung.

Indikationen

Drogenabhängigkeit, wenn nach Entgiftung und Entwöhnung eine spezielle Rehabilitation erforderlich wird.

Gegenindikationen

Schwere primäre oder sekundäre psychische Störungen.

8.6 Einrichtungen zur langfristigen Behandlung in geschlossenen Abteilungen

Langfristige stationäre Unterbringung unkorrigierbar Rückfälliger unter beschützenden Verhältnissen im Stil *sozialtherapeutischer Anstalten.* Da diese Suchtkranken für sich selbst existenzunfähig sind, greifen sie zu Mitteln, die eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung mit sich bringen. Deshalb ist eine getrennte und geschlossene Unterbringung analog den festen Häusern von psychiatrischen Kliniken ebenso notwendig wie eine langfristige Behandlung, um die Kranken auch vor Selbstschädigungen zu bewahren. Isolierungsmöglichkeiten für infektiöse Erkrankungen (z. B. Hepatitis) sind vorzusehen. Eine Trennung dieser Patienten nach der Rechtsgrundlage der Unterbringung erscheint nicht notwendig. Gruppentherapeutische Verfahren, gegebenenfalls auch Einzelbehandlungen, sind anzuwenden. Einen Schwerpunkt sollte die Arbeitstherapie bilden. Erst nach Änderung der prognostischen Bedingungen kommt der Übergang auf eine andere Abteilung in Betracht.

8.7 Die Zuständigkeit von Therapeuten verschiedener Fachgebiete bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit

Zu dem seit langem bekannten, nach dem Zweiten Weltkrieg aber immer größere Ausmaße annehmenden Problem der Alkoholabhängigkeit trat bald ein wachsender Mißbrauch vorwiegend von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln sowie von Kombinationspräparaten, in geringerem Umfang auch von stimulierenden Substanzen hinzu. Seit dem Jahre 1967 war in der Bundesrepublik Deutschland eine schnelle Ausbreitung neuartiger Muster des Mißbrauchsverhaltens festzustellen. Diese Entwicklung nahm ihren Ausgang von den USA. Sie erreichte über England und die skandinavischen Länder schließlich auch unser Land. Derart plötzlich aufschießende, völlig neue Formen des Mißbrauchs durch ungewöhnliche Suchtmittel konnten bei uns zuvor nur einmal kurz nach dem Ende des Ersten Weltkrieges (Kokainwelle), damals jedoch in wesentlich geringerem Umfang und nur vorübergehend für wenige Jahre, beobachtet werden.

Das jetzige Drogenproblem der siebziger Jahre ist im wesentlichen durch drei Faktoren gekennzeichnet:

1. den Gebrauch von bisher in unseren Regionen nicht üblichen Suchtmitteln;
2. die Konzentration auf jüngere Altersstufen, nämflich vorwiegend auf Jugendliche und Heranwachsende;
3. die besondere Motivation, die grundsätzlich von der im Rahmen bisher üblicher Mißbrauchsmuster abweicht.

Noch niemals wurden in derartigen Ausmaßen psychotrope Substanzen systematisch in bestimmten Altersgruppen benutzt, um gegen vorgegebene Lebensformen zu protestieren oder diesen zu entfliehen. Der Rauschmittel- und Drogenmißbrauch jüngerer Menschen ist daher sicher primär vorwiegend ein soziologisches und psychologisches Problem.

Dennoch hat sich gezeigt, daß junge Menschen mit persönlichen Schwierigkeiten besonders stark von Mißbrauch betroffen sind. Jedoch wußte man bereits seit langem, daß abnorm strukturierte Persönlichkeiten besonders leicht *in eine Abhängigkeit* von psychotropen Substanzen geraten können. Die bisherige Entwicklung des neuen, alles bisher Dagewesene sprengenden Drogenmißbrauchs hat diese alte psychiatrische Erfahrung in größtem Ausmaß bestätigt. Die gesundheitlichen und sozialen Folgen einer schon in jungen Jahren erreichten Abhängigkeit sind stets besonders verhängnisvoll, geht doch das Fortschreiten zu Zuständen irreversibler Schädigung hier besonders rasch vonstatten. Schränkt bereits die außergewöhnliche Motivation dieser großen Gruppe von Drogenabhängigen mögliche therapeutischen Ansätze stark ein, so bedingt der frühe Beginn der Drogenabhängigkeit grundsätzlich eine besonders schlechte therapeutische Ansprechbarkeit. Daraus leitet sich die außergewöhnlich schlechte Prognose dieser Fälle ab. Die bei einem großen Teil der Betroffenen festzustellenden primären Persönlichkeitsstörungen sind derart schwerwiegend, daß sie auch nach erfolgtem Entzug des verantwortlichen Stoffes mit den heute verfügbaren Methoden und Einrichtungen kaum günstig zu beeinflussen sind. Persönlichkeitsdeviationen dieses Schweregrades stellen auch ohne Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit erhebliche Probleme dar. Hinzu kommt noch der Mangel an ausreichenden langjährigen Erfahrungen mit neuartigen, unkonventionellen Therapiekonzepten, dem aber im übrigen unsere mangelhaften Kenntnisse über die nach langjährigem (acht- bis zwölfjährigem) Mißbrauch zu erwartenden Suchtschäden entspricht.

Wenn somit auch das aktuelle Rauschmittel- und Drogenproblem bei einer kritischen Gesamtschau vorwiegend soziologisch und psychologisch zu interpretierende Wurzeln hat, so fallen dennoch bestimmte Erscheinungsformen allein oder vorwiegend in den Zuständigkeitsbereich des Fachgebietes Psychiatrie. Selbstverständlich wird sich der Facharzt hierbei tunlichst multidisziplinärer Methoden bedienen und auch Angehörige anderer Berufe nach der individuellen Indikaton hinzuziehen. Der Facharzt für Psychiatrie erscheint insbesondere zuständig für:

1. alle Stadien manifester Abhängigkeit und alle Zustandsbilder mit besonderer Abhängigkeitsgefährdung;

2. alle durch Drogenkonsum hervorgerufenen akuten und chronischen psychischen Störungen (im allgemeinen vermag nur der Psychiater mit psychiatrischen Methoden das Vorliegen einer Psychose auszuschließen);
3. alle Fälle, bei denen sich bereits primär der Drogenmißbrauch als Folge einer vorhandenen psychischen Störung herausstellt.

Bei allen anderen Fragen ist das Fachgebiet Psychiatrie nur sehr bedingt zuständig; die hier angesprochenen Problemkreise bilden im wesentlichen Anliegen der sozialen Politik, der Pädagogik, der Psychologie, bis zu einem gewissen Grade auch der Philosophie. Aus dieser Aufgabenteilung kann daher nie der völlig falsche Schluß gezogen werden, die Psychiatrie sei für den Gesamtbereich der Drogenproblematik nicht zuständig. Der Psychiater muß sich aus den dargelegten Gründen mit bestimmten, oben näher abgegrenzten medizinischen Bereichen alleinzuständig befassen. Von seiten der Psychiatrie ist vor allem dafür Sorge zu tragen, daß die nötigen therapeutischen Einrichtungen in ausreichendem Umfang bereitgestellt und wirksame, d. h. im allgemeinen erprobte Methoden angewandt werden. Die bisher verfügbaren psychiatrischen Einrichtungen sind selbst zur Versorgung akuter Krankheitsfälle auf dem Gebiet des Drogenmißbrauchs häufig nur bedingt geeignet. Von der Psychiatrie bereits entwickelte Behandlungsverfahren und Organisationsformen, die ein multidisziplinäres Team einbeziehen, konnten bisher wegen des Fehlens entsprechender finanzieller Mittel nicht in größerem Umfang eingesetzt und erprobt werden. Es steht jedoch sicher fest, daß die Behandlung Drogenabhängiger im Durchschnitt wesentlich aufwendiger sein wird als die therapeutischen Maßnahmen bei anderen psychiatrischen Krankengruppen.

9 Versorgung der Suchtkranken in einem regionalen Verbund

9.1 Das Prinzip der regionalen Suchtkrankenversorgung

Auf dem Gebiet der Behandlung der Abhängigkeit werden sektorisierte, gemeindenahe gelegene und in die allgemeine psychiatrische Versorgung integrierte Versorgungszentren mit einem umfassenden Angebot an Beratungs- und Behandlungsdiensten benötigt. Nicht zuletzt wird die Zahl der behandlungswilligen Abhängigen gesteuert vom sozialen Druck, vom Therapieangebot, der Selbsterkenntnis der Kranken und dem Image des abhängig gewordenen Kranken in der Gesellschaft. Wenn künftig durch die unbedingt notwendige verbesserte Aufklärung und Erziehung der Bevölkerung sowie durch eine angemessene und gründlichere Ausbildung der Studenten auf dem Gebiet der Sucht und des Mißbrauchs das derartigen Krankheiten noch anhaftende Stigma reduziert werden kann, dürfte durch das beschriebene integrierte Suchtkranken-Versorgungssystem die Früherfassung der Gefährdeten und Abhängigen möglich sein.

Ein funktionsfähiges, mit statistisch abgesicherten Dauererfolgen aufwartendes Versorgungssystem für Abhängige bildet die wirksamste Öffentlichkeitsarbeit auf dem Gebiet der Suchtkrankenbehandlung, die vorstellbar ist. Grundprinzip des regionalen Versorgungssystems ist der laufende Kontakt der beteiligten Stellen und Personen, die gleichmäßige Anwendung prinzipiell anerkannter Behandlungsverfahren und die gegenseitige Kontrolle aller Maßnahmen durch hierzu befähigte Spezialisten. Durch rein private Initiativen ist eine solche umfassende Organisation, wie sie sich in der Praxis bereits in anderen Ländern vielfach bewährt hat, nicht zu erreichen. Erst ein hohes Maß an Transparenz der Einrichtungen zur Suchtkrankenbehandlung, ihrer Therapiemethoden und Erfolge läßt eine besser wirksame Prävention erhoffen. Hierzu notwendig ist die weite Verbreitung der Kenntnisse über die Suchtkrankheiten, ihrer Symptome, ihrer Stadien und Behandlungschancen sowie die Akzeptierung der Sucht als Krankheit und das Wissen um den Rechtsanspruch auf Hilfe. Die beste Prävention bietet die Demonstration therapeutischer Erfolge. Hierzu ist ein optimales regionales Verbundsystem Voraussetzung.

9.2 Organisatorische Sicherung der Zusammenarbeit der therapeutischen Institutionen

Entscheidend für die Funktion und Effizienz des Versorgungssystems für Abhängige ist die zweckmäßige Gliederung und lückenlose Organisation der regionalen Versorgung, die sich auf die bereits vorhandenen medizinischen und sozialen Betreuungsstellen stützen kann. Hierzu zählen auch Laien, insbesondere ehemalige Suchtmittelabhängige (Anonyme Alkoholiker!).

Die multidisziplinäre Zusammensetzung des Mitarbeiterstabes einer derartig regional gegliederten Suchtkrankenversorgung schafft günstige Voraussetzungen für die notwendigen interdisziplinären wissenschaftlichen Untersuchungen als Grundlage einer verbesserten Prävention und Therapie.

Die größte Schwierigkeit in der Organisation des vorgeschlagenen, bereits in mehreren außerdeutschen Ländern bewährten Versorgungssystems bildet die unterschiedliche Trägerschaft der verschiedenen Einrichtungen und ihre Koordination, da erfahrungsgemäß zwischen den Trägern mit verschiedener methodischer, soziologischer oder auch konfessioneller Zielsetzung beträchtliche Spannungen auftreten, die sich auf die Versorgung der Abhängigen ungünstig auswirken können.

Die derzeitige und auch noch auf absehbare Zeit gegebene Situation der institutionellen therapeutischen Versorgung der Abhängigen erfordert, daß ein Großteil der notwendigen Behandlungsstätten um die großen psychiatrischen Krankenhäuser gruppiert wird. Sowohl aus medizinischen wie aus ökonomischen Gründen sollten die geschlossenen Stationen für Suchtkranke im Rahmen psychiatrischer

Krankenhäuser geführt werden. Hingegen sollte die offene, nur fakultativ in Teilbereichen geschlossene Suchtklinik oder Suchtabteilung am psychiatrischen Krankenhaus unter Bewahrung der vollen medizinischen und personellen Integration sich nach außen als selbständige Spezialeinrichtung darstellen, um den prinzipiellen Unterschied im therapeutischen Ansatz für die Öffentlichkeit erkennen zu lassen. Soweit wie möglich sollten sich die bestehenden Fachkliniken (ehemalige Heilstätten) an das beschriebene System anschließen. Die rechtliche Stellung der nicht einbezogenen privaten Fachkliniken bleibt hiervon unberührt. Während in der Regel die Bundesländer oder Landschaftsverbände Träger der geschlossenen Suchtkrankenabteilungen sind, kann die offene Suchtklinik oder Suchtabteilung wegen ihrer vielfältigen Aufgaben und der notwendigen Dynamik der Therapie von einem eigenen Trägerverband unterhalten werden, in dessen Kuratorium alle mit der Suchtkrankenbehandlung und Finanzierung betrauten Behörden, Organisationen und Personen vertreten sein müßten.

9.3 Bedarf

Trotz Gründung zahlreicher Einrichtungen ist das reale Therapieangebot auf stationärem und ambulantem Sektor nach wie vor völlig unzureichend. In jedem Standardversorgungsgebiet von 250 000 Einwohnern werden bei einer Bettenmeßziffer von 0,35 ‰ 87 Betten zur Behandlung notwendig (Akut- und Langzeitbereich zusammengenommen).

9.4 Die regionale Zusammenfassung der außerklinischen Suchtkrankendienste

Die auf Dauererfolge ausgerichtete Therapie bei Suchtkranken beruht schließlich auf dem einwandfreien Funktionieren gut ausgestatteter und angemessen organisierter extramuraler Einrichtungen. Die stationäre Behandlung dient ausschließlich der Vorbereitung und soll den Suchtkranken instandsetzen, sich der späteren langfristigen ambulanten Betreuung unterziehen zu können. Die Ausstattung der extramuralen Dienste hat daher besonderes Gewicht für die Gesamteffizienz der Versorgung von Suchtkranken. Vor allem sollte die regionale Gliederung im Idealfall jedem Suchtkranken im Bundesgebiet den regelmäßigen Kontakt mit einer solchen Stelle der Nachbetreuung ermöglichen.

9.5 Begründung der empfohlenen Organisationsform der stationären und außerklinischen Dienste für Suchtkranke

Ein bestimmter, zahlenmäßig noch nicht allzu großer Prozentsatz von Alkoholkranken, Arzneimittel- oder Rauschmittelabhängigen hat durch chronische Vergiftung Schäden derartigen Schweregrades erlitten, daß eine Restitution der Ausfallserscheinungen kaum oder nur nach besonders langer Zeit möglich erscheint. Diese Fälle weisen meist hochgradige Einbußen ihrer zerebralen Leistungsfähigkeit auf, so daß sie entweder als chronisch geisteskrank aufzufassen sind (Korsakowpsychosen und verwandte Zustandsbilder) oder in psychischer Hinsicht so schwer behindert sind, daß sie sich im Alltag nicht mehr zurechtfinden. Häufig spielen bei diesen Fällen vorzeitige Alterungsprozesse eine bedeutsame Rolle. Die Häufigkeit hirnatrophischer Prozesse durch Alkoholismus bereits in mittleren Lebensjahren ist durch zahlreiche Untersuchungen gesichert (13). Für diese Patienten müssen geschlossene Stationen für Langzeitbehandlung mit dem Schwerpunkt „Bewahrung" zur Verfügung stehen. Da wie erwähnt in einigen dieser Fälle noch nach sehr langer Zeit eine Restitution möglich ist, ist ein therapeutisches Minimalprogramm vorzusehen.

Die geschlossenen psychiatrischen Stationen — meist die psychiatrischen Landeskrankenhäuser — sind auch heute noch diejenigen intramuralen Dienste, die die größte Zahl der Alkoholkranken aufnehmen. Die offenen Fachkliniken für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland können maximal 3 000 bis 4 000 Patienten im Jahr behandeln. Alle übrigen, für die sich eine stationäre Aufnahme als notwendig erweist, müssen daher zwangsläufig in die psychiatrischen Landeskrankenhäuser kommen. Dieses Krankengut zeigt erfahrungsgemäß sehr unterschiedliche Charakteristika. Es umfaßt einerseits aufgrund der Organschäden oder der primär vorhandenen schweren Persönlichkeitsstörung völlig krankheitsuneinsichtige Patienten, andererseits aber auch eine große Gruppe von solchen, die nach Rückbildung psychotischer Komplikationen bzw. erzwungener Alkoholabstinenz die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft nach kürzerer oder längerer Zeit wieder erlangen können. In Anbetracht der erfahrungsgemäß zu geringen personellen Ausstattung der geschlossenen intramuralen Institutionen und der häufigen Mischung des Krankenguts mit verschiedenen Diagnosegruppen, ist die therapeutische Versorgung dieser Alkoholkranken als völlig unzureichend zu bezeichnen. Fest steht, daß eine reine, auch noch so lang dauernde Internierung keine oder nur sehr geringe therapeutische Erfolge zeitigen kann (19). Daher muß für einen Teil dieses Krankengutes eine entsprechende therapeutische Versorgung sichergestellt werden, die den modernen Erkenntnissen über die Führung einer Abteilung für Alkoholkranke entspricht und außerdem eine Flexibilität der zu treffenden Maßnahmen garantiert (Überstellung in eine offene Spezialanstalt, Fortsetzung der Therapie in spezialisierten Beratungsstellen, usw.).

Um die Flexibilität der Maßnahmen in jeder Hinsicht zu gewährleisten und die Verbindung zwischen den einzelnen extra- und intramuralen Diensten herzustellen, erscheint die Errichtung von offenen, spezialisierten Behandlungseinrichtungen nach der derzeitigen Erfahrung eine optimale Lösung. Solche Behandlungszentren haben sich in vielen Ländern bestens bewährt. Ihre Existenz gibt der Gesamteinstellung zur Therapie der Alkoholkrankheit einen merklichen Auftrieb. Die in anderen Ländern seit langer Zeit bestehenden offenen Einrichtungen arbeiten nach verschiedenen Methoden, doch sind sie alle von beträchtlicher therapeutischer Wirksamkeit,

besonders dann, wenn sie ein Glied und Zentrum in der Kette anderer Versorgungsmöglichkeiten sind. Als Beispiel sei hier die seit langer Zeit bestehende Spezialklinik in Amsterdam (17) genannt, die hauptsächlich soziotherapeutisch orientiert ist, während im System des Behandlungszentrums in Prag die straffe Führung des Krankengutes im Vordergrund der Zielsetzung steht (12, 17). Das sogenannte Apollinar in Prag verfügt über ein lückenloses System der Nachbetreuung und eine akute Aufnahmestation. Eine an ein Allgemeinspital angeschlossene Spezialklinik wurde schon 1952 in London (6, 18) eingerichtet. Erfolgreich arbeitende spezialisierte Institutionen in Norwegen (2, 10) und Schweden (Abteilung für Alkoholkranke am Karolinska-Institut in Stockholm) beweisen seit langem die Notwendigkeit solcher Einrichtungen. Über große Erfahrung mit einer spezialisierten Institution verfügt auch die Klinik für Alkoholforschung in Toronto (1, 17). Eine hauptsächlich nach psychiatrisch-therapeutischen Gesichtspunkten arbeitende Spezialklinik in Verbindung mit zahlreichen Außenstellen zur ambulanten Nachbehandlung wurde 1961 in Wien eingerichtet. Auch in den Vereinigten Staaten werden große, gut multidisziplinär geführte Behandlungszentren eingerichtet (5, 7). Alle diese Institutionen blicken auf eine erfolgreiche Tätigkeit zurück und werden den speziellen Anforderungen des Krankengutes mehr gerecht als allgemein psychiatrische Abteilungen. Wegen ihrer Spezialisierung und im Optimalfall vollständigen multidisziplinären Ausstattung sind sie auch als Verbindungs- und Koordinationszentren bestens geeignet. Sie sind allerding nur imstande, einen beschränkten geographischen Bereich zu versorgen, zu koordinieren und zu überblicken. In Ländern, in denen psychiatrische Einrichtungen alten Typs in der Bevölkerung mit einem negativen Image belegt sind, ist die Errichtung solcher Spezialabteilungen außerhalb des Bereiches bestehender psychiatrischer Institutionen anzuraten, doch müssen sie wegen der extremen Vielschichtigkeit des Alkoholismusproblems in medizinischer und soziologischer Hinsicht über eine ständige Verbindung zu zahlreichen anderen Fachinstitutionen verfügen.

Wie oben erwähnt, arbeiten die seit langer Zeit bestehenden und bewährten Spezialinstitutionen in den einzelnen Ländern zwar im Gesamtplan nach gleichen, im methodischen Detail aber nach verschiedenen Prinzipien. Auch die Auswahl der aufgenommenen Patienten ist verschieden. Daher sind Vergleiche der Effizienz schwierig anzustellen. Außerdem fehlt es an vergleichbaren Methoden der Effizienzkontrollen. Eine primär einheitliche methodische Ausstattung mit gleicher Methode der Effizienzkontrolle wäre daher anzustreben. Es soll aber dabei nicht unerwähnt bleiben, daß die personelle Ausstattung solcher Institutionen und damit erfahrungsgemäß die Effizienz trotzdem beträchtliche Unterschiede erkennen lassen wird.

Die Behandlung durch die intramuralen Dienste setzt den Alkoholkranken prinzipiell nur instand, einer späteren ambulanten Behandlung folgen zu können. Es besteht in der gesamten Alkoholismusliteratur Übereinstimmung darüber, daß die Einrichtung multidisziplinär besetzter Spezialambulanzen eine conditio sine qua non für die erfolgreiche Behandlung der Alkoholkrankheit darstellt. Diese ambulante Betreuung muß sich wegen der im Vordergrund stehenden Sozialproblematik hauptsächlich auf die Tätigkeit gutgeschulter Sozialarbeiter stützen. Ein Teil des Krankengutes kann erfahrungsgemäß auch ohne stationäre Aufnahme nur ambulant versorgt werden. Die Verschiedenartigkeit der von der Alkoholkrankheit betroffenen Persönlichkeitsstrukturen und sozialen Schichten sowie die Vielschichtigkeit des Alkoholismusproblems an sich bedingen es, daß für die einzelnen Patienten verschiedenartige Organisationsformen der Nachbetreuung den optimalen Behandlungserfolg garantieren. Während in einem Fall die Sozialarbeit erfolgreich sein wird, wird in einem anderen Fall die laufende medizinische Betreuung notwendig sein, während andere Patientengruppen durch Selbsthilfeorganisationen und konfessionelle Institutionen am besten versorgt werden könen. Daher sollten alle diese bestehenden Organisationen in das Gesamtsystem der Versorgung einbezogen werden, wieder unter dem Gesichtspunkt, daß die Flexibilität der Maßnahmen in jedem Fall gewährleistet sein muß. Aus dieser Überlegung heraus ist die Uniformität der extramuralen Versorgung gar nicht anzustreben. Ein gewisses Maß an Koordination dieser extramuralen Dienste soll die Gefahr der Anwendung gänzlich unterschiedlicher prinzipieller Methoden hintanhalten. Die Notwendigkeit eines so ausgedehnten Versorgungssystems ergibt sich vor allem aus dem geringen Interesse, das praktizierende Ärzte und andere psychiatrische und soziotherapeutische Behandlungsinstitutionen dem Alkoholismus im allgemeinen entgegenbringen. Auch können spezialisierte Einrichtungen, wie schon bei der Besprechung der offenen Spezialanstalten besprochen worden war, den Anforderungen des Krankengutes besser gerecht werden. Bei der personellen Ausstattung dieser Institutionen ist darauf zu achten, daß auf ihnen die Hauptlast der therapeutischen Tätigkeit bei Alkoholkranken liegt. Daß gerade bei diesem Krankengut in manchen Phasen die Notwendigkeit zur Unterbringung in einem Nachtspital bzw. in einem Übergangs- oder Wohnheim besteht, bedarf keiner besonderen Begründung, da es allgemein akzeptiert ist, daß solche Einrichtungen für eine moderne psychiatrische Versorgung der Bevölkerung absolut notwendig sind.

Ambulante Behandlungseinrichtungen für Alkoholkranke existieren in den meisten Ländern seit vielen Jahrzehnten und haben sich in lokalen Bereichen bestens bewährt (5, 7, 8, 16, 17, 18). In Anbetracht der raschen Entwicklung moderner Rehabilitationstechniken ist verständlicherweise für eine bessere materielle und personelle Ausstattung Sorge zu tragen. Besonderer Wert ist auf die regionale Gliederung zu legen, so daß im Idealfall jeder Alkoholkranke die Möglichkeit einer laufenden Nachbetreuung hat. Die Einrichtung solcher Fachambulanzen hat sich z. B. in Großbetrieben der USA bestens bewährt (15).

Die größte Schwierigkeit in der Organisation eines solchen Versorgungssystems bildet die Träger-

schaft der einzelnen Einrichtungen und ihre Koordination, da erfahrungsgemäß zwischen den Trägern mit verschiedener methodischer, soziologischer und konfessioneller Zielsetzung beträchtliche Spannungen auftreten, die sich auf die Versorgung des Krankengutes sehr ungünstig auswirken können. Es ist verständlich, daß diese — allerdings sehr wesentliche Erfahrungstatsache — aus der Literatur nicht belegt werden kann.

Literatur

1. Armstrong, J. D.: The Special Clinik for Alcoholism. Canad. med. Ass. J. 83: 1359—1361 (1960).
2. Banks, G. D.: The Treatment of Alcoholism in Norway. Brit. J. Addict. 59: 117—124 (1963).
3. Belden, E.: A Program for the Treatment of Alcoholics in a Mental Hospital. Quart. J. Stud. Alc. 23: 650—653 (1962).
4. Gerard, D. L. u. G. Saenger: Out-Patient Treatment of Alcoholism. Brookside Monograph No. 4, University of Toronto Press (1966).
5. Glasscote, R. M. et al.: The Treatment of Alcoholism. The Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health, Garamond/Pridemark Press, Baltimore (1967).
6. Glatt, M. M.: Gruppenbehandlung von Alkoholikern in („offenen") englischen Spitälern. Aus: Arbeitstagung über Alkoholismus, hsg. K. Kryspin-Exner: 158, Wien (1962).
7. Hayman, M.: Alcoholism, Mechanism and Management. American Lecture Series, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois (1966).
8. Hoff, E. C.: Newer Concepts of Alcoholism and Its Treatment. Quart. J. stud. Alcohol. Suppl. No. 1 (1961).
9. Kryspin-Exner, K.: Die offene Anstalt für Alkoholkranke in Wien-Kalksburg. Verlag Brüder Hollinek, Wien (1967).
10. Kryspin-Exner, K. u. T. Olteanu: Klinik und Therapie des Alkoholismus. Verlag der Wiener Medizinischen Akademie (1968).
11. Kryspin-Exner, K.: Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit. Verlag Brüder Hollinek, Wien (1969).
12. Kubicka, L.: A Joint Research Study of a Czech System for the Rehabilitation of Alcoholics. Transnational Family Research Institute, Washington, D. C., Progress Report No. 3 (1972).
13. Leuchs, K. H.: Der cerebrale Alkoholschaden. Aus: Arbeitstagung über Alkoholismus, hsg. K. Kryspin-Exner: 31, Wien (1962).
14. Lundquist, G.: Klinische und soziotherapeutische Methoden in der Behandlung des Alkoholismus. Aus: Arbeitstagung über Alkoholismus, hsg. K. Kryspin-Exner: 134, Wien (1962).
15. Mc Carthy, R. G.: Alcohol Education for Classroom and Community. McGraw-Hill Book Company, New York, San Francisko, Toronto, London (1964).
16. Mendelson, J. H.: Alcoholism. International Psychiatry Clinics. Boston, Little, Brown and Company Inc. (1966).
17. Popham, R. E.: Alcohol & Alcoholism. University of Toronto Press (1970).
18. Ritson, B. u. Ch. Hassall: The Management of Alcoholism. E. & S. Livingstone, Edinburgh and London (1970).
19. Wieser, S.: Alkoholismus III: Katamnesen und Prognosen. Fortschr. d. Neurol. u. Psychiatr. 34. Jhg., 11: 565—588 (1966).

Ausführungen des Expertenteams „Epilepsie"

Prävention, Rehabilitation, Lehre und Forschung

1 Prävention

Prävention umfaßt alle Maßnahmen, die geeignet sind, Epilepsie und ihre Folgen zu verhüten, setzt aber voraus, daß man weiß, wie Epilepsie entsteht und verläuft.

1.1 Präventive Vorsorge

Unser Wissen über die Genetik von Epilepsie und die epileptogenen Noxen ist Grundlage einer gezielten *primären Prävention* im Sinne einer „präventiven Vorsorge" mit dem Ziel, die Erstmanifestation von Epilepsie zu verhindern:

— Prophylaxe gegen epileptogene Noxen, vor allem in dafür gefährdeten Altersbereichen: prä-, peri- und postnatale Lebenszeit, 15. bis 35. Lebensjahr („Traumagipfel"), 45. bis 55. Lebensjahr („Tumor-Kreislaufgipfel").

— Prophylaxe bei erhöhtem Epilepsie-Risiko: Kontrolle und Nachkontrolle von entzündlichen und traumatischen Gehirnaffektionen sowie nach Gehirnoperationen. Eugenische Beratung bei genetisch mitbedingten Epilepsien und bei genetischen Hirnerkrankungen, die zu symptomatischen Epilepsien führen (genetische Prävention).

Präventive Vorsorge erfordert die Erforschung ihrer Bedingungen. Unser Wissen über epilepsieerzeugende Schädigungsmöglichkeiten ist noch lückenhaft. Es müssen vor allem durch prospektive Langzeitstudien, z. B. während der ersten Entwicklungsphase des Lebens (prä-, peri- und unmittelbar postnatal) epileptogene Noxen als solche erkannt werden. Die Diagnostik von epileptischen Dispositionen sollte durch systematische Vorsorgeuntersuchungen in merkmalsdichten Altersbereichen (Kindheit bis zum Abschluß der Pubertät) bei Risikoverdacht oder besser generell intensiviert werden.

Schließlich ist eine mehr praktische Anwendung unseres heute vorhandenen Wissens notwendig. Zum Beispiel kann die genetische Prävention erfolgreich in Ehe- und Familienberatungsstellen durchgeführt werden, wenn sich ein epileptologisch geschulter Arzt dazu bereitfindet. Es ließen sich ferner die Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen, die zu Gehirnverletzungen führen und relativ häufig eine traumatische Epilepsie zur Folge haben (in 5 bis 15 % bei gedecktem Hirntrauma, in 15 bis 45 % bei offenem Hirntrauma) verbessern, indem man in den dafür zuständigen Kontaktstellen (Verkehrsministerien, Berufsgenossenschaften, Versicherungen, Betriebsärzten, Automobilclubs, Verband der Automobilhersteller Deutschlands) immer wieder „über Epilepsie spricht", d. h. sachbezogen informiert.

1.2 Präventive Behandlung

Eine *zweite Form der Prävention* betrifft die „präventive Behandlung" mit dem Ziel der Rezidiv-Prophylaxe des epileptischen Anfalls. In erster Linie ist die medikamentöse Therapie gemeint, die trotz großer Fortschritte in vielen Punkten verbesserungsbedürftig ist. Das gleiche gilt von der Psychotherapie und der operativen Therapie bei Epilepsie, die zu selten und oft zu spät angewandt werden. Diesbezüglich sei auf die DFG-Denkschrift S. 66 ff. und 129 ff. verwiesen *).

Besonders wichtig erscheinen auch Bemühungen, den Anfallskranken für eine qualifizierte Betreuung besser zu motivieren. Dafür müssen wir bei Diabetes, Herzerkrankungen oder anderen körperlichen Behinderungen mehr allgemeine Aspekte der Epilepsie-Betreuung und ihrer Erfolge bekanntgemacht werden. Allein das Vorhandensein einer Epilepsie-Ambulanz mit ihrem positiven therapeutischen Klima erleichtert dem Patienten den Zugang zu einer Behandlung. Sie ist für ihn bald die zuständige Instanz mit sachverständiger Bezugsperson, in der man mehr als sonst irgendwo über Epilepsie spricht, so daß von selbst ein „Fachwissen" entsteht, das ihn freimacht von den krankheitsbezogenen Hemmungen.

1.3 Präventive Nachsorge

Eine *dritte Form der Prävention* ist die „präventive Nachsorge" mit dem Ziel, psychische, soziale und ökonomische Komplikationen zu verhindern. Es geht um die Verhütung von kindlichen Verhaltensstörungen und tiefgreifenden Neurosen bei Erwachsenen mit Epilepsie, die nicht selten zu erlebnisreaktiven Persönlichkeitswandlungen führen. Hieraus resultieren Konflikte in Familie, Schule, Betrieb und Freizeitbereich und als unausbleibliche soziale Folgen das Ausbleiben einer Berufskarriere oder der soziale Abstieg, häufig eine Diskriminierung, gesellschaftliche Ausgliederung und Isolation. Die wirtschaftliche Notlage stellt sich zwangsläufig ein: Es kommt nicht selten zur permanenten finanziellen Belastung unterhaltspflichtiger Angehöriger, oder die Patienten verarmen bzw. werden Sozialhilfeempfänger.

Aufklärung alleine genügt nicht! Erste Forderung für Epilepsie-Prävention in psychologisch-sozialem Bereich ist die nachgehende Fürsorge mit dem Ingangbringen präventiver Maßnahmen, d. h. *systematisch* und *individuell* Risikofaktoren reduzieren. Es müssen Beeinträchtigungen einer ungünstigen Basis-

*) Epilepsie — Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Harald Boldt Verlag KG, Boppard (1973).

sozialisation mit ihren irreparablen Folgen ausgeschlossen werden. Es muß verhindert werden, daß generelle Störfaktoren der schulischen Sozialisation (Diskriminierung, Ausklammerung) auf das Kind mit Epilepsie einwirken. Ein systematischer Ansatz präventiver Nachsorge besteht auch in der Information und Beratung von Berufsgruppen, die „durch ihr Verhalten Risiken produzieren und multiplizieren können" (z. B. Lehrpersonen).

Individuelle Maßnahmen müssen sich auf die spezielle Umwelt der Patienten mit Epilepsie ausrichten, z. B. durch Einzelberatung oder Beratung kleinerer Gruppen (Familienangehörige, Arbeitskollegen, kompetente Bezugspersonen wie Lehrherr, Vorgesetzter, Arbeitgeber, Lehrer, Berufsberater u. a. m.). Maßnahmen der Psychohygiene, z. B. am Arbeitsplatz, sollten bei Patienten mit Epilepsie unbedingt verwirklicht werden. Dazu gehören die speziellen Arbeitsbedingungen, Bezahlung, Ausräumung von Konflikten u. a. m.

Nicht zuletzt muß der Hausarzt des Patienten über Prävention und spezielle Institutionen für Epilepsie laufend praxisbezogen und methodisch in einer zeitgemäßen Form (Kurse, Seminare mit der Darstellung des Stoffes in einem abgewogenen Verhältnis von Systematik, Einzelfalldarstellung und audiovisuellen Methoden) informiert werden.

2 Rehabilitation

2.1 Aufgaben

Rehabilitation als Maßnahme zur Wiedereingliederung in den Beruf und andere soziale Bereiche ist bei epileptisch Kranken zu eng gefaßt. Da etwa die Hälfte aller Erkrankungen im Kindesalter und Jugendalter beginnt, gehört schon die erste Eingliederung in Familie, Kindergarten, in Schule und Lehre, also jede Art von Habilitation bei Anfallskranken, zum Thema der Rehabilitation.

Habilitation oder Rehabilitation Behinderter vollzieht sich in der Koordination von Maßnahmen verschiedener Fachaspekte. Der Anteil der einzelnen Maßnahmen hängt von der Behinderung des jeweiligen Patienten ab.

Die Beurteilung der Notwendigkeit einzelner Maßnahmen setzt ein frühzeitiges Zusammentreffen und Zusammenarbeiten der Vertreter verschiedener Fachdisziplinen voraus.

Dabei bedarf es der Entwicklung differenzierter Indikationen für die Rehabilitation bei verschiedenen Epilepsieformen mit Epileptologen, Psychologen, Soziologen und Sozialarbeitern sowie mit Institutionen der Arbeitswelt und Berufsförderungswerken.

2.2 Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation ist weitgehend abhängig von der sozialen Integration und umgekehrt. Nur wenige Bedingungen und Folgen solcher Rehabilitations-Prozesse für den Kranken wie für die Gesellschaft sind schon untersucht. Es fehlen Untersuchungen über die Relation von Krankheit und Berufseignung, Lern- und Arbeitsmotivation, die Effektivität von Eingliederungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen auf lange Sicht im Vergleich zu anderen Behinderungen sowie über den Widerstand gegen Therapie und Rehabilitation bei Patienten wie bei Institutionen.

Für die Wahl des geeigneten Berufes ist die Beantwortung dieser Fragen von entscheidender Bedeutung. Die Abstimmung zwischen Berufseignung, Begabungsschwerpunkten und Sozialität ist das Kernproblem der Rehabilitation Anfallskranker. Da es darüber noch keine verläßlichen Maßstäbe gibt, sind Untersuchungen erforderlich, die unter definierten Parametern die Krankheitsform, das Psychosyndrom, die Berufseignung und das Sozialverhalten über längere Zeit verfolgen.

2.3 Soziale Integration

Aber auch im Blick auf die soziale Integration von Anfallskranken fehlt es weithin an wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen. So verändern die Reaktionen der Umwelt das Verhalten der Kranken und dieses wiederum das Verhalten der Umwelt. Diese Wechselbeziehungen sind aber bisher nie systematisch und methodisch exakt untersucht worden. Solche Untersuchungen sollten der Herstellung einer therapeutisch günstigen Umwelt und der Ermöglichung von Gruppentherapie und Individualpsychotherapie dienen. Aus dem Vorurteil gegenüber Epilepsie resultiert für die Kranken eine Benachteiligung ihrer gesellschaftlichen und beruflich-ökonomischen Stellung, mit deren scheinbar rationalen Begründungen sich die Kranken oft identifizieren. Epileptisch Kranke geraten daher in den oft unterprivilegierten Status von Minoritäten. Voraussetzung für eine Bekämpfung von Vorurteilen gegenüber Behinderten überhaupt ist eine Überprüfung des derzeit gültigen Normenkodex, der durch das Vorherrschen des Leistungs- und Konkurrenzprinzips nicht nur epileptisch Behinderte von der Teilnahme an den gesamtgesellschaftlich akzeptierten Werten ausschließt.

Wie sinnvoll die Intensivierung aller Maßnahmen ist, die das Ziel einer Habilitierung oder Rehabilitierung von Epilepsiekranken haben, mag beispielsweise daran deutlich werden, daß

- kompetent behandelte Anfallskranke an geeigneten Arbeitsplätzen weniger Unfälle erleiden als Gesunde,
- unter den Patienten einer Epilepsieambulanz das Invalidisierungsalter überdurchschnittlich — nämlich um 12 Jahre — angestiegen ist, während der Anstieg für sämtliche Invalidisierungsarten im gleichen Zeitraum nur drei bis fünf Jahre betrug.

Die mit einem anfallskranken *Kind* gegebenen Familienprobleme bedürfen intensiver psychagogischer und gruppentherapeutischer, bei eingetretenen Schäden auch heilpädagogischer Behandlung, die auch die Familie mit einbeziehen muß.

Bildungsmöglichkeiten für anfallskranke Kinder gibt es in den Sonderkindergärten der „Lebenshilfe", in Sonderschulen für lernbehinderte und bildungsschwache Kinder, Vorschulklassen und Schulkindergärten. Bei weitgehender Anfallskontrolle und altersentsprechender körperlich-geistiger Reife steht dem Besuch eines normalen Kindergartens und von Normal-Schulen nichts im Wege.

Eine sorgfältige Berufsberatung noch während der Schulzeit ist bei jugendlichen Anfallskranken besonders wichtig, um Rückschläge durch Entlassung aus der Lehre oder Abbruch eines ungeeigneten Berufsweges zu verhindern. Das Jugendarbeitsschutzgesetz enthält Richtlinien für eine geeignete Berufswahl.

Es besteht ein dringender Bedarf an Nachsorge, nachgehender Fürsorge oder Außenfürsorge sowohl für anfallskranke Kinder und Jugendliche als auch für *Erwachsene.*

Trotz des Angebots an Sonderschulen, Werkstätten für Behinderte, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken besteht ein Mangel an solchen bildungs- und berufsfördernden Institutionen, an denen neurologische und psychiatrische Behandlung mit der Rehabilitation Hand in Hand geht und speziell an Einrichtungen, die den besonderen Erfordernissen bei der Rehabilitation von Epilepsie-Kranken entsprechen.

Allerdings führen weniger die Anfälle selbst oder eine Intelligenzminderung als vielmehr eine Fehleinschätzung von Wesensänderungen und Verhaltensabweichungen zur Abweichung oder zum Ausschluß von Anfallskranken aus Rehabilitationseinrichtungen, die allen anderen, besonders körperlichen Behinderungsarten, offenstehen. Die Tauglichkeit zur Rehabilitation von Anfallskranken ist weit weniger von der Art und Schwere ihrer Anfälle abhängig als von ihrer Wesensart. Deswegen kann etwa ein Drittel aller Epilepsie-Patienten nicht auf normalem Wege und auch nicht ohne eine längere intensive Vorbereitung über die angebotenen Rehabilitationseinrichtungen in eine Ausbildung oder Weiterbildung geführt werden. Aus diesen Gründen sind Einrichtungen in allen Teilbereichen der Rehabilitation erforderlich.

2.4 Niedergelassene Ärzte

Grundsätzlich sollten die niedergelassenen Ärzte auch für die sozialmedizinischen Probleme ihrer Patienten zuständig sein. Daher soll die Betreuung von Patienten mit unkompliziertem Krankheitsverlauf auch weiterhin in enger Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und niedergelassenem Facharzt erfolgen.

Sinnvoll wäre es, wenn niedergelassene Ärzte sich mit Sozialarbeitern und/oder auch einigen Gemeinschaftspraxen auf die Betreuung von Epilepsie-Patienten konzentrierten, weil solche Teams, besonders wenn sie mit den lokalen heilpädagogischen und sozialtherapeutischen Institutionen kooperieren, sozialmedizinisch besonders effektiv werden.

2.5 Spezial-Einrichtungen

15 % aller Epilepsie-Patienten (ca. 50 000) bedürfen spezieller rehabilitativer Maßnahmen. Die gegenwärtige Ausstattung von speziellen Epilepsie-Institutionen entspricht in keiner Weise den Bedürfnissen, weder im Hinblick auf die Zahl der Plätze, noch auf die Art der Einrichtungen, noch auf die Qualität der fachlichen Betreuung. Nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern erst recht Rehabilitation erfordern eine multidisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Sozialarbeitern, Psychologen, Pädagogen, Arbeitstherapeuten und Pflegepersonal. Die gegenwärtige Situation wird auch den Forderungen nach einer weitgehenden Regionalisierung der Betreuung und wirksamen Nachsorge nicht gerecht. Daher ist der Ausbau und die Einrichtung von Epilepsie-Ambulanzen, Epilepsie-Abteilungen und Epilepsie-Zentren dringend erforderlich.

2.5.1 Epilepsie-Ambulanzen

Bereits in den *Epilepsie-Ambulanzen* (s. B.3.9.4.2) muß ein breites Angebot zur Rehabilitation von Patienten mit Epilepsie vorhanden sein. Die Angebote beziehen sich sowohl auf den sozialen Bereich — Bezugspersonen, Familie, Gesellschaft— als auch auf die Ausbildung, Umschulung und Berufsausübung. Die Ambulanzen haben außerdem beratende und begleitende Vermittlerfunktion für Patienten an anderen Institutionen.

Epilepsie-Ambulanzen tragen nachweislich dazu bei,

— Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen;

— den informellen Wissensstand der Ärzte in Krankenhaus, Klinik und Anstalt anzuheben;

— das Ansehen von psychiatrischen Krankenhäusern und von Anstalten zu verbessern;

— die vorzeitige Invalidisierung bei Epilepsie-Kranken um durchschnittlich zehn Jahre hinauszuschieben.

Epilepsie-Ambulanzen dienen

— zur prästationären Krisen-Intervention;

— zur prästationären Abklärung und Behandlung von Anfallskrankheiten und

— zur poststationären Verhütung von Rückfällen.

Die rehabilitativen Bemühungen solcher Ambulanzen gelten auch den integrationsgefährdeten (z. B. nach der Schulentlassung) oder bereits im Arbeitsbereich nicht voll integrierten (z. B. häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes durch Kündigung des Arbeitgebers) Patienten.

Soziale Diagnose, realisierungsorientierte Beratung, Überweisung an andere für den Integrationsprozeß geeignete Institutionen, Beratung am Arbeitsplatz, Berufserprobung in dafür geeigneten Betrieben bis zu Maßnahmen der Berufsfindung in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt gehören zu den Aufgaben einer Ambulanz. Hinzu kommen Kontakte und Beratung von Angehörigen, von Mitschülern

und Lehrern, von Kollegen und Vorgesetzten der Patienten am Arbeitsplatz, Beratung anderer Institutionen, Erfahrungsaustausch mit und Weiterbildungsangebote für niedergelassene Ärzte und schließlich Öffentlichkeitsarbeit.

So sollte man in den Ambulanzen in bezug auf die Rehabilitation unterscheiden zwischen:

a) Eigenem Angebot:
   - — Beratung der Patienten über ihre Lebensweise,
   - — Beratung am Arbeitsplatz,
   - — Beratung und Schulung von Bezugspersonen,
   - — Beratung und Schulung externer Therapeuten über Epilepsie.

b) Mitarbeit in oder Initiierung von externen Therapieangeboten wie: Beschäftigungs-, Arbeits-, Verhaltenstherapie.

c) Überweisung an externe Therapeuten oder andere Institutionen.

Die Verwirklichung der Aufgaben erfordert eine Zusammenarbeit mit:

- — Gesundheitsamt,
- — Arbeitsamt/Berufsberatung,
- — Sozialamt,
- — Schulamt/Schulen,
- — Lebenshilfe,
- — Werkstatt für Behinderte,
- — Familienberatung,
- — Erziehungsberatungsstellen,
- — Sozialstationen,
- — Tag-/Nachtkliniken,
- — Übergangsheimen,
- — Wohnheimen,
- — Fachabteilungen an Krankenhäusern:
  - — Psychiatrie,
  - — Neurologie,
  - — Kinder- und Jugendpsychiatrie,
  - — Pädiatrie,
  - — Epilepsie-Abteilungen,
- — Epilepsie-Zentrum,
- — Arbeitsstellen,
- — Betriebsärzten,
- — Vertrauenspersonen der Schwerbehinderten in den Betrieben,
- — Beauftragten der Arbeitgeber für die Schwerbehinderten.

Bei den Institutionen der ersten Rubrik handelt es sich vorwiegend um Zusammenarbeit und Beratung; bei den Institutionen der zweiten Rubrik zusätzlich um Überweisungs- und teilweise auch um konsiliarische Aufgaben.

2.5.2 Epilepsie-Abteilungen

Es ist damit zu rechnen, daß auch nach dem Ausbau eines Netzes von Epilepsie-Ambulanzen etwa 20 % der ambulant betreuten Patienten vorübergehend in Epilepsie-Abteilungen (s. B.3.9.4.2) bzw. Epilepsie-Zentren aufgenommen werden müssen.

Die meisten Patienten werden in die Abteilungen stationär aufgenommen, weil sie medizinische und/oder soziale Probleme haben, die ambulant nicht gelöst werden können.

Es werden Patienten auch direkt zum Zentrum überwiesen, wenn neben der medizinischen Behandlung Maßnahmen der beruflichen Fortbildung, der Weiterbildung oder Qualifizierung durch Anpassung an bestimmte Arbeitsplatzsituationen erforderlich werden.

In den Epilepsie-Abteilungen müssen — integriert in die Einrichtungen des angeschlossenen Bereiches (psychiatrische-, neurologische-, pädiatrische Kliniken, Krankenhäuser oder Fachabteilungen von Krankenhäusern oder in kinder- und jugendpsychiatrischen Zentren) — Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Soziotherapie und für Kinder Klinikschulen vorhanden sein.

Die Einbindung von *Epilepsie-Abteilungen für Kinder* in eine pädiatrische Klinik oder in ein kinder- und jugendpsychiatrisches Zentrum erlaubt die Integration dieser Kinder in die allgemeine Klinikschule.

Eine *Epilepsie-Abteilung für Erwachsene* in Verbindung mit einer psychiatrischen Institution an Schwerpunktkrankenhäusern ermöglicht die Mitbenutzung der für die Rehabilitation vorgesehenen Einrichtungen.

Es ist wünschenswert, daß die stationär erfolgende medikamentöse Einstellung quasi unter Realsituationen stattfindet. Da eine Arbeitserprobung am eigenen Arbeitsplatz aber wegen der in der Regel zu weiten Entfernungen (Einzugsbereich der Epilepsie-Abteilungen bezogen auf 7,5 Millionen Einwohner) oft nicht möglich sein wird, sollte die Simulation der Arbeitssituation und -belastung durch die in der Abteilung dafür einzurichtende funktionale Beschäftigungstherapie erfolgen.

Die Soziotherapie für diese Patienten der Epilepsie-Abteilung besteht im wesentlichen aus:

- — Hilfen zur Selbsteinschätzung und Selbstannahme der Patienten (Gesprächstherapie nach Rogers und anderen);
- — Dem Erlernen und Verfügbarmachen von Verhaltensweisen, die dem Patienten dazu verhelfen, sich in seiner Umwelt zu behaupten (z. B. durch Verhaltensmodifikation, Verhaltenstherapie);
- — der Aufarbeitung vorgegebener Probleme durch themenzentrierte Gruppenarbeit (z. B. auch Angehörigengruppen);

— einem differenzierten Wohnangebot:
  — in Übergangseinrichtungen,
  — im Wohnheim,
  — in der Wohngruppe.

Nach Beendigung der stationären Behandlung werden die meisten Patienten, versehen mit einem Therapieplan, von der zuständigen Ambulanz in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt weiterbetreut.

Manche werden einer nachgehenden konsiliarischen Betreuung in einer Übergangseinrichtung (Nachtklinik, Wohnheim, Wohngruppe) bedürfen.

Auch diejenigen, die für lange Zeit in „heimatersetzenden Häusern", „beschützenden Pensionen" oder „beschützenden Siedlungen" aufgenommen werden müssen, sollten über die zuständigen Ambulanzen konsiliarisch weiterbetreut werden.

Für Probleme der Arbeitsfindung und Arbeitserprobung oder der kindlichen Entwicklung, die nicht durch Ambulanz oder Abteilung gelöst werden können, sind Epilepsie-Zentren zuständig.

2.5.3 Epilepsie-Zentren

Epilepsie-Zentren (s. B. 3.9.4.2) sind Rehabilitations-Schwerpunkte für Menschen mit Epilepsie. Doch sollten dort, um eine Segregation weitgehend zu vermeiden, nicht nur Anfallskranke, sondern auch Rehabilitanden mit verwandten Behinderungsarten wie z. B. Hirnverletzte aufgenommen werden. Ein umfassendes Sozialtraining soll die Eingliederung oder Wiedereingliederung in die Gesellschaft erleichtern. Die berufsbezogenen Angebote gehen vom Belastungstraining und der Arbeitstherapie über Berufsfindung und Arbeitserprobung, Anlernung, Fort- und Weiterbildung bis zur Anpassung an bestimmte Arbeitsplatzsituationen. Sie dienen nicht der beruflichen Ausbildung. Dafür sind Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke zuständig.

2.5.3.1 Zentren für Erwachsene

Epilepsie-Zentren für Erwachsene (siehe auch Denkschrift „Epilepsie", Anhang S. 108 bis 118) sollen als „Rehabilitationszentren für spezielle Krankheits- und Behinderungsarten" die Lücke zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation schließen, indem zugleich mit der medizinischen Behandlung die berufliche Rehabilitation eingeleitet wird. Die Behinderten sollen dabei soweit gefördert werden, daß sie entweder nahtlos ins Erwerbsleben zurückkehren oder außerhalb eine Ausbildung oder eine Umschulung beginnen können. Angepaßt an die Art und den Grad der jeweiligen Leistungsminderung sollen dabei insbesondere ein Sozial- und Arbeitstraining durchgeführt, Begabungsreserven mobilisiert und künftige berufliche Tätigkeiten erprobt werden.

Darüber hinaus ist durch Maßnahmen der beruflichen Fortbildung, der Weiterbildung oder Qualifizierung eine Anpassung an bestimmte Arbeitsplatz-Situationen zu ermöglichen. Wo sich dann eine Ausbildung bzw. eine Umschulung als möglich und notwendig erweist, soll die Reife für ein auf die Bedürfnisse spezieller Epilepsie-Betreuung eingestelltes Berufsförderungswerk erlangt werden.

Ausgangspunkt der Konzeption von überregionalen Rehabilitationszentren ist die Erkenntnis, daß eine beträchtliche Zahl von erwachsenen Anfallskranken durch medizinische Leistungen allein das Ziel der beruflichen und sozialen Eingliederung nicht oder nicht dauerhaft erreichen kann. Es handelt sich dabei um einen Personenkreis, der wegen besonderer psychischer und sozialer Begleitumstände des Krankheitsgeschehens neben der medizinischen Betreuung umfangreicher sozialer und beruflicher Maßnahmen, d. h. umfassender Rehabilitationsleistungen bedarf. Gleichzeitig versieht das Rehabilitationszentrum die Aufgaben einer überregionalen Epilepsie-Abteilung und einer regionalen Epilepsie-Ambulanz.

Im einzelnen wird das Rehabilitationszentrum folgende Leistungen zu erbringen haben:

1. Medizinischer Bereich

   Stationäre und ambulante Betreuung von Anfallskranken mit allen notwendigen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen einschließlich Physiotherapie und Physikotherapie.

2. Sozialer und psychologischer Dienst

   Leistungen der Rehabilitations-, Arbeits- und Sozialberatung einschließlich Nachsorge, der Psychotherapie und Soziotherapie sowie der psychologischen Eignungsuntersuchung.

3. Beruflicher Bereich mit Internat

   Berufstherapie mit Bildungstraining, praktischen und theoretischen beruflichen Bildungselementen, Berufs- und Arbeitsplatzerprobung und Berufs- und Arbeitsplatzinformation sowie berufliche Fortbildung und Qualifizierung einschließlich Anpassung an neue Arbeitstechniken und Vorbereitung für eine volle Berufsausbildung in einem Berufsförderungswerk, gegliedert nach folgenden Bereichen:

   a) Maschinenbautechnischer, feinwerktechnischer und allgemeingewerblicher Berufsbereich,

   b) Elektronischer Berufsbereich,

   c) Berufsbereich Zeichnen und Konstruktion,

   d Bürotechnisch-kaufmännischer Berufsbereich einschließlich Datenverarbeitung,

   e) Berufsbereich Gesundheitswesen, soziale Arbeit und Haushalt.

   Für die Patienten, die für eine Ausbildung in einem Lehr- und Anlernberuf bzw. zu einer Umschulung in einen den obigen Berufsfeldern entsprechenden Beruf nicht geeignet sind, sind Kurse zur Verbesserung der Vermittlungsfähigkeit für Behinderte einzurichten.

4. Bereiche: Wirtschaft, Versorgung und Verwaltung.

2.5.3.2 Zentren für Kinder

Epilepsie-Zentren für Kinder (siehe auch Denkschrift „Epilepsie", Anhang A 4, S. 118 bis 127) müssen

pädagogisch-psychologische Sondereinrichtungen enthalten. Zugleich mit epileptologisch qualifizierten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen muß in Sonder-Kindergärten und in familienähnlichen Internatsgruppen die soziale Integration, die vorschulische Entwicklung und in Sonderschulen und Sonderberufsschulen eine spätere Integration in eine allgemeine Schule oder eine normale Berufsausbildung vorbereitet werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollte die Reife für ein auf die Bedürfnisse von Anfallskranken eingestelltes Berufsbildungswerk erreicht werden.

Ausgangspunkt der Konzeption dieses überregionalen Rehabilitationszentrums ist die Erkenntnis, daß eine beträchtliche Zahl von Kindern mit Anfallsleiden durch ambulante oder stationäre medizinische Leistungen allein vorschulische und schulische Bildung nicht oder nur unzureichend realisieren kann. Es handelt sich dabei um Kinder, die wegen besonderer psychischer und pädagogischer Begleitumstände des Krankheitsgeschehens und infolge von Komplikationen pränatal oder frühkindlich erworbener Hirnstörungen neben der medizinischen Versorgung sprachtherapeutisch, physiotherapeutisch, psychologisch, heilpädagogisch und schulisch betreut werden müssen. Gleichzeitig versieht das Rehabilitationszentrum die Aufgaben einer überregionalen Epilepsie-Abteilung und einer regionalen Epilepsie-Ambulanz für Kinder.

Nicht wenige Kinder mit Epilepsie haben mehrere Behinderungen, die qualifizierter Diagnostik und Behandlung sowie heilpädagogischer Betreuung bedürfen. Die zusätzlichen Störungen können auf körperlichem Gebiet liegen und sich in zerebralen Bewegungsstörungen oder Lähmungen äußern. Andere Kinder haben intellektuelle oder Verhaltensstörungen und benötigen daher sonderpädagogische und heilerzieherische Betreuung. Wieder andere leiden zusätzlich an Beeinträchtigung des Hör- und Sehvermögens oder des Sprachausdrucks und müssen entsprechend audiologisch, orthoptisch-ophthalmologisch oder logopädisch behandelt werden. Im folgenden werden die verschiedenen Bereiche des Epilepsie-Zentrums für Kinder in ihren Funktionen stichwortartig dargestellt.

1. Medizinischer Bereich

   Stationäre und ambulante Betreuung von anfallskranken Kindern mit allen notwendigen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen einschließlich Physiotherapie und Physikotherapie. Bei einer Stationsgröße von 8 bis 12 Betten müssen auf klinischen Abteilungen ausreichende Isolierungsmöglichkeiten wegen infektiöser Kinderkrankheiten gewährleistet sein.

2. Heilpädagogisch psychologischer und sprachtherapeutischer Dienst.

   Leistungen der Heilpädagogik einschließlich Nachsorge, Psychotherapie und Soziotherapie, Sprachtherapie sowie der schulpsychologischen Betreuung mit den notwendigen Räumen eines heilpädagogischen Kindergartens. Gemeinsam mit dem medizinischen Bereich Diagnostik und Therapie von Perzeptionsstörungen im Rahmen der allgemeinen Entwicklungsdiagnostik.

   Für die heilpädagogische Betreuung ist von etwa 12 Gruppen bis zu zehn Kindern auszugehen. Jede Gruppe sollte von einem ausgebildeten Heilpädagogen geleitet werden, dem zwei Mitarbeiter (Kinderkrankenschwester, Erzieherin) zur Seite stehen.

3. Schulischer bzw. vorschulischer Bereich mit Internat mit den notwendigen Räumen für die vorschulische Förderung und für eine Grund- und Hauptschule als Sonderschule für geistig behinderte bzw. für lernbehinderte Kinder. Hierbei ist von neun Klassen zu maximal sechs Kindern auszugehen. Möglichkeiten der Einzelförderung und zur Bildung von Klassen für zusätzlich an Legasthenie leidende Kinder müssen vorhanden sein.

4. Wohnbereich für Gäste
   Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige, die aktiv am Rehabilitationsprozeß ihrer Kinder beteiligt werden müssen.

5. Bereiche: Wirtschaft, Versorgung und Verwaltung.

Epilepsie-Zentren sollten möglichst in Verbindung mit oder in der Nähe von Universitäten eingerichtet werden, um den nahtlosen Zusammenhang von Diagnostik, Therapie und Rehabilitation in die Ausbildung von ärztlichen und nichtärztlichen medizinischen Berufen einbringen zu können. Medizinische, pädagogische und berufliche Rehabilitation zum Gegenstand von Lehre und Forschung zu machen, läßt sich besonders am Beispiel der Epilepsie konkretisieren, weil diese ein Modell sowohl für eine Mehrfachbehinderung (physisch und psychisch) wie für die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit darstellt.

2.5.4 Berufsbildungswerk

Jugendliche Patienten mit Epilepsie, die so behindert sind, daß sie keine normale Berufsausbildung durchlaufen können, sollen in *Berufsbildungswerken* zur beruflichen Erstausbildung aufgenommen werden. Neben der beruflichen Ausbildung erfahren sie hier eine besondere ärztliche, psychologische und soziales Verhalten fördernde Betreuung. Zur Vermeidung ungünstiger psycho-sozialer Folgen einer Segregation ist eine gemeinsame Ausbildung von Jugendlichen mit Epilepsie und solchen mit anderen Behinderungen geboten. Um jedoch zugleich die notwendige spezialistisch-epileptologische Betreuung zu gewährleisten, sollten einige Berufsbildungswerke bevorzugt epileptische Jugendliche aufnehmen und für deren besondere Bedürfnisse eingerichtet sein.

2.5.5 Berufsförderungswerk

Berufsförderungswerke für erwachsene Behinderte sollen neben der praktischen und theoretischen Ausbildung in zukunftsgerichteten Berufen eine ausbildungsbegleitende Heilbehandlung anbieten und über Fachkräfte für eine soziale, psychologische und sportliche Betreuung verfügen. Auch hier kön-

nen Anfallskranke aufgenommen werden, wenn sie weitgehend anfallsfrei und ohne behindernde psychische Störungen sind. Sie kommen dann wie andere Behinderte nach Eignung und Neigung für eine Berufsausbildung im Rahmen der angebotenen Ausbildungsprogramme in Frage.

Das Potential der *Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke* zur beruflichen Rehabilitation von Kranken mit Epilepsie könnte weit besser genutzt werden, wenn Zuweisung und Aufnahmen durch

— eine Aufklärung über die Möglichkeiten zur Rehabilitation unter der Ärzteschaft gefördert und

— eine Kooperation zwischen Epilepsie-Ambulanzen und Berufsbildungs-/Berufsförderungswerken auf regionaler Ebene angestrebt und

— zumindest an den größeren Berufsbildungs-/Berufsförderungswerken eine die Ausbildung kontinuierlich begleitende nervenärztliche Heilbehandlung hauptamtlich gewährleistet wären.

3 Lehre in Epileptologie

Kenntnisse in Epileptologie müssen nicht nur Medizinstudenten und Ärzten in der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung vermittelt werden, sondern auch im sozial-medizinischen Unterricht anderer Berufsgruppen. Bei allen Berufen, die mit Epilepsie-Kranken zu tun haben, sollen Kurse über Epilepsie in die Grundausbildung aufgenommen werden. Epilepsie-Probleme müssen auch in den Weiterbildungskursen zu allen pädagogischen und sozialen Berufen regelmäßig behandelt werden.

3.1 Zielgruppen und Bildungsstufen

3.1.1

Während der *Ausbildung* von Ärzten, Psychologen, Pädagogen, Soziologen, medizinisch-technischen Assistenten, Sozialarbeitern, Pflegepersonen, Beschäftigungstherapeuten, Arbeitstherapeuten, psychologisch-technischen Assistenten soll Epileptologie (als Lehre von Entstehungsbedingungen, Erscheinungs- und Verlaufsformen epileptischer Anfälle und Krankheiten) angemessen berücksichtigt werden.

3.1.2

Während der *Weiterbildung* zu Fachärzten für Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, von klinischen Psychologen, Klinik-Seelsorgern, klinischen Sozialarbeitern, Fachpflegepersonal für Psychiatrie, EEG-Assistenten, Dokumentations-Assistenten sollen darüber hinaus berufsspezifisch erweiterte Kenntnisse in Epileptologie vermittelt werden.

3.1.3

Für Ärzte, die in Epilepsie-Institutionen leitend tätig werden, ist eine besondere Art von Weiterbildung *(Zusatzausbildung)* in Epileptologie erforderlich. Eine Zusatzausbildung in Epileptologie setzt gründliche Kenntnisse in klinischer Neurophysiologie und eine mindestens einjährige Tätigkeit an einer Epilepsie-Abteilung oder in einem Epilepsie-Zentrum voraus.

3.2 Lernziel-Kataloge

In allen Ausbildungsgängen und bei allen Berufsgruppen sollten sämtliche im Lernziel-Katalog aufgeführten Hauptthemen (Anlage 1) berücksichtigt werden. Ausmaß und Intensität der Vermittlung sind nach den Ausbildungsgängen und den Berufsgruppen abzustufen.

Als Beispiel für den berufsspezifischen Differenzierungsgrad in der Ausbildung zum Arzt dient der Abschnitt „Epileptologie" aus dem Lernziel-Katalog für Neurologie (Anlage 2). Als Beispiel für den Differenzierungsgrad auf der Stufe der Weiterbildung zum Nervenfacharzt dient das Stichwortverzeichnis zu „psychische Befunde bei Epilepsie" (Anlage 3).

Analog dazu sollten berufsspezifisch akzentuierte Lernziel-Kataloge über Epileptologie für andere Berufsgruppen erarbeitet werden.

Abgesehen vom Erwerb spezieller praktischer und theoretischer Kenntnisse in medizinischer Epileptologie kommt bei der Zusatzausbildung noch ein Unterricht durch soziologische und psychologische Fachkräfte hinzu.

3.3 Lehrhilfen

Literatur: Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (Hrsg.), Die epileptischen Anfallserkrankungen, Kork/b. Kehl, 1973; A. Matthes, Epilepsie, Thieme — Stuttgart 1975; A. Matthes, ABC für Anfallskrankheiten, Thieme — Stuttgart, 1968; Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.), Denkschrift „Epilepsie", Boppard, 1973; D. Janz, Die Epilepsien, Thieme — Stuttgart, 1969; W. Schulte (Hrsg.), Epilepsie und ihre Randgebiete in Klinik und Praxis, Lehmann, München, 1964.

3.4 Lehrstätten und Lehrpersonal

Alle speziellen Epilepsie-Institutionen (Epilepsie-Ambulanzen, Epilepsie-Abteilungen, Epilepsie-Zentren) sollen Schwerpunkte für die theoretische und praktische Unterweisung in Epileptologie werden. Um dem Unterrichtsbedarf in theoretischer und praktischer Epileptologie zu genügen, sollten an Universitäten Professuren eingerichtet und Lehraufträge an außerhalb der Universität gelegene Epilepsie-Zentren erteilt werden. Zusatzausbildungen in Epileptologie an speziellen Epilepsie-Institutionen werden von der Bundesanstalt für Arbeit nach § 41 des Arbeitsförderungsgesetzes gefördert.

4 Forschung*)

Epileptische Anfälle werden hervorgerufen durch plötzlich einsetzende, abnorm starke Erregungsvorgänge an Nervenzellen im Gehirn. Das Studium epileptischer Phänomene dient daher sowohl dem Verständnis normaler Hirnfunktionen wie der Erklärung von Vorgängen, die zu Epilepsie führen. Insofern, als Epilepsie sich nicht nur an anfallsweisen motorischen Symptomen, sondern auch an vorübergehenden oder bleibenden psychischen Symptomen zeigt, ist Epilepsie auch Forschungsgegenstand psychiatrischer Wissenschaft.

Durch die sorgfältige Analyse der klinischen Symptome, die Entwicklung der Elektroenzephalographie und die Fortschritte der Neuropharmakologie hat die Epileptologie in den beiden vergangenen Jahrzehnten entscheidende Impulse empfangen. Epileptische Anfälle gehen mit gut definierbaren Abwandlungen der elektrischen Aktivität des Gehirns einher, die größtenteils auch im anfallfreien Intervall und selbst bei disponierten Individuen ohne klinische Anfälle (Merkmalsträger) demonstrierbar sind. Dadurch ist eine Fülle klinischer und experimenteller Daten bekannt geworden, die die Klassifikation und Pathophysiologie epileptischer und epilepsie-verwandter Phänomene bis in den subklinischen Bereich hinein verändert und differenziert haben. Aus der systematischen Entwicklung empirisch gefundener antikonvulsiver Substanzen ist eine Vielzahl von antiepileptischer Pharmaka hervorgegangen, mit deren Hilfe die medikamentöse Therapie wesentlich wirksamer, aber auch wesentlich komplizierter geworden ist.

4.1 Klinische Forschung

Voraussetzung für eine wissenschaftliche Durchdringung und eine interdisziplinäre Verständigung ist eine verbindliche Klassifikation der Phänomene. Erschwerend für die Korrelation klinischer Erscheinungen mit bioelektrischen Entladungsmustern, pathogenetischen Mechanismen und therapeutischer Ansprechbarkeit ist die Tatsache, daß die Parameter nicht selten divergieren.

4.1.1 Psychiatrie

Der Umfang psychiatrischer und psychologischer Forschungstätigkeit bei Epilepsie ist, verglichen z. B. mit den Bemühungen bei Schizophrenie, verschwindend gering. Das ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß Epilepsie-Forschung und Epilepsie-Betreuung in den letzten Dezennien vorwiegend auf neurologisch bzw. neurophysiologisch orientierte Ärzte übergegangen ist, und zum Teil darauf, daß die Objektivierung psychosozialer Zusammenhänge methodisch sehr schwierig ist. Die akuten epileptischen Psychosen haben wegen ihrer Ähnlichkeit zur Schizophrenie ein großes theoretisches Interesse. Eine genaue Analyse der Entstehungsbedingungen für psychotische Reaktionen bei Epilepsie hat vermutlich exemplarische Bedeutung für die allgemeine Psychosen-Forschung. Denn zu berücksichtigen ist die Tatsache, daß es epileptische Psychosen gibt, die einer Schizophrenie oder Zyklothymie ähnlich sind, aber bemerkenswerte klinische und elektroenzephalographische Befunde bieten. Gemeint ist damit der alternative Verlauf mit Ausbleiben der Anfälle und Auftreten der Psychose bei gleichzeitiger Normalisierung des Elektroenzephalogrammes, bzw. im Falle der pharmakologisch herbeigeführten Besserung oder Ausheilung der Psychose, die Umpolung des klinisch-neurophysiologischen Geschehens, d. h. Wiederauftreten der Anfälle und Pathologisierung des EEG.

Sogenannte schizo-affektive Mischpsychosen und auch Schizophrenien unter Psychopharmakotherapie verhalten sich ähnlich klinisch-elektroenzephalographisch alternativ, soweit eine Besserung eintritt. An diesen Wendepunkten in der Verlaufsdynamik sollte neurochemische Forschung ansetzen. Wo sich Hirnfunktionen in kurzer Zeit so intensiv ändern, daß der Vorgang im EEG objektivierbar wird, wird man — und das gilt auch für die Schizophrenieforschung — am ehesten positive biochemische Ergebnisse erwarten können.

Seit Beginn des 19. Jahrhunderts gibt es Vorstellungen über eine besondere Wesensart von Epilepsie-Kranken („epileptische Wesensänderung"), die hauptsächlich an langjährig asylierten Kranken entwickelt, unter dem Einfluß der Anstalts-Psychiatrie klischeehaft überzeichnet und in ihrer Bedeutung weit überschätzt wurde. Neuere Untersuchungen belegen, daß Anfallskranke im Hinblick auf ihre Intelligenz im Durchschnitt nicht von der allgemeinen Bevölkerung abweichen. Ausgenommen sind jene symptomatischen Epilepsien, deren Grundleiden mit einer Oligophrenie einhergeht, sowie therapeutisch unbeeinflußbare Epilepsien mit sekundärer Demenz. Als epileptische Demenz bezeichnet man sämtliche Zustände geistigen Verfalls, die auf Folgen häufiger Anfälle und Hirntraumen, Verlust sozialer Bindungen und Überdosierung von Medikamenten zurückgeführt werden.

Nicht selten ist Epilepsie mit Persönlichkeitsdevianten verbunden, deren Art und Ausmaß nicht einheitlich sind. Die Veränderungen beziehen sich auf das Tempo psychischer Abläufe, das Konzentrationsvermögen und auf den affektiven Bereich.

Daraus resultieren Verhaltens- und Leistungsstörungen, die ein ernstes Problem für die soziale Rehabilitation darstellen. Obwohl eine komplexe Genese aus dispositionellen, reaktiven und konsekutiven Faktoren angenommen wird, ist über die Zuordnung und Bedeutung dieser Variablen zu Krankheitsformen und pathophysiologischen Mechanismen nur wenig Verläßliches bekannt. Versuche einer Abgrenzung hirnlokalisatorisch oder nosologisch bezogener Psychosyndrome sind bis heute kontrovers geblieben. Einen Beitrag zum Verständnis der epileptischen Wesensänderung könnten Untersuchungen der prämorbiden Persönlichkeit erbringen. Sie sind am Patienten nur selten realisierbar, könnten aber über Studien der hirngesunden bioelektrischen Merkmalsträger in den Familien der Patienten fruchtbar werden.

*) In Anlehnung an die DFG-Denkschrift „Epilepsie".

Die epileptische Demenz bedarf einer Untersuchung hinsichtlich ihrer vielschichtigen Aetiopathogenese:

— Bedeutung häufiger Anfälle und Hirntraumen,

— Überdosierung von Medikamenten,

— Verlust sozialer Bindungen.

Die Wirkung von Antiepileptika auf Denk- und Lernprozesse sollte eingehend untersucht werden. Beeinträchtigungen könnten z. B. durch eine medikamentöse Intoxikation oder auch durch eine Hemmung der epileptischen Aktivität selbst bedingt sein. Die Erforschung der Kombination von hysterischen Anfällen und Epilepsie scheint unter dem Aspekt psychosozialer Konsequenzen der modernen Therapie und der erweiterten Möglichkeiten einer neurophysiologischen Interpretation erfolgversprechend.

Suicidale Reaktionen sind nach ihrer Häufigkeit und ihren Folgen ein ernstes Problem. — Suicid ist die häufigste Todesursache bei Epilepsie, über das außer seiner zahlenmäßigen Bedeutung kaum etwas bekannt ist. Sie sollten daher hinsichtlich ihrer unmittelbar krankheitsbedingten Begründung und psychologischen Motivierung eingehend untersucht werden.

Inhaltlich reicht der Bogen psychiatrischer Epilepsieforschung vom Begriff der abnormen Persönlichkeit bis zur sogenannten epileptischen Wesensänderung unter Einschluß abnormer Reaktionen und Entwicklungen (Hysterie, Suicid, Neurosen) sowie von den akuten episodischen Verstimmungen und Psychosen bis zu den chronischen seelischen Veränderung mit einem Persönlichkeits- und Leistungsabbau. Methodisch sollte psychiatrische Forschung durch biochemische Analysen und bioelektrische Untersuchungsverfahren intensiviert werden. Solche Arbeiten eröffnen einen Zugang zur Interpretation psychopathologischer Phänomene. Erforderlich sind phänomenologisch-deskriptive Quer- und Längsschnittuntersuchungen simultan zu objektivierenden Verfahren unter Berücksichtigung der aktuellen Verlaufsdynamik der psychopathologischen Syndrome (Pathopsychometrie).

Untersuchungen zur Korrelation von morphologischen und psychopathologischen Befunden stehen noch am Anfang und erfordern eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Neuropathologie.

Aufgabe sozialpsychiatrischer Forschung ist es, die Beziehungen zwischen Anfallskranken und Gesellschaft zu untersuchen. Epileptische Manifestationen führen zu spontanen und durch die Vorurteile bestimmten Reaktionen in Schule und Familie, am Arbeitsplatz und in anderen Sozialgruppen. Die Reaktionen der Umgebung verändern das Verhalten der Kranken und dieses wieder das Verhalten der Umwelt. Die Bedingungen dieses psychosozialen Circulus vitiosus bedürfen systematischer und methodisch exakter Untersuchungen.

4.1.2 Psychologie

Die Psychologie hat zunächst als Wissenschaft des objektivierten Verhaltens für die Epilepsie-Forschung Bedeutung. Denn als solche bietet sie zur Registrierung und Quantifizierung von Verhaltensweisen metrische Verfahren aus, mit deren Hilfe objektivierte Verhaltensgrößen mit somatischen Parametern korreliert werden können. Psychologische Epilepsie-Forschung sollte aber auch von den unmittelbaren Erfahrungen der Patienten ausgehen. Anstelle kausalen Erklärens von Symptomen tritt dann Explizieren von Situationen mit der Absicht, gemeinsame Handlungsziele in einer gemeinsamen Welt zu suchen.

Da die diesbezüglichen Kenntnisse sehr beschränkt sind, sollte sich psychologische Epilepsie-Forschung künftig nach folgenden Leitlinien orientieren:

— Die neuropsychologische Diagnostik ist zunehmend auf die Sicherheit der prognostischen Brauchbarkeit ihrer Verhaltensvariablen angewiesen. Dem Studium „höherer Hirnleistungen„ wie der Sprache, von Wahrnehmungs-, Lern- und Erinnerungsvorgängen kann Epilepsie als ergiebige Forschungsquelle dienen. Verhaltensobjektivierende Bemühungen können auch für die Epilepsie-Behandlung bedeutsam werden, wobei es einmal um verhaltenstherapeutische Techniken, zum anderen um Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten geht.

— Die phänomenologische Methode analysiert die Erfahrungen der Patienten und unsere Erfahrungen mit ihnen. Gegenstand ist sowohl die anfallsbezogene Erfahrung wie die Selbsterfahrung des epileptisch Kranken überhaupt. Die psychischen Anfallsmanifestationen sind bisher weitgehend ohne psychologische Kriterien erschrieben worden. Für die Phänomenologie wäre es interessant, Anfälle auf dem Hintergrund des Anfallvorfeldes und anderer spezifischer Erfahrungen des betroffenen Subjekts hermeneutisch auszulegen. Epileptische Anfälle können sich in bestimmten Situationen ereignen, was zu einer klinischen Differential-Typologie beigetragen hat. Doch ist noch unklar, welche Dimensionen dieser präkritischen Erfahrungen sich im Anfall fortsetzen. Ebenso fehlt es noch an Material, das zu erkennen gäbe, welche Erfahrungskonstanten im Anfalls-Vorfeld konvergieren.

— Die Psychologie hat in den letzten Jahrzehnten komplexe Interpretationssysteme ausgearbeitet, die über die Anleitung zu kritischer Reflektion menschliche Erfahrungsstrukturen und Handlungsmaximen zu verändern suchen. Über die traditionellen Interpretationsmuster der Psychoanalyse und der Daseinsanalyse hinaus werden in neuester Zeit auch Formen menschlichen Zusammenlebens als Spiegel benutzt, um die „emanzipatorische" Betrachtungsweise in Gang zu setzen. Wieweit sich diese Theorien bei Epilepsie anwenden lassen und welches dieser Systeme dafür geeignet ist, therapeutische Ziele zu unterstützen, bedarf sorgfältiger Prüfung. Die für einen „Erfahrungsumbruch" relevanten Zusammenhänge ergeben sich aus dem therapeutischen Gespräch, der Erkundung bestimmter Erlebnisbereiche (z. B. Elternhaus, Schule, Ausbildung

und berufliche Umwelt, soziale Stellung, zwischenmenschliche Kontakte, Partnerschaft, Ehe) und aus gruppendynamischen Vorgängen. Davon ist bei Epilepsie noch wenig bekannt, sehr im Gegensatz zu Schizophrenie, wo systematische Familienuntersuchungen sowohl genetisch wie therapeutisch wesentliche Einrichtungen gebracht haben.

4.1.3 Sozialmedizin

Soziologisch hat man sich mit Epilepsie bisher kaum beschäftigt, wahrscheinlich, weil die körperlichen Symptome bei der Krankheit im Vordergrund stehen. Daß aber soziale Faktoren nicht ohne Einfluß sind auf Entstehung und Verlauf von epileptischen Anfällen, wird u. a. durch die selbstinduzierten Anfälle, den Einfluß von „maternal overprotection", von Arbeitsbedingungen wie von Erziehungsstrukturen auf Krankheitsverlauf und Therapie nahegelegt.

Da epileptisch Kranke ihre Anfälle vorwiegend „im Spiegel der Umwelt" erleben, ist für sie die Einstellung der Gesellschaft zu ihrer Krankheit entscheidend. Die Reaktionen der Umwelt verändern das Verhalten der Kranken und dieses wiederum das Verhalten der Umwelt. Diese Wechselbeziehungen sind bisher nie systematisch und methodisch exakt untersucht worden. Es sind Untersuchungen notwendig, die sich von der Situation in der Familie und am Arbeitsplatz bis auf allgemeine Bedingungen der Umwelt erstrecken. Solche Untersuchungen sollten der Herstellung einer therapeutisch günstigen Umwelt und der Ermöglichung von Gruppentherapie und Individualpsychologie dienen.

Aus dem Vorurteil gegenüber Epilepsie resultiert für die Kranken eine Benachteiligung ihrer gesellschaftlichen und beruflichen ökonomischen Stellung, mit deren scheinbar rationalen Begründungen sich die Kranken oft identifizieren. Epileptisch Kranke geraten daher in den oft unterprivilegierten Status von Minoritäten. Eine Kampagne gegen dieses Vorurteil muß berücksichtigen, daß Minoritäten innerhalb einer Gesamtgesellschaft bestimmte Funktionen haben. Individuen und Kollektive mit negativem Selbstbild benutzen diese Minoritäten als negative Bezugspersonengruppe, um ihre Teilhabe am Prestige der Gesamtgesellschaft zu demonstrieren. Zum anderen haben sie häufig die Rolle des Sündenbocks einzunehmen, auf den kollektive Aggressionen abgeleitet werden. Unter diesen Voraussetzungen würde eine lediglich auf Aufklärung zielende Belehrung nicht genügen. Vielmehr ist eine Überprüfung des derzeit gültigen Normenkodex notwendig, der durch das Vorherrschen des Leistungs- und Konkurrenzprinzips nicht nur epileptisch Kranke von der Teilnahme an den gesamtgesellschaftlich akzeptierten Werten ausschließt. Es kommt daher darauf an, bei der Entwicklung gesellschaftlicher Normen die berechtigten Interessen der Behinderten stärker als bisher zu berücksichtigen.

Zukünftige Aufgaben medizinsoziologischer Epilepsie-Forschung sind daher:

- die Ermittlung von pathogenen Faktoren in der sozialen Umwelt des Kranken, die für die Entstehung von Anfällen, Wiederholung und Therapieverlauf von Bedeutung sind,
- die Untersuchung der Bedingungen für das Vorurteil gegenüber Epilepsie und der Möglichkeiten, dieses Vorurteil zu beseitigen,
- die Analyse der Bedingungen für die medizinische und soziale „Karriere" von Epileptikern.

4.1.4 Neurologie und Pädiatrie

Der Symptomwandel im Krankheitsverlauf stellt die Epilepsie-Forschung vor Aufgaben, die durch retrospektive Erhebungen nicht zu lösen sind. Aus Verlaufsuntersuchungen lassen sich prognostische Kriterien entwickeln, die für den Werdegang der Patienten und die Familienberatung von Bedeutung sind. Der Epileptologie des Kindes- und Jugendalters kommt eine besondere Bedeutung zu, da die Mehrzahl aller Epilepsien im Kindesalter beginnt. Für die Aufklärung pathogenetischer Zusammenhänge bietet sich bei früherem Krankheitsbeginn ein besonders günstiger Ansatz. In den letzten 20 Jahren haben klinische Studien zu einer Fülle neuer Ergebnisse über die Pathogenese, Nosologie und Therapiemöglichkeiten geführt. Unter anderen wurden Untersuchungen über die febrilen Konvulsionen des Kleinkindes und über altersgebundene kleine Anfälle (Blitz-, Nick-, Salaamkrämpfe, myoklonisch-astatisches Petit mal, Pyknolepsie, Impulsiv-Petit mal) durchgeführt sowie Studien über den Verlaufswandel bei Epilepsien und Untersuchungen über die Abhängigkeit der Anfälle vom Schlaf-Wach-Rhythmus.

Für die Fortentwicklung semiologischer Studien bieten sich visuelle Techniken (zur Registrierung klinischer und elektrobiologischer Erscheinungen im „Synchronen Doppelbildverfahren") sowie computergerechte Dokumentationsverfahren an. Hinzu treten die quantifizierenden Möglichkeiten der automatischen EEG-Analyse.

Semiologische Studien verdienen bestimmte kortikale Anfallssyndrome, die Differentialtypologie verschiedener Formen von Petit mal-Status einschließlich der sogenannten Aura continua, psychotische Episoden und Verhaltensstörungen. — Auf einem so viel bearbeiteten Gebiet wie dem der psychomotorischen Epilepsie fehlt es noch an einer systematischen Untersuchung der elektroenzephalographisch-klinischen Korrelationen.

Wenig erforscht ist das „Grenzland der Epilepsie". Dazu gehören alle mit Schwindel, Angst, Schmerzen, Krämpfen oder Bewußtlosigkeit einhergehenden anfallshaften und krisenförmigen Ereignissen wie Menièresche, tetanische, kardiale, psychogene, synkopale Anfälle, Migräne-Attacken, Affekt, Angst- und Schmerzkrisen. Nimmt man die Erfahrung hinzu, daß epileptische Anfälle spontan oder nach Therapie von Verstimmungen, Psychosen, Hysterieformen und suicidalen Reaktionen begleitet sein können, so hat sich erwiesen, daß die Epilepsien vor einem differentialdiagnostisch und pathogenetisch vielfäl-

tigem Hintergrund stehen. — Zum Grenzland der Epilepsie im engeren Sinne gehören auch andere, häufig mit Epilepsie einhergehende spezifische Erkrankungen (Phenylketonurie, Lipoidosen, tuberöse Sklerose und andere Phakomatosen).

Klinische Untersuchungen zur Pathogenese sollten sich erstrecken auf:

— Grundlagen der Anfallsbereitschaft und deren Abhängigkeit von endogenen und exogenen Faktoren,

— Bestimmung aktuell anfallsauslösender und anfallshemmender Bedingungen,

— der Erforschung für eine Chronifizierung epileptischer Anfälle, d. h. von Bahnungsvorgängen bei Umwandlung von epileptischen Reaktionen in epileptische Krankheiten.

4.1.5 Klinische Neurophysiologie

Die klinische Neurophysiologie ist eine wesentliche Hilfswissenschaft bei der Epilepsie-Forschung. Mit der Elektroenzephalographie (EEG) können neuronale Vorgänge im Zentralnervensystem direkt registriert werden. Ihr Wert liegt darin, daß die Hirnstromkurven während der Anfälle und oft auch im anfallsfreien Intervall charakteristische Veränderungen bieten. Von besonderer Bedeutung erwiesen sich die Zusammenhänge zwischen altersspezifischen Anfallssyndromen und EEG-Mustern. Übergänge oder Umwandlungen verschiedener spike-wave-Muster mit zunehmendem Lebensalter lassen auf Reifungsvorgänge des Gehirns schließen.

Bei Untersuchungen über Beziehungen zwischen Epilepsie und Schlaf ergaben sich gegensätzliche Profile des Schlaf-Wach-Verlaufes bei verschiedenen Epilepsie-Formen und ein alternatives Verhalten spezifischer Anfallsmuster in verschiedenen Schlafstadien einschließlich der REM-Phasen.

Wenig erforscht sind die Beziehungen zwischen der bioelektrischen Tätigkeit des Gehirns und der hormonalen Regulation.

Ansätze für Untersuchungen zur Anfallsentstehung bieten die sensorisch auslösbaren Anfälle (reizinduzierte Anfälle, Triger-Epilepsie, Reflex-Epilepsie). Analysen derartiger Lese-, Foto-Epilepsie, klanginduzierter, speziell „musikogener" Anfälle, emotionell induzierter oder durch sensible bzw. proprioceptive Reize oder durch Autostimulation ausgelöster epileptischer Anfälle sind auch therapeutisch im Hinblick auf dekonditionierende Maßnahmen von Bedeutung.

Besondere Aufgaben stellen sich der klinischen Neurophysiologie in zwei Bereichen:

— Entwicklung der automatischen Datenverarbeitung, um die EEG-Kurven in einen einfachen Code zu übertragen, der eine Korrelation von EEG-Daten mit klinischen Variablen in größerem Ausmaß ermöglicht.

— Polygraphische Korrelation von normalen und pathologischen hirnelektrischen Phänomenen mit anderen pysiologischen Daten und Verhaltensvariablen und Registrierung in freien Verhaltenssituationen mit Hilfe der Biotelemetrie.

4.1.6 Klinische Neuropathologie

Neuropathologische Untersuchungen bilden eine wichtige Voraussetzung für die Klärung der Aetiologie, der Pathogenese und der Folgezustände der Epilepsie und damit zugleich für die Prophylaxe von Epilepsien wie von geistigen und körperlichen Entwicklungsstörungen. Hierbei kommen lichtmikroskopische, elektronenmikroskopische sowie komplexere histochemische Methoden an postmortal und gelegentlich auch intravital gewonnenem Gewebe zur Anwendung.

Auch bei Epilepsie, deren Ursache klinisch nicht geklärt werden kann, sind die Gehirne morphologisch in der Regel nicht befundlos, sondern zeigen häufig Störungen der Rindendifferenzierung (Mikrodysgenesien) und Läsionen, die als Anfallsfolgen („Krampfschädigungen") gedeutet werden.

Mikrodysgenesien sind Erscheinungen einer gestörten Hirnentwicklung. Sogenannte Krampfschädigungen sind bei Epilepsie in einer bestimmten Häufigkeitsfolge anzutreffen. Der Wandel von Anfallssymptomen und psychischen Abbauerscheinungen im Krankheitsverlauf werden mit anfallsbedingten Hirnschädigungen in Verbindung gebracht.

Der weiteren Bearbeitung bedürfen daher:

— das örtliche Verteilungsmuster und die Häufigkeitsreihenfolge sogenannter Krampfschäden und dysontogenetischer Befunde bei verschiedenen Formen der Epilepsien,

— Beziehungen zwischen Ausprägungsgrad und Verteilungsmuster neuropathologischer Befunde in Abhängigkeit von Erkrankungsalter, Krankheitsdauer, Anfallshäufigkeit, EEG-Mustern, Symptomwandel, Medikation und psychischen Symptomen.

4.1.7 Genetik

Die Abgrenzung spezifischer Dispositionen und genetischer Syndrome ist Voraussetzung für die Erforschung von speziellen Stoffwechselstörungen wie für eine differenzierte erbprognostische Beratung.

Die Kenntnisse über erbbiologische Faktoren bei Epilepsie beruhen auf Zwillings- und Familienuntersuchungen. Danach liegt die Konkordanzrate für epileptische Anfälle bei eineiigen Zwillingen deutlich höher als bei zweieiigen, wie auch die Erkrankungshäufigkeit im Erbumkreis von Epilepsie-Kranken größer ist als in der Normalbevölkerung. Seitdem klinisch gesunde Merkmalsträger elektroenzephalographisch erkannt werden können, weiß man, daß die genetische Disposition zu Epilepsie wesentlich verbreiteter ist als ihre Manifestation. Genetische Faktoren sind auch bei sogenannten sympotomatischen Epilepsien von Bedeutung.

Erst mit zunehmender elektroenzephalographisch-klinischer Differenzierung sind Untersuchungen über den Erbgang spezieller klinischer Anfallssyndrome

und hirnelektrischer Merkmale paroxysmaler und nicht paroxysmaler Art möglich geworden. Ihre Ergebnisse sprechen für eine genetische Spezifität verschiedener klinischer Reaktionsformen.

Folgende Untersuchungen aus diesem Problemkreis werden durchgeführt oder sind zum Teil schon abgeschlossen:

- Familien-Untersuchungen bei kindlichen Epilepsien (Propulsiv-Petit mal, myoklonisch-astatisches Petit mal, Pyknolepsie, Impulsiv-Petit mal, fotosensible Epilepsien),
- Genetik der mit Myokeonien einhergehenden epileptischen Erkrankungen,
- prospektive Längsschnitt-Untersuchungen an Kindern epileptischer Eltern,
- Genetik der für kindliche Epilepsie typischen EEG-Merkmale (fotokonvulsive Reaktion, andere sogenannte zentrenzephale EEG-Muster, abnorme Rhythmisierung).

4.1.8 Medikamentöse Therapie und Pharmakokinetik

Die Entwicklung von Antiepileptika basiert einerseits auf der Auswertung auffälliger Befunde, andererseits auf der systematischen Prüfung von Derivaten bekannter Antiepileptika. Zufällig entdeckt wurden nicht nur Brom (1857) und Phenobarbital (1912), sondern auch Dipropylacetat (1962).

— Aus systematischen Abwandlungen des Phenobarbital-Moleküls sind sowohl die Hydantoine entstanden als auch die Oxazolidine, die Azylharnstoffe und die Sukzinimide.

Die Entwicklung neuer Antiepileptika läßt zunehmend nach. Verantwortlich dafür sind die höheren Anforderungen, die an die klinische Arzneimittelprüfung gestellt werden.

Die Wirksamkeit von Antiepileptika ist wissenschaftlich meist unzulänglich geprüft worden.

Kleine und große epileptische Anfälle erfüllen alle Kriterien einer wissenschaftlichen Therapieprüfung, weil sie repräsentativ, objektivierbar, reversibel, wiederholt meßbar und therapiesensibel sind. Sie eignen sich sowohl für kollektive als auch für individuelle Vergleiche, d. h. Gegenüberstellung verschieden behandelter Patientenkollektive bzw. Vergleiche bestimmter Testperioden im individuellen Krankheitsverlauf.

Neue Antiepileptika sollten künftig nach klinischer Vortestung in Zusammenarbeit mehrerer Kliniken kollaborativ geprüft werden, um statistisch zulängliche Angaben über Indikationen und Kontraindikationen, Wirkungen und Nebenwirkungen zu erhalten. Aus der Tatsache, daß Epilepsie-Therapie immer Langzeitbehandlung ist, resultieren toxikologische Probleme besonderer Art. Daher müssen Prüfungen von Beginn an ständige Beobachtungen toxikologischer Begleiteffekte einschließen, bei denen außer den bekannten Risiken für blutbildende Organe, retikuloendotheliales System, Kleinhirn u. a. ein breites Spektrum möglicher, wenn auch bisher unbewiesener Wirkungen beachtet werden muß. Der Verdacht, daß während der Schwangerschaft gegebene Antiepileptika zu Gerinnungsstörungen und Blutungen bei Neugeborenen führen, bedarf der Nachprüfung.

Die Bedeutung antiepileptischer Medikamente für Demenz und andere psychopathologische Syndrome sowie neurologische Störungen ist noch nicht hinreichend geklärt. Auch sind die möglichen toxikologisch wichtigen Interaktionen noch wenig untersucht. Das gilt sowohl für die Kombination mehrerer antiepileptisch wirksamer Substanzen wie für zusätzliche Medikamente mit anderer Indikation.

Bei keinem der heute gebräuchlichen Antiepileptika ist der Wirkungsmechanismus völlig geklärt. Von Diphenylhydantoin weiß man lediglich, daß es weniger den Reizfokus als die Erregungsausbreitung beeinflußt und daß es allgemein membranstabilisierende Eigenschaften über eine Beeinflussung des transmembranösen Natriumtransportes hat. Beim Azetazolamid soll die Wirkung über eine Hemmung der Carbonanhydratase mit Anreicherung von CO_2 im Zentralnervensystem verlaufen. Der antikonvulsive Wirkungsmechanismus von Barbituraten ist ebenso wie der von neueren Substanzen, wie Diazepam und Carbamazepin, noch unbekannt. Bei Dipropylazetat wird eine intracerebrale Vermehrung von GABA diskutiert.

In pharmakokinetischen Untersuchungen ist zu prüfen, ob ein Mittel schnell oder langsam, teilweise oder vollständig resorbiert wird, in welcher Stufe und durch welche Organe es umgesetzt wird, welche Eigenschaften die Metaboliten haben, wie die Verteilung und die Elimination der metabolisierten und der nicht metabolisierten Stoffe erfolgt. Konstitutionelle Besonderheiten sind dabei zu berücksichtigen.
Es müssen Methoden erarbeitet werden, die routinemäßig angewandt werden können, um die Konzentration von Antiepileptika im Blut und in anderen Körperflüssigkeiten quantitativ zu bestimmen.

Resorption, Verteilung im Organismus, Metabolismus und Ausscheidung therapeutisch verwendeter Antiepileptika werden erst in jüngster Zeit systematisch untersucht. Dies gilt auch für Fragen der wechselseitigen Beeinflussung gleichzeitig verabfolgter Substanzen (z. B. Barbiturate plus Diphenylhydatioin). Von besonderer Bedeutung ist die Klärung der Beziehung zwischen Dosis, Konzentration der Substanzen im Blut, Liquor sowie ZNS und antiepileptischem Effekt, insbesondere im Hinblick auf Wirkungsunterschiede bei verschiedenen Individuen.

4.1.9 Psychotherapie

Unter den psychotherapeutischen Verfahren verdienen bei Epilepsie

- die Client-centered therapy von Rogers und
- die Verhaltenstherapie besondere Beachtung.

Die Client-centered therapy eignet sich vor allem dazu, günstigere Bedingungen für die medikamentöse Therapie zu schaffen. Als Kurztherapieverfah-

ren ließe es sich auch ambulant auf eine Effektivität hin prüfen und durch die Registrierung über Bandaufnahmen wissenschaftlich objektivieren. Auch die engere Umwelt ließe sich einbeziehen, wobei die Kranken entweder gemeinsam mit der Familie behandelt werden oder therapeutische Gruppen mit Kranken und therapeutische Gruppen mit Familienangehörigen parallel (bifokale Gruppentherapie) laufen könnten.

Die Verhaltenstherapie versucht sowohl unmittelbar auf die Anfälle, die sie als konditionierbares Verhalten auffaßt, wie auch auf Verhaltensstörungen Einfluß zu nehmen. Nach dem gleichen Schema, Verhaltensstrukturen durch Verlernen und Umlernen zu verändern, beteiligt sie sich auch an der Gestaltung soziopsychologischer Bedingungen.

Therapie der Anfälle ist bisher an sensorisch ausgelösten Anfällen praktiziert worden. Zur Unterbrechung der Beziehung Auslösereiz-Anfall dürften sich verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken eignen: Extinktion (während refraktärer Phasen, in denen der Patient nicht mit einem Anfall reagiert) sowie Adaption und Erlernen alternativer, mit dem Anfall inkompatibler Reaktionen auf den Reiz hin. Auch bei epileptischen Auren sind Konditionstechniken anwendbar, wobei die Weiterentwicklung der Aura auf geeignete Weise unterbrochen wird, um darauf einen Konditionierungsprozeß aufzubauen. —

Neue Ansätze eröffnen Versuche, auch bioelektrische Abläufe des Gehirns zu konditionieren.

Rehabilitation

Rehabilitationsforschung bei Epilepsie hat die soziale Habilitation und Rehabilitation von Anfallskranken in ihren Bedingungen und Folgen für den Kranken wie für die Gesellschaft zu reflektieren. Sie ist Voraussetzung dafür, daß die medikamentöse Behandlung sozial relevant werden kann.

Speziell untersucht sind die Rolle der überfürsorglichen Mutter, das Unfallrisiko im Betrieb und am Steuer, Bedingungen der Frühinvalidität und die Lebenserwartung. Nicht untersucht sind Relationen von Krankheit und Berufseignung, Lern- und Arbeitsmotivation, die Effektivität von Eingliederungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen auf lange Sicht im Vergleich zu anderen Behinderungen sowie der Widerstand gegen Therapie und Rehabilitation bei Patienten wie bei Institutionen.

Für die Wahl des geeigneten Berufes sind diese Fragen von entscheidender Bedeutung. Die Abstimmung zwischen Berufseignung, Begabungsschwerpunkten und Soziabilität ist das Kernproblem der Rehabilitation Anfallskranker. Da es darüber noch keine verläßlichen Maßstäbe gibt, sind Untersuchungen erforderlich, die unter definierten Parametern die Krankheitsform, das Psychosyndrom, die Berufseignung und das Sozialverhalten über längere Zeit verfolgen.

Aufgabe der Rehabilitationsforschung ist es ferner, differenzierte Indikationen für die Rehabilitation bei verschiedenen Epilepsieformen mit Epileptologen, Psychologen und Sozialarbeitern sowie Soziologen und mit Institutionen der Arbeitswelt und Berufsförderungswerken zu entwickeln.

Arbeitspsychologische Untersuchungen sind durch die Möglichkeit, das EEG telemetrisch unter den natürlichen Bedingungen des Alltagslebens abzuleiten, erfolgversprechend geworden.

4.1.10 Dokumentation — Datenverarbeitung

Datenverarbeitung in der Epilepsie-Forschung erstreckt sich auf die Verarbeitung von Daten einer standardisierten Befund-Dokumentation sowie auf Verfahren zur quantitativen und zunehmend auch automatisierten Funktions-Diagnostik, wie die automatische EEG-Analyse.

Die dokumentationsgerechte Erfassung von klinischen und labortechnischen Befunden ist unabdingbar für eine statistische Bearbeitung wissenschaftlicher Fragen. Gerade in der klinischen Epilepsie-Forschung, die mit einem relativ hohen Prozentsatz „harter Daten" rechnen kann, rechtfertigt sich Arbeitsaufwand und technischer Einsatz moderner Dokumentations- und Auswertungsverfahren. Die elektronische Auswertung von Dokumentationsunterlagen macht es möglich, multifaktoriell bedingte komplizierte Zusammenhänge aufzudecken.

Das Problem der automatischen EEG-Analyse ist noch nicht befriedigend gelöst. Es stehen jedoch spezielle Methoden zur Untersuchung bestimmter Fragestellungen zur Verfügung, wie z. B. zur Beurteilung der Grundfrequenzen sowie — noch in beschränktem Maße — zur automatischen Erkennung besonders markanter Muster. Derartige Analysen können für wissenschaftliche Zwecke zentral durchgeführt werden, indem nach einheitlichen Kriterien registrierte Elektroenzephalogramme auf Magnetbändern analog gespeichert und in zentralen Institutionen einer quantitativen Analyse unterzogen werden.

Ein anderer Weg besteht in der Entwicklung spezieller Rechnersysteme begrenzter Kapazität, um mit Hilfe standardisierter Programm-Systeme on line-Analysen durchführen zu können. Dadurch ergibt sich mit finanziell tragbarem Aufwand die Möglichkeit zu einer dezentralisierten quantitativen und automatisierten Analyse, die größere Rechenanlagen von zeit- und rechenaufwendigen Schritten der Vorverdichtung entlastet.

4.2 Experimentelle Forschung

Nervenzellen stehen miteinander über Synapsen in Verbindung. Ein Aktionspotential, das in einer Nervenzelle entsteht, wird über den Nervenfortsatz fortgeleitet und setzt an der Synapse einen die postsynaptische Membran erregende oder hemmende Überträgersubstanz frei. Erregende Überträgersubstanzen (Acetylcholin, Glutaminsäure o. ä.) führen zu einer Depolarisierung der nachgeschalteten Nervenzellen, hemmende Überträgersubstanzen (einige Aminosäuren, wie Glycin und Gammaaminobuttersäure = GABA, sowie die biogenen Amine) zu einer Hyperpolarisation. Ein Impuls kann also zu einer

Stimulierung oder Bremsung erregender oder hemmender synaptischer Übertragung führen. Jede einzelne Nervenzelle steht über diese erregenden oder hemmenden Synapsen mit zahlreichen anderen Nervenzellen in Verbindung, so daß das Gehirn, besonders die Hirnrindenstrukturen als ein Netzwerk von miteinander verschalteten Nervenzellen angesehen werden kann, die sich gegenseitig in ihrer Aktivität beeinflussen. Die Summe der erregenden und hemmenden Prozesse steht in einem regulierten Gleichgewicht, dessen Störung zu Änderungen des Verhaltens und im Extremfall zu epileptischen Anfällen führen kann.

4.2.1 Störungen grundlegender Mechanismen bei epileptischen Anfällen

Pathologische Erregungszustände, wie sie epileptischen Anfällen zugrundeliegen, können durch ein Überwiegen erregender oder durch die Verminderung hemmender Mechanismen zustandekommen. Dabei ist der Anfall selbst nur als extremes Phänomen der zugrundeliegenden Funktionsstörungen aufzufassen, deren Ursachen mannigfaltig sein können.

Zur Erklärung der Vorgänge, die einem Anfall vorausgehen, werden verschiedene Mechanismen diskutiert:

a) Störung der prä- und postsynaptischen inhibitorischen Mechanismen im Gehirn, die eine „Disinhibition" zur Folge haben.

b) Verstärkte Erregung durch eine Störung der dem exzitatorischen synaptischen Potential zugrundeliegenden biochemischen Mechanismen.

c) Störung von Membraneigenschaften der Nervenzelle im Sinne eines „epileptischen Neurons".

4.2.2 Ausbreitung und Beendigung von Anfallsentladungen

In der intakten Hirnrinde lösen fokale Entladungen in der Umgebung inhibitorische Potentiale aus. Dieser „Hemmwall" um einen Entladungsherd spielt wahrscheinlich eine Rolle bei der Begrenzung fokaler Paroxysmen.

Auch die Ursachen der primären Generalisierung von epileptischen Entladungen sind noch unklar. Für die Entstehung der „hypersynchronen" spike-wave-Komplexe, einem typischen EEG-Muster bei kleinen Anfällen vom Typ des Petit mal, wurde ein zentrenzephaler Schrittmacher diskutiert.

Für die Beendigung eines generalisierten Krampfanfalles sind wahrscheinlich Verschiebungen des Sauerstoffdruckes (pO_2), des Kohlensäuredruckes (pCO_2) und der Wasserstoffionenkonzentration (pH) von Bedeutung.

4.3 Empfehlungen zur Förderung der Epilepsie-Forschung

Epilepsie-Forschung ist krankheitsbezogene Projektforschung und projektbezogene Hirnforschung. Epilepsie ist ein sozialmedizinisch bedeutsames, alle Lebensalter betreffendes und neurologische und psychiatrische Disziplinen angehendes Leiden. Die Erforschung ihrer biologischen Grundlagen erfordert eine interdisziplinäre Bemühung und den Einsatz komplizierter, hochspezialisierter Methoden.

Bei dem heutigen Stand des Wissens und der Möglichkeiten ist Epilepsie-Forschung eine lohnende Aufgabe geworden.

Die auf allen Teilbereichen der Epilepsie-Forschung entstandenen Probleme erscheinen jetzt auch „interessant" und für die gesamte psychiatrische und neurologische Forschung relevant genug, um einzelne Wissenschaftler langfristig an derartige Projekte zu binden.

Eine gezielte Forschungsförderung hat zu berücksichtigen, daß optimale Epilepsie-Forschung auf längere Frist angelegt sein muß, einen vollen projektbezogenen Einsatz erfordert und als Verbundforschung von mehreren Arbeitsgruppen vorgenommen werden sollte. Im Hinblick darauf wird als vordringlich angesehen:

— Die Einrichtung von „Forschergruppen", die aus Kliniken hervorgehen oder sich an bestehende klinische Institutionen anlehnen sollten.

Eine Gruppe sollte nicht zu groß sein, d. h. etwa fünf Wissenschaftler mit technischem Personal umfassen, sowohl personell als auch methodisch ausreichend multidisziplinär ausgerüstet sein. Eine Forschergruppe ist auf zehn Jahre vorzusehen.

Für mittelfristige Projekte könnte sich auch ein Schwerpunktprogramm für zunächst fünf Jahre eignen.

Bei günstigen örtlichen Voraussetzungen wäre es zu begrüßen, wenn eine Universität einen Sonderforschungsbereich „Epilepsie" beantragen würde.

— Ferner wird empfohlen, Arbeitskreise wie den „Arbeitskreis zur Bestimmung von Antiepileptika in Körperflüssigkeiten" und den „Arbeitskreis für Epilepsie-Therapie-Prüfung" als regelmäßige Arbeitstagungen von Epilepsie-Forschern (z. B. durch den Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft oder durch die DFG) zu fördern.

— Eingehend wurde das Problem diskutiert, ob ein Zentral-Institut für Epilepsie-Forschung sinnvoll sei. Alle Sachverständigen äußerten den Wunsch nach stärkerer Koordinierung und besserem Kontakt zwischen Forschergruppen und anderen Projekt-Gruppen.

Ein Zentral-Institut für Epilepsie-Forschung würde auf längere Sicht den Notwendigkeiten am besten entsprechen. Ein solches Forschungsinstitut sollte sowohl Möglichkeiten zur klinischen wie auch zur experimentellen Forschung haben. Es sollte nicht nur „intramurale" Forschungs-Programme durchführen, sondern auch Forschergruppen und Einzelprojekte im Rahmen eines extramularen Programms unterstützen.

Da Epilepsie-Forschung eine beispielhaft interdisziplinäre und klar definierte Forschungsaufgabe darstellt, wie sie den Förderungsprinzipien der Max-

Planck-Gesellschaft entspricht, erscheint die Realisierung eines derartigen Instituts im Rahmen der Max-Planck-Gesellschaft empfehlenswert.

Schließlich ist es notwendig, daß ein ständiges Epilepsie-Kuratorium bestellt wird, das in Abstimmung mit dem Psychiatrierat der DFG, die zuständigen Bundes- und Länderministerien, die Parlamente und die potentiellen Geldgeber

- im Hinblick auf Epilepsie-Betreuung und Epilepsie-Forschung berät,
- Initiativen zur Durchführung der Sofortmaßnahmen und des in der Denkschrift „Epilepsie" aufgeführten Stufenplanes ergreift,
- Berichte über den Stand der Forschung veranlaßt,
- Ausbildungs-Richtlinien erarbeiten läßt,
- die Kooperation mit internationalen Gremien für Epilepsie-Forschung und Epilepsie-Betreuung fördert und
- in fünf Jahren eine Bilanz vorlegt, aus der Vorschläge für die weiteren Maßnahmen hervorgehen sollen.

Ein solches Kuratorium sollte gemeinsam mit der DFG, den Bundesministerien für Bildung und Wissenschaft, Arbeit und Soziales, Jugend und Familie und Vertretern der Bundesländer bestellt werden. Es sollte besetzt werden mit je einem Vertreter dieser Dienststellen und mit in Mehrheit vertretenen Wissenschaftlern.

Anlage 1

zum Adnex: Epilepsiekranke, Kapitel 3: Lehre in Epileptologie

Hauptthemen des Lernziel-Katalogs für alle Berufsgruppen

A) Was bezeichnet man als Epilepsie? (Definitionen)

B) Epilepsie in der Geschichte.

C) Epidemiologie (Häufigkeit, Verbreitung, sozialmedizinische Bedeutung).

D) Erscheinungsweisen und Verlaufsformen (Symptomatologie, Klassifikation, Erkrankungsalter, Geschlechtsverteilung, psychische Befunde, Prognose).

E) Entstehungsbedingungen (Pathogenese, Genetik, Ätiologie).

F) Diagnostik (Anamnese, Beobachtung, EEG-Befunde, Spezialuntersuchungen).

G) Soziale Bedingungen und Konsequenzen (Vorurteile, Familien- und Schulprobleme, Berufseignung und Erwerbsfähigkeit, Invalidität, Kraftfahrtauglichkeit und Beamtentauglichkeit).

H) Vorbeugung und Behandlung (Vorsorgeuntersuchungen, prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren, medikamentöse, diätetische, psychotherapeutische und operative Maßnahmen, insbesondere Wirkung und Nebenwirkungen von Antiepileptika).

I) Rehabilitation (Hilfen zur Eingliederung und Wiedereingliederung in Familie, Kindergärten, Schule, Lehre, Beruf, Hilfen zur Teilhabe an den gesamtgesellschaftlich akzeptierten Werten).

Anlage 2

zum Adnex: Epilepsiekranke, Kapitel 3: Lehre in Epileptologie

Lernziel-Katalog für Neurologie (Ausbildung zum Arzt)

Stichwortverzeichnis zu:

Cerebrale Anfallskrankheiten — Epileptologie

Nach der internationalen Klassifikation:

1. generalisierte Epilepsien (a. primär generalisierte Epilepsien, b. sekundär generalisierte Epilepsien) und
2. fokale (partielle, lokalisierte) Epilepsien.

Nach der Ätiologie: hereditäre residuale, traumatische, metabolische, Alkohol-, Tumor-, vasculäre Epilepsien, Eklampsie.

Nosologisch: idiopathische (genuine, essentielle, endogene, kryptogene) und symptomatische (exogene, organische) Epilepsien.

Nach der Bindung der großen Anfälle an den Schlaf-Wach-Rhythmus: Aufwach-, Schlaf-, diffuse Epilepsien.

Nach dem Auslösungsmodus: sensorisch ausgelöste (photogene, photosensible, audiogene, musikogene, Reflex-)Epilepsien, Fieberkrämpfe (febrile Konvulsionen).

Nach dem Verlauf: akute und chronische, Mono-, Oligo-, Gelegenheits-, stationäre und Prozeß-Epilepsien.

Nach dem Erkrankungsalter: infantile, juvenile Spät-Epilepsien.

Nach der Lokalisation: zentrencephale (bzw. generalisierte) und fokale (limbische, temporale oder neokortikale) Anfälle.

Nach dem Anfallssyndrom: Epilepsien mit Propulsiv-Petit mal (Blitz-, Nick-, Salaamkrämpfe; West-Syndrom), Epilepsien mit myoklonisch-astatischem Petit mal (Lennox-Syndrom), Epilepsien mit pyknoleptischem Petit mal (Pyknolepsie, Friedmann-Syndrom), Epilepsien mit Impulsiv-Petit mal (myoklonische Anfälle), Epilepsien mit kortikalen Anfällen (Jackson-Anfälle, Adversiv-Krämpfe), Epilepsien mit psychomotorischen Anfällen, psycho- und sensomotorische Anfälle, progressive familiäre Myklonus-Epilepsie (Unverricht-Lundborg).

Epilepsien mit subcortikalen Anfällen (fokale und Halbseitenanfälle).

Formen epileptischer Staten (Status epilepticus): Grand mal-Status, Petit mal-Status, Status psychomotoricus (Status mit psychomotorischen Anfällen), Epilepsia partialis continua (Kojewnikoff), Aura cantinua.

Anfallssymptome: Prodrome, Aura (epigastrische, olfaktorische, gustatorische, optische, akustische, somatosensorische, dreamy state), Automatismen (orale, adversive), postparoxysmale Lähmungen, postparoxysmale Umdämmerung.

Subklinische (maskierte, latente) Epilepsie

Therapie: Spezielle Indikationen, Dosierungsbereich und Nebenwirkungen von Hydantoinen (Diphenylhydantoin), Barbituraten (Phenobarbital, Primidone), Succinimiden, Benzodiazepinen und Hormonen (ACTH, Dexamethason). Neurochirurgische, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Indikationen.

Notfall: Status epilepticus (DPH, Phenobarbital, Valium parenteral) Intubationsnarkose.

Prävention von sekundären Epilepsien nach Fieberkrämpfen, Gehirntraumen und Gehirnoperationen.

Pathophysiologie und Pathochemie der epileptischen Grundprozesse.

Pharmakologie der Antiepileptica, besonders im Hinblick auf Resorption, Metabolismus und Elimination sowie bezüglich hemmender und fördernder Erkrankungen und Substanzen.

Sozialmedizinische Aspekte (Schulfähigkeit, Berufseignung, Kraftfahrtauglichkeit. Eugenische Beratung, Rehabilitation in beschützenden Werkstätten, Anlernberufen, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken).

Differentialdiagnose zu anderen Anfallskrankheiten: Morbus Menière, Tetanie, Torticollis spasticus, psychogene (hysterische) Anfälle, extrapyramidale (pharmakologisch induzierte) Anfälle, Pavor nocturnus, Affektkrämpfe, synkopale Anfälle, Narkolepsie (affektiver Tonusverlust), zerebelläre Anfälle „(cerebellar fits").

Anlage 3

zum Adnex: Epilepsiekranke, Kapitel 3: Lehre in Epileptologie

Lernziel-Katalog für die Weiterbildung zum Nerven-Facharzt: Psychische Befunde bei Epilepsie

A Allgemeine Definitionen
- — Wesensänderung (hirnlokales Psychosyndrom),
- — Demenz (hirndiffuses Psychosyndrom),
- — Verstimmungen,
- — Psychosen,
- — Endoforme Syndrome,
- — Dämmerzustände, Delirien.

B Geschichtliches und Allgemeines.

C Wesensänderungen bei Epilepsie
- — Psychopathologisches Bild,
- — Persönlichkeit und Konstitution,
- — Anfallsformen (z. B. bei psychomotorischen Anfällen, bei Petit mal),
- — Krankheitsverlauf (z. B. bei Schlaf- und bei Aufwach-Grand mal-Epilepsien),
- — Lebensalter (Kinder-Jugendliche-Erwachsene),
- — Aetiologien (bei idiopathischen-, bei symptomatischen Epilepsien),
- — Pathogenese,
- — Umweltbedingte Faktoren (psychisch-reaktive Komponenten),
- — EEG-Befunde (z. B. interictale Grundaktivität; ictale Krampfaktivität u. a. m.),
- — Testpsychologische Befunde.

D Demenzen bei Epilepsie
- — Psychopathologisches Bild,
- — Intelligenzniveau,
- — Anfallsformen,
- — Krankheitsverlauf (z. B. Schwere und Häufigkeit der Anfälle),
- — Aetiologien (u. a. cerebrale Vorschädigungen),
- — Pathogenese,
- — EEG-Befunde,
- — Testpsychologische Befunde,
- — Therapeutische Faktoren,
- — Soziale Faktoren,
- — Operative Eingriffe.

E Problem der reversiblen und irreversiblen Psychosyndrome bei Epilepsie.

F Sozialpsychologische Aspekte, u. a. Kraftfahrtauglichkeit, Verbeamtung, Invalidität, Suicidalität.

G Episodische Verstimmungen bei Epilepsie
- — Psychopathologische Syndrome,
- — Verlauf,
- — EEG-Befunde,
- — Pathogenese (u. a. pharmakogen, Vitamin B_{12}-Mangelpsychosen),
- — Therapie.

H Episodische Psychosen bei Epilepsie
- — Psychopathologische Syndrome,
  - — Produktiv psychotische Episoden,
    - — paranoide
    - — halluzinatorische
    - — paranoid-halluzinatorische
    - — mit anderen Wahnphänomenen
    - — mit Ich-Störung
    - — coenästhetische
    - — depressive
    - — manische
    - — Dämmerzustände
    - — Delirien
    - — andere
  - — Unproduktive psychotische Episoden
    - — Stupor bei Petit mal-Status
    - — einfache Bewußtseinstrübungen
  - — Verlauf,
  - — EEG-Befunde,
  - — Pathogenese,
  - — Therapie.

I Chronische Psychosen bei Epilepsie
- — Psychopathologische Syndrome,
  - — EEG-Befunde,
  - — Therapie,
  - — Soziale Folgen.

Seite

Teil B

Material und ergänzende Daten zur Bestandsaufnahme

I. Ausgewählte Daten 88

II. Die für die Erhebung der Sachverständigen-Kommission verwendeten Erhebungsbogen 158

III. Verzeichnis der in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission einbezogenen Krankenhaus-Einrichtungen sowie der Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke 175

IV. Bericht über die Durchführung der Haupterhebung durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information 184

Im Auftrag der Sachverständigen-Kommission durchgeführte Untersuchungen *)

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Ausbildung und Personal"

Ausbildungsangebot für psychiatrisches Pflegepersonal — eine empirische Untersuchung — (von E. von Freytag-Loringhoven, K. Gante, J.-J. Koch, M. Rave-Schwank) 188

Ausbildungsprogramme und Ausbildungsplanung an den Ausbildungsstätten für Beschäftigungstherapie bzw. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zur Ermittlung des psychiatrischen Ausbildungsanteils (von Ch. Haerlin, I. Viethsen) 257

Ausbildungsprogramme und -planung an Fachhochschulen für Sozialwesen (von G. Theine) 268

Ausbildung in anderen Ländern — dargestellt an einigen Berufsgruppen —

A) Ausbildung der Psychiater in England (von R. Richter) 276

B) Ausbildung der Psychiater in Schweden (von R. Richter) 299

C) Ausbildung der Psychiater in Norwegen — Ausbildung zum Spezialisten in der Psychiatrie (von R. Richter) 301

D) Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals in anderen Ländern (von R. Richter) 302

E) Entwicklung und Stand der psychiatrischen Ausbildung von Sozialarbeitern (von W. Dietrich) 314

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste"

Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten — Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (von G. Bosch, A. Pietzcker) 344

Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in drei Kreisen Oberbayerns (von H. Dilling, S. Weyerer) 361

Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den drei Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein (von H. Dilling, S. Weyerer) 382

Frührentner (von H. Koester) 400

*) Die abgedruckten Texte geben die Auffassungen der Verfasser, nicht jedoch unbedingt die der Sachverständigen-Kommission wieder.

Seite

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste"

Stellungnahme zu den Betriebs- und Arbeitsabläufen im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg und Vorschläge zu deren Optimierung (Deutsches Krankenhausinstitut e. V. Düsseldorf) 404

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie"

Untersuchungen zur Bedarfsermittlung eines Versorgungssystems für somatisch und psychisch auffällige Kinder und Jugendliche (von G. Kohlscheen) 432

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie"

Probleme bei der Betreuung psychisch veränderter und/oder geistig-seelischer behinderter und/oder gestörter alter Menschen im Heim (von S. Gössling) 458

Bericht über die Untersuchung „der Alterspatienten in der Sprechstunde des Internisten und des praktischen Arztes" (mit Fahimeh und Hossein Mohebby) (von J.-E. Meyer) 478

Untersuchung über die Größenordnung von psychischen Störungen und die Versorgung von psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern (internistische und chirurgische Abteilungen) (von H. Siede, R. Lindner, K. Wollbrink) 480

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Suchtkranke"

Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland (von K. Wanke) 488

Katamnestische Untersuchungen an ambulant und stationär behandelten Alkoholikern (von W. Feuerlein) 506

„Ist-Daten" zum Abhängigkeitsproblem (Alkohol, Rauschmittel, Arzneimittel) in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin (von W. Keup) 521

Die gegenwärtige Situation in der Nachsorge der aus stationärer Behandlung entlassenen Drogenabhängigen („Schwundproblematik") (von L. Barth, A. Huhn, W. Keup, I. Marckwort) 565

Gutachten, die von der Sachverständigen-Kommission in Auftrag gegeben wurden

Überblick über die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Europa (von A. R. May) 576

Die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland (von J. K. Wing) 629

Psychiatrische Gesundheitsdienste in den Niederlanden (von R. Giel) 654

Die Situation der psychisch Kranken in Dänemark im Jahre 1974 (von E. Strömgren) 665

Die Fürsorge für geistig Behinderte in Dänemark (von N. E. Bank-Mikkelsen) 676

Die psychiatrische Versorgung in Schweden (von H. Forssman) 696

Psychiatrische Versorgung in Canada — System oder Nichtsystem? (von C. M. Smith) 715

Planung und Durchführung psychiatrischer Dienste in den USA (von M. Greenblatt) 749

Primärprävention psychischer Störungen (von L. Ciompi) 760

Heutiger Kenntnisstand der genetischen Prävention (von G. G. Wendt) 787

Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien (von D. Bennett) 797

Seite

Beitrag der Verhaltenstherapie zur Versorgung psychisch Kranker in der Bevölkerung (von D. Schulte) 828

Die Versorgung und Rehabilitation der Hirnverletzten in der Bundesrepublik Deutschland — Gegenwärtiger Stand und notwendige Maßnahmen — (von I. Pampus) 835

Zum Problem des Personalbedarfs in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter (SAB-Institut für sozioökonomische Strukturforschung GmbH.) 864

Was sagen katamnestische Untersuchungen über die Effektivität stationär psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus? (von R. Göllner) 921

Zu Fragen der Organisation (juristische Stellung, Finanzierung und Strukturierung) von psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten (von H. Roskamp, H. Schmid) 942

Familientherapie (von U. Wegener) 954

Über die Situation der Psychotherapie/Psychosomatik im Gesamtgebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie (von H. J. Prill) 959

Über die Lage der Psychotherapie in der Pädiatrie der Bundesrepublik (von G. Biermann) 965

Zur Lage der psychotherapeutischen Versorgung von Studenten durch die Beratungsstellen für Studenten an den westdeutschen Hochschulen (von U. Lindig) 971

Primäre Prävention in Wohnungsbau und Stadtplanung — Psychosoziale Aspekte (von Ch. Mühlich- von Staden, W. Mühlich) 979

Berichte über Informationsreisen

Die psychiatrische Versorgung in Norwegen. Bericht über eine Informationsreise (Juli 1973) (H. Dilling) 992

Informationsreise nach Moskau und Leningrad (Oktober 1973) (D. von Zerssen) 1002

Sektorisierte Versorgung in Holland. Bericht über eine Informationsreise (April 1974) (I. Rauch, M. Richartz, R. Wienekamp) 1009

Gerontopsychiatrische Einrichtungen in London und Manchester. Bericht über eine Informationsreise (Juli 1973) (H. Behrends, H. Leutiger, H. Siede) 1024

Die Versorgung geistig Behinderter in Dänemark und Schweden. Bericht über eine Informationsreise des Expertenteams „Geistig Behinderte" (Dezember 1973) (G. Bosch, K. Kaempf, H. Koester) 1026

Institution für Epilepsie-Kranke in Holland, Belgien und England (H. von Balluseck, D. Janz, E. Schmidt) 1044

Anhörungen

Anhörung von Frau Dipl.-Psych. Marianne Hegenscheidt zu Fragen des Vergleichs von Verhaltenstherapie und analytischer Psychotherapie 1056

Anhörung von Prof. Dr. P. Fürstenau, einschließlich der Diskussion zu Fragen der Institutionsberatung 1064

Materialien

Übersicht über die Bildungsgänge verschiedener Berufsgruppen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter 1074

Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 25. Mai 1971: Weiterbildung zu Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpflegern/Fachkinderkrankenschwestern 1080

Seite

Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 11. Dezember 1973: Strukturplan für die Neuordnung der beruflichen Bildung in der Krankenpflege 1085

Stellungnahme der DGPN zur Überarbeitung der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten aus dem Jahre 1968 1087

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur Bearbeitung der „Empfehlung des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Aufbau der Medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten" aus dem Jahre 1968 1095

Stellungnahme der Ständigen Konferenz der Hochschullehrer für Psychosomatik/Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (HPPS) für die Neufassung der „Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der Medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten" aus dem Jahre 1968 1103

Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge: Ausarbeitung zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der Sozialarbeiter in der Psychiatrie 1111

Optimalmodell eines Beratungsdienstes an Schulen 1113

Beitrag des Bundesministeriums der Verteidigung zur Wehrpsychiatrie 1114

Gutachten zur Problematik der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter *)

Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Behinderten (M. Bauer) 1116

Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten (A. Finzen) 1130

Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten — aus sozialpsychologischer Sicht (K. R. Scherer) 1140

Gutachten zu Problemen einer differenzierten Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter (W. Stumme) .. 1161

*) Die Gutachten von Bauer, Finzen, Scherer und Stumme sind im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingeholt worden.

Teil B

Material und ergänzende Daten zur Bestandsaufnahme

I. Ausgewählte Daten *)

– Erhebung der Sachverständigen-Kommission –
(Stichtag: 30. Mai 1973)

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Träger, Bettengrößenklassen und Basisdaten

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand	Auf-nahmen	darunter Erstauf-nahmen	Entlas-sungen (ohne Sterbe-fälle)	Sterbe fälle	Pflege-tage
	am 30. Mai 1973			im Jahre 1972				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	130	98 757	94 197	158 034	84 266	143 850	14 328	34 116 608
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	44	3 164	3 021	26 887	13 844	26 215	650	932 480
Universitätskliniken	23	3 507	3 140	34 280	10 088	**30 512**	558	1 140 486
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	17 [1])	3 725	3 420	3 045	2 739	**3 039**	51	1 168 407
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	5	1 030	972	686	545	546	129	355 203
Suchtkranke	22	1 267	1 176	2 744	2 256	2 766	5	354 623
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit								
101 bis 500 Betten	73	16 286	15 874	2 152	1 743	2 608	629	5 210 609
501 und mehr Betten	20	19 482	19 190	2 970	1 657	1 914	457	6 937 389

1) darunter: 5 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

*) Die Reihenfolge der abgedruckten Tabellen orientiert sich — soweit das möglich ist — an der Gliederung des Kapitels A 4 ‚Bestandsaufnahme und Analyse der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland'.

Fachkrankenhäuser
Träger, Bettengrößenklassen und Basisdaten

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand	Auf-nahmen	darunter Erstauf-nahmen	Entlas-sungen (ohne Sterbe-fälle)	Sterbe fälle	Pflege-tage
	am 30. Mai 1973			im Jahre 1972				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie								
insgesamt	130	98 757	94 197	158 034	84 266	143 850	14 328	34 116 608
nach Trägern:								
öffentlich	74	80 351	76 500	129 225	65 938	115 499	12 965	27 979 085
freigemeinnützig	36	13 650	13 083	13 957	9 271	13 630	1 014	4 514 466
privat	20	4 756	4 614	14 852	9 057	14 721	349	1 623 057
davon:								
unter 100 Betten								
insgesamt	21	1 171	1 145	4 090	1 882	4 124	72	364 497
nach Trägern:								
öffentlich [1]	2	160	159	9	8	7	—	33 926
freigemeinnützig	9	528	518	592	420	546	26	164 715
privat	10	483	468	3 489	1 454	3 571	46	165 856
101 bis 500 Betten								
insgesamt	37	9 373	8 985	18 992	10 458	18 285	990	3 121 512
nach Trägern:								
öffentlich	11	3 189	3 034	7 990	3 148	7 426	387	1 008 474
freigemeinnützig	20	5 215	5 027	8 251	4 903	8 188	542	1 807 344
privat	6	969	924	2 751	2 407	2 671	61	305 694
501 bis 1 000 Betten								
insgesamt	28	21 065	20 555	31 591	17 406	31 094	2 676	7 538 007
nach Trägern:								
öffentlich	20	15 856	15 494	20 464	10 331	20 133	2 262	5 879 746
freigemeinnützig	5	3 241	3 118	3 557	2 820	3 422	302	965 256
privat	3	1 968	1 943	7 570	4 255	7 539	112	693 005
1 001 Betten und mehr								
insgesamt	44	67 148	63 512	103 361	54 520	90 347	10 590	23 092 592
nach Trägern:								
öffentlich	41	61 146	57 813	100 762	52 451	87 933	10 316	21 056 939
freigemeinnützig	2	4 666	4 420	1 557	1 128	1 474	144	1 577 151
privat	1	1 336	1 279	1 042	941	940	130	458 502

1) Die Rheinische Landesklinik Rheydt ist erst im Januar 1973 in Betrieb genommen worden.

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Schleswig-Holstein

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	8	6 547	6 051
nach Trägern:			
öffentlich	4	4 750	4 292
freigemeinnützig	3	1 746	1 708
privat	1	51	51
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	2	96	96
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	1	45	45
privat	1	51	51
101 bis 500 Betten			
insgesamt	2	653	655
nach Trägern:			
öffentlich	1	202	216
freigemeinnützig	1	451	439
privat	—	—	—
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	4	5 798	5 300
nach Trägern:			
öffentlich	3	4 548	4 076
freigemeinnützig	1	1 250	1 224
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	8	6 547	6 051
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	—	—	—
Universitätskliniken	2	265	255
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	803	726
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—
Suchtkranke	2	102	94
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	3	658	651
501 und mehr Betten	1	528	508

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Hamburg

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	1	1 739	1 596
nach Trägern:			
öffentlich	1	1 739	1 596
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
101 bis 500 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	1	1 739	1 596
nach Trägern:			
öffentlich	1	1 739	1 596
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1	1 739	1 596
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	4	269	255
Universitätskliniken	1	236	233
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	46	40
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—
Suchtkranke	1	36	9
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	1	272	206
501 und mehr Betten	1	1 277	1 264

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Niedersachsen

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	14	10 438	9 992
nach Trägern:			
öffentlich	9	8 132	7 767
freigemeinnützig	2	234	227
privat	3	2 072	1 998
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	1	28	21
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	1	28	21
101 bis 500 Betten			
insgesamt	5	1 200	1 117
nach Trägern:			
öffentlich	3	966	890
freigemeinnützig	2	234	227
privat	—	—	—
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	2	1 522	1 453
nach Trägern:			
öffentlich	1	814	755
freigemeinnützig	—	—	—
privat	1	708	698
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	6	7 688	7 401
nach Trägern:			
öffentlich	5	6 352	6 122
freigemeinnützig	—	—	—
privat	1	1 336	1 279

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	14	10 438	9 992
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	2	142	141
Universitätskliniken	2	171	164
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3	376	375
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—
Suchtkranke	1	41	40
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	10	1 623	1 521
501 und mehr Betten	3	3 279	3 212

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Bremen

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	2	1 410	1 366
nach Trägern:			
öffentlich	1	1 276	1 234
freigemeinnützig	—	—	—
privat	1	134	132
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
101 bis 500 Betten			
insgesamt	1	134	132
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	1	134	132
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	1	1 276	1 234
nach Trägern:			
öffentlich	1	1 276	1 234
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	2	1 410	1 366
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	—	—	—
Universitätskliniken	—	—	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	—	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—
Suchtkranke	—	—	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	—	—	—
501 und mehr Betten	—	—	—

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Nordrhein-Westfalen

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	34	31 064	29 552
nach Trägern:			
öffentlich	18	22 416	21 342
freigemeinnützig	14	8 276	7 877
privat	2	372	333
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	3	241	240
nach Trägern:			
öffentlich	1	67	63
freigemeinnützig	1	88	88
privat	1	86	89
101 bis 500 Betten			
insgesamt	12	3 654	3 446
nach Trägern:			
öffentlich	3	957	893
freigemeinnützig	8	2 411	2 309
privat	1	286	244
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	5	3 191	3 102
nach Trägern:			
öffentlich	1	830	818
freigemeinnützig	4	2 361	2 284
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	14	23 978	22 764
nach Trägern:			
öffentlich	13	20 562	19 568
freigemeinnützig	1	3 416	3 196
privat	—		—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	34	31 064	29 552
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	22	1 151	1 128
Universitätskliniken	5	664	602
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	7	2 139	1 952
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	2	494	431
Suchtkranke	10	692	651
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	8	1 885	1 844
501 und mehr Betten		6 713	6 561

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Hessen

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	17	9 533	9 262
nach Trägern:			
öffentlich	12	8 729	8 491
freigemeinnützig	2	575	548
privat	3	229	223
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	3	202	201
nach Trägern:			
öffentlich	1	93	96
freigemeinnützig	—	—	—
privat	2	109	105
101 bis 500 Betten			
insgesamt	4	1 078	1 052
nach Trägern:			
öffentlich	1	383	386
freigemeinnützig	2	575	548
privat	1	120	118
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	9	6 931	6 821
nach Trägern:			
öffentlich	9	6 931	6 821
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	1	1 322	1 188
nach Trägern:			
öffentlich	1	1 322	1 188
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	17	9 533	9 262
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3	190	149
Universitätskliniken	3	591	516
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	86	77
Fachkrankenhäuser für			
Gerontopsychiatrie	1	123	123
Suchtkranke	2	106	108
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	6	1 364	1 328
501 und mehr Betten	2	1 291	1 262

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Rheinland-Pfalz

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	9	5 047	4 669
nach Trägern:			
öffentlich	3	3 795	3 455
freigemeinnützig	3	879	848
privat	3	373	366
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	1	76	76
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	1	76	76
101 bis 500 Betten			
insgesamt	5	1 176	1 138
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	3	879	848
privat	2	297	290
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	1	950	898
nach Trägern:			
öffentlich	1	950	898
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	2	2 845	2 557
nach Trägern:			
öffentlich	2	2 845	2 557
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	9	5 047	4 669
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	—	—	—
Universitätskliniken	1	149	95
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	—	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—
Suchtkranke	1	48	48
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	7	2 125	2 068
501 und mehr Betten	1	701	701

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Baden-Württemberg

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	16	10 651	10 347
nach Trägern:			
öffentlich	8	8 231	7 998
freigemeinnützig	5	1 141	1 085
privat	3	1 279	1 264
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	4	176	170
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	3	157	151
privat	1	19	19
101 bis 500 Betten			
insgesamt	1	104	100
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	1	104	100
privat	—	—	—
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	9	7 098	6 916
nach Trägern:			
öffentlich	6	4 958	4 837
freigemeinnützig	1	880	834
privat	2	1 260	1 245
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	2	3 273	3 161
nach Trägern:			
öffentlich	2	3 273	3 161
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	16	10 651	10 347
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3	276	270
Universitätskliniken	4	598	511
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	—	—	—
Fachkrankenhäuser für			
Gerontopsychiatrie	1	354	359
Suchtkranke	1	65	65
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	14	3 052	3 048
501 und mehr Betten	4	3 890	3 879

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Bayern

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	19	17 002	16 322
nach Trägern:			
öffentlich	15	16 768	16 091
freigemeinnützig	1	120	124
privat	3	114	107
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	3	114	107
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	3	114	107
101 bis 500 Betten			
insgesamt	4	801	773
nach Trägern:			
öffentlich	3	681	649
freigemeinnützig	1	120	124
privat	—	—	—
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	2	1 373	1 365
nach Trägern:			
öffentlich	2	1 373	1 365
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	10	14 714	14 077
nach Trägern:			
öffentlich	10	14 714	14 077
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	19	17 002	16 322
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	4	393	364
Universitätskliniken	3	531	477
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	—	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—
Suchtkranke	3	152	153
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	21	4 724	4 640
501 und mehr Betten	2	1 803	1 803

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Saarland

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	2	1 476	1 421
nach Trägern:			
öffentlich	1	1 344	1 281
freigemeinnützig	—	—	—
privat	1	132	140
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
101 bis 500 Betten			
insgesamt	1	132	140
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	1	132	140
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	1	1 344	1 281
nach Trägern:			
öffentlich	1	1 344	1 281
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	2	1 476	1 421
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1	30	30
Universitätskliniken	1	218	205
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	—	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—
Suchtkranke	—	—	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	—	—	—
501 und mehr Betten	—	—	—

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten Träger, Bettengrößenklassen, Basisdaten

Berlin (West)

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie			
insgesamt	8	3 850	3 619
nach Trägern:			
öffentlich	2	3 171	2 953
freigemeinnützig	6	679	666
privat	—	—	—
davon:			
unter 100 Betten			
insgesamt	4	238	234
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	4	238	234
privat	—	—	—
101 bis 500 Betten			
insgesamt	2	441	432
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	2	441	432
privat	—	—	—
501 bis 1 000 Betten			
insgesamt	—	—	—
nach Trägern:			
öffentlich	—	—	—
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—
1 001 Betten und mehr			
insgesamt	2	3 171	2 953
nach Trägern:			
öffentlich	2	3 171	2 953
freigemeinnützig	—	—	—
privat	—	—	—

	Anzahl	Betten	Kranken-bestand
	am 30. Mai 1973		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	8	3 850	3 619
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	5	713	684
Universitätskliniken	1	84	82
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	275	250
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1	59	59
Suchtkranke	1	25	8
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	3	583	568
501 und mehr Betten	—	—	—

Fachkrankenhäuser — Bettengrößenklassen

	Betten insgesamt	davon: Anteil der Betten in Fachkrankenhäusern mit ...			
		bis 100 Betten	101 bis 500 Betten	501 bis 1 000 Betten	1 001 Betten und mehr
		Angaben in %			
Schleswig-Holstein	6 547	1,5	10,0	—	88,6
Hamburg	1 739	—	—	—	100,0
Niedersachsen	10 438	0,3	11,5	14,6	73,7
Bremen	1 410	—	9,5	—	90,5
Nordrhein-Westfalen	31 064	0,8	11,8	10,3	77,2
Hessen	9 533	2,1	11,3	72,7	13,9
Rheinland-Pfalz	5 047	1,5	23,3	18,8	56,4
Baden-Württemberg	10 651	1,7	1,0	66,6	30,7
Bayern	17 002	0,7	4,7	8,1	86,5
Saarland	1 476	—	8,9	—	91,1
Berlin (West)	3 850	6,2	11,5	—	82,4
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	98 757	1,2	9,5	21,3	68,0

Zahl der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland (31. Mai 1973)

Land	Einwohner (31. Dezember 1972)	Betten insgesamt		davon in öffentlichen Krankenhäusern		in freigemeinnützigen Krankenhäusern	in privaten Krankenhäusern
		absolut	Betten/ 1 000 Einwohner	absolut	Betten/ 1 000 Einwohner		
Schleswig-Holstein [1]	2 563 775	5 345	2,08	4 548	1,77	746	51
Hamburg [1]	1 766 214	2 941	1,67	1 941	1,10	1 000	—
Niedersachsen	7 214 828	10 438	1,45	8 132	1,13	234	2 072
Bremen	734 330	1 410	1,92	1 276	1,74	—	134
Nordrhein-Westfalen	17 192 897	31 064	1,81	22 416	1,30	8 276	372
Hessen	5 532 965	9 533	1,72	8 729	1,58	575	229
Rheinland-Pfalz	3 690 372	5 047	1,37	3 795	1,03	879	373
Baden-Württemberg	9 154 152	10 651	1,16	8 231	0,90	1 141	1 279
Bayern	10 778 661	17 002	1,58	16 768	1,56	120	114
Saarland	1 118 569	1 476	1,32	1 344	1,20	—	132
Berlin (West)	2 062 615	3 850	1,87	3 171	1,54	679	—
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	61 809 378	98 757	1,60	80 351	1,30	13 650	4 756

1) Bei dieser Aufstellung sind 202 Betten des Heinrich-Sengelmann-Krankenhauses und 1 000 (der insgesamt 1 250) Betten der Ricklinger Anstalten nicht bei Schleswig-Holstein, sondern bei Hamburg mitgezählt, da diese Betten für die psychiatrische Versorgung Hamburgs vorgehalten werden.

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie in öffentlicher Trägerschaft mit festgelegten Einzugsgebieten

	Krankenhäuser insgesamt	Bettengrößenklassen			
		bis zu 100 Betten	101 bis 500 Betten	501 bis 1 000 Betten	mehr als 1 001 Betten
Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft	74	2	11	20	41
Krankenhäuser, die Angaben zum Einzugsgebiet gemacht haben	59	1	4	17	37
darunter:					
größte Entfernung zur Peripherie:					
bis 25 km	1	1	—	—	—
26 bis 50 km	12	—	2	3	7
51 bis 75 km	12	—	—	4	8
76 bis 100 km	19	—	1	5	13
über 100 km	15	—	1	5	9
größte Entfernung zur Peripherie (Durchschnittswert) in km	88 km	10 km	72 km	92 km	90 km

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	9,1		2,1	33,6
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4	3,9	3,9	3,7	4,6
Schizophrener Formenkreis	295	36,7	0,6	39,2	32,0
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	5,8	0,1	5,5	7,4
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0	2,4	0,1	1,9	4,0
Neurotische Leiden	300	1,5	1,6	1,9	0,4
Persönlichkeitsstörungen	301, 302	1,9	1,3	2,1	1,0
Suchten:					
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	8,1	0,2	9,6	4,0
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7	0,5	0,6	0,6	0,0
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304, 1—3, 8—9	0,7	0,0	0,8	0,2
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	0,4		0,5	0,1
Psychosomatische Störungen	305—308	0,6	5,4	0,6	0,2
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2,309,4	4,8	9,3	5,4	2,1
ohne psychische Störungen	345	1,2	0,6	1,5	0,5
Schwachsinnsformen:					
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310	0,4	3,1	0,5	0,1
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	2,4	4,8	2,8	0,7
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	6,4	12,2	7,3	2,9
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 u. 314	6,6	30,6	7,2	2,2
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315	2,6	24,1	2,5	0,7
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen					
a) neurologisch		2,7	0,9	2,9	2,1
b) internistisch		0,1		0,0	0,1
c) sonstige		0,5	0,1	0,5	0,5
Übrige Kranke		0,7	0,3	0,8	0,5
Krankenbestand insgesamt		94 197	2 122	70 974	21 101

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)
Träger: öffentlich

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	9,4		2,0	35,2
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4	3,8	4,2	3,5	4,9
Schizophrener Formenkreis	295	38,5	0,7	41,7	31,8
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	5,5	0,1	5,1	7,3
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0	2,2	0,2	1,8	3,8
Neurotische Leiden	300	1,1	1,6	1,4	0,3
Persönlichkeitsstörungen	301, 302	1,9	1,4	2,2	0,9
Suchten:					
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	9,1	0,2	10,8	4,4
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7	0,6	0,2	0,7	0,0
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304, 1—3, 8—9	0,7	0,1	0,8	0,2
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	0,4		0,5	0,1
Psychosomatische Störungen	305—308	0,5	6,0	0,4	0,1
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2, 309,4	2,9	2,6	3,3	1,4
ohne psychische Störungen	345	1,2	0,4	1,4	0,5
Schwachsinnsformen:					
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310	0,5	3,3	0,5	0,1
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	2,3	5,1	2,7	0,6
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	6,1	13,0	6,9	2,5
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 u. 314	6,8	32,5	7,4	2,1
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315	3,2	27,2	3,1	0,9
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen					
a) neurologisch		2,6	1,0	2,7	2,2
b) internistisch		0,0		0,0	0,1
c) sonstige		0,1	0,1	0,1	0,1
Übrige Kranke		0,7	0,4	0,8	0,6
Krankenbestand insgesamt		76 500	1 882	57 306	17 312

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)
Träger: frei-gemeinnützig

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	7,0		2,0	25,3
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4	3,1	2,2	2,9	3,8
Schizophrener Formenkreis	295	28,6		28,8	30,4
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	5,8		5,5	7,5
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0	3,0		2,5	5,2
Neurotische Leiden	300	2,9	1,7	3,6	0,7
Persönlichkeitsstörungen	301, 302	1,9	0,9	2,0	1,6
Suchten:					
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	3,3	0,4	3,8	1,9
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7	0,2		0,2	
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304, 1—3,8—9	0,5		0,6	0,1
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	0,3		0,4	0,1
Psychosomatische Störungen	305—308	0,9	0,9	1,0	0,8
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2,309,4	16,4	65,1	18,1	6,8
ohne psychische Störungen	345	1,2	2,2	1,3	0,7
Schwachsinnsformen:					
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310	0,4	1,3	0,4	0,3
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	3,4	2,6	3,9	1,7
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	8,9	6,1	10,0	5,3
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 u. 314	6,6	16,2	7,6	2,6
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315				
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen					
a) neurologisch		1,7		1,8	1,6
b) internistisch		0,1		0,1	0,4
c) sonstige		2,8	0,4	2,9	2,9
Übrige Kranke		0,7		0,9	0,3
Krankenbestand insgesamt		13 083	229	10 007	2 847

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)
Träger: privat

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	8,7		3,5	29,2
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4	8,1		9,6	2,2
Schizophrener Formenkreis	295	30,0		27,0	41,9
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	12,0		12,6	9,7
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0	2,9		3,0	2,4
Neurotische Leiden	300	4,7		5,8	0,4
Persönlichkeitsstörungen	301, 302	1,7		2,0	0,7
Süchte:					
a) Alkoholpsy[illegible]	291, 303	4,7		5,5	1,4
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7	0,7	100,0	0,6	
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304, 1—3,8—9	0,5		0,6	0,1
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	0,6		0,8	
Psychosomatische Störungen	305—308	2,0		2,4	0,4
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2,309,4	3,0		3,4	1,7
ohne psychische Störungen	345	2,2		2,7	0,2
Schwachsinnsformen:					
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310	0,1		0,0	0,1
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	1,2		1,3	0,6
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	3,9		4,1	2,9
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 u. 314	3,9		4,2	3,1
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315				
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen					
a) neurologisch		9,0		10,6	2,9
b) internistisch		0,0		0,0	
c) sonstige		0,0		0,0	
Übrige Kranke		0,1		0,1	
Krankenbestand insgesamt		4 614	11	3 661	942

Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	6,5		2,1	28,7
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4	3,5	6,3	3,0	6,2
Schizophrener Formenkreis	295	12,2		13,8	4,8
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	14,0		13,7	16,0
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0	3,3		2,9	5,0
Neurotische Leiden	300	7,4	12,5	8,7	0,8
Persönlichkeitsstörungen	301, 302	2,6		2,9	1,4
Suchten:					
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	8,9		10,0	4,0
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7	1,1		1,3	0,2
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304, 1—3,8—9	1,1		1,2	0,4
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	0,6		0,8	
Psychosomatische Störungen	305—308	1,5		1,7	0,6
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2,309,4	1,8		2,0	0,8
ohne psychische Störungen	345	2,0		2,4	0,2
Schwachsinnsformen:					
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310	0,2		0,3	
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	0,4		0,5	
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	0,5		0,7	
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 u. 314	0,3		0,4	
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315	0,3		0,4	
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen					
a) neurologisch		30,4	81,3	30,2	29,5
b) internistisch		0,4		0,4	0,6
c) sonstige		0,1		0,1	0,4
Übrige Kranke		0,5		0,6	0,4
Krankenbestand insgesamt		3 021	16	2 498	507

Universitätskliniken

Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	3,6		1,5	26,8
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4	5,5	6,5	5,2	8,4
Schizophrener Formenkreis	295	17,4	4,0	19,7	0,8
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	17,4	3,2	17,7	22,0
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0	3,7	0,8	4,0	2,8
Neurotische Leiden	300	11,7	17,7	12,5	1,2
Persönlichkeitsstörungen	301, 302	3,7	9,7	3,7	0,8
Suchten:					
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	4,9		5,6	0,4
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7	1,5		1,8	
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304, 1—3,8—9	1,9		2,2	0,4
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	1,2		1,3	0,8
Psychosomatische Störungen	305—308	2,7	31,5	1,5	
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2,309,4	1,4	3,2	1,5	
ohne psychische Störungen	345	0,9	3,2	0,9	
Schwachsinnsformen:					
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310	0,5	3,2	0,4	
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	0,4	4,8	0,2	
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	0,2	3,2	0,1	
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 u. 314	0,1		0,1	
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315				
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen					
a) neurologisch		20,3	4,0	19,8	33,6
b) internistisch		0,4		0,2	2,0
c) sonstige					
Übrige Kranke		0,4	4,8	0,2	
Krankenbestand insgesamt		3 140	136	2 729	275

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen	
			bis unter 15 Jahre	15 Jahre und darüber
		Angaben in %		
Organische psychiatrische Erkrankungen einschließlich organischer Demenzprozesse	292—294 (außer 293,2)	1,3	0,1	2,9
Chronische organische und endokrine Psychosyndrome (z. B. Folgen frühkindlicher Hirnschädigungen ohne Schwachsinn)	309 (außer 309,4)	2,6	3,9	0,6
SchizophrenerFormenkreis	295	0,7	0,6	0,8
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	0,7	0,2	1,3
Andere Psychosen (paranoide, reaktive, einschließlich Entwicklungskrisen psychotischen Ausmaßes)	297—299 außer 298,0	0,2	0,1	0,3
Neurotische Leiden	300	4,1	5,9	1,5
Persönlichkeitsstörungen, Dissozialität, Psychopathien, sexuelle Verhaltensabweichungen	301, 302	1,4	1,3	1,6
Suchten:				
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	0,1		0,1
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7	0,4	0,0	0,9
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304, 1—3, 8—9	0,0		0,1
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304			
Psychosomatische Störungen	305, 306,4—8	1,1	1,8	0,1
Lern-, Teilleistungs- und psychomotorische Störungen	306,0—3	1,8	2,8	0,2
Autismus (Kanner) und autistische Syndrome	306,9	1,0	1,5	0,3
Anpassungsstörungen und abnorme Erlebnisreaktionen der Kindheit und Adoleszenz	307, 308	2,6	3,8	0,9
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2 309,4	2,9	2,5	3,3
ohne psychische Störungen	345	0,7	1,1	0,1
Schwachsinnsformen:				
Einfache Minderbegabung (einschl. Lernbehinderte) (IQ über 70)	310	4,7	6,6	1,9
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	8,6	10,2	6,3
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	17,0	16,1	18,4
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 und 314	43,1	37,0	52,0
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315			
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen:				
a) neurologisch		0,2	0,3	
b) pädiatrisch-internistisch				
c) sonstige		0,5		1,3
Übrige Kranke		4,5	4,0	5,2
Krankenbestand insgesamt		3 420	2 048	1 372

Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie

Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	*18,4*	*4,7*	*30,2*
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4	*7,6*	*8,5*	*6,8*
Schizophrener Formenkreis	295	*17,5*	*18,6*	*16,6*
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	*4,4*	*5,1*	*3,7*
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0	*3,0*	*1,6*	*4,3*
Neurotische Leiden	300	*1,8*	*3,8*	
Persönlichkeitsstörungen	301, 302	*2,1*	*2,5*	*1,7*
Suchten:				
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	*3,1*	*3,1*	*3,1*
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7			
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304,1—3,8—9			
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304			
Psychosomatische Störungen	305—308	*0,2*	*0,2*	*0,2*
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2, 309,4	*3,6*	*4,5*	*2,9*
ohne psychische Störungen	345	*0,9*	*1,6*	*0,4*
Schwachsinnsformen:				
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310	*0,2*	*0,4*	
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	*3,0*	*3,8*	*2,3*
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	*12,2*	*15,7*	*9,3*
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 und 314	*7,6*	*12,3*	*3,5*
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315			
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen				
a) neurologisch		*8,9*	*10,7*	*7,4*
b) internistisch		*1,9*	*0,9*	*2,7*
c) sonstige		*2,0*	*0,4*	*3,3*
Übrige Kranke		*1,7*	*1,6*	*1,7*
Krankenbestand insgesamt		972	451	521

Fachkrankenhäuser für Suchtkranke

Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0				
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4				
Schizophrener Formenkreis	295				
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0				
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0				
Neurotische Leiden	300				
Persönlichkeitsstörungen	301, 302				
Suchten:					
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	*88,1*		*88,0*	*100,0*
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7	*6,1*		*6,1*	
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304,1—3,8—9	*1,3*		*1,3*	
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	*4,5*		*4,6*	
Psychosomatische Störungen	305—308				
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2, 309,4				
ohne psychische Störungen	345				
Schwachsinnsformen:					
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310				
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311				
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312				
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 und 314				
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315				
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen					
a) neurologisch					
b) internistisch					
c) sonstige					
Übrige Kranke					
Krankenbestand insgesamt		1 176		1 173	*3*

Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke (101 und mehr Betten)

Verteilung der Diagnosen (30. Mai 1973)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Krankenbestand	Altersgruppen		
			bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	5,2		1,6	28,3
Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292—294, 309 außer 293,0,2 und 309,4	2,6	0,4	2,4	5,9
Schizophrener Formenkreis	295	5,5	0,2	5,9	10,9
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	0,4	0,0	0,4	1,2
Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297—299 außer 298,0	0,8	0,0	0,9	1,5
Neurotische Leiden	300	0,3	0,0	0,3	0,4
Persönlichkeitsstörungen	301, 302	0,9	0,4	1,1	0,7
Suchten:					
a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne d)	291, 303	2,7		3,4	3,0
b) Drogenabhängigkeit (ohne d)	304, 0,4—7				
c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne d)	304,1—3,8—9	0,1		0,1	0,0
d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	0,2		0,2	0,1
Psychosomatische Störungen	305—308	0,1	0,4	0,0	0,2
Anfallsleiden mit psychischen Störungen	293,2, 309,4	4,1	3,6	4,7	2,2
ohne psychische Störungen	345	0,7	0,8	0,6	0,8
Schwachsinnsformen:					
Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderte (IQ über 70)	310	5,4	13,7	3,8	1,3
Leichter Schwachsinn (IQ 70—50)	311	16,5	25,0	15,8	8,0
Erheblicher Schwachsinn (IQ unter 50—35)	312	22,4	22,7	24,9	11,4
Schwerer Schwachsinn (IQ unter 35)	313 und 314	15,2	19,3	16,5	3,9
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315	6,2	6,3	6,1	6,3
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen					
a) neurologisch		0,9	0,0	0,9	1,7
b) internistisch		0,8	0,0	0,3	3,8
c) sonstige		2,5	0,7	2,6	4,2
Übrige Kranke		6,7	6,4	7,3	4,3
Krankenbestand insgesamt		35 064	6 952	22 863	5 249

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Krankenbestand nach Diagnosen

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose) Krankenbestand am 30. Mai 1973	Patienten in						
	Fachkrankenhäusern	Fachabteilungen	Universitätskliniken	Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie	Fachkrankenhäusern für Suchtkranke	Heimen und Anstalten
	Angaben in %						
Psychiatrische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	*13,0*	*10,1*	*9,1*	*3,8*	*25,9*		*7,8*
Schizophrener Formenkreis	*36,7*	*12,2*	*17,4*	*0,7*	*17,5*		*5,5*
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	*8,2*	*17,3*	*21,2*	*0,8*	*7,4*		*1,3*
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	*4,0*	*11,6*	*18,1*	*12,0*	*4,0*		*1,3*
Suchten	*9,6*	*11,7*	*9,6*	*0,5*	*3,1*	*100,0*	*2,9*
Anfallsleiden	*6,0*	*3,8*	*2,3*	*3,6*	*4,6*		*4,8*
Schwachsinnsformen	*18,5*	*1,8*	*1,2*	*73,4*	*23,0*		*65,6*
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurologisch, internistisch), übrige Kranke	*4,0*	*31,5*	*21,1*	*5,2*	*14,4*		*10,8*
Krankenbestand insgesamt	94 197	3 021	3 140	3 420	972	1 176	35 064

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Krankenbestand nach Diagnosen und Bettengrößenklassen

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose) Krankenbestand am 30. Mai 1973	Patienten insgesamt	davon: in Fachkrankenhäusern mit ...			
		unter 100 Betten	101 bis 500 Betten	501 bis 1 000 Betten	1 001 und mehr Betten
	Angaben in %				
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	*13,0*	*9,5*	*13,1*	*15,3*	*12,3*
Schizophrener Formenkreis	*36,7*	*27,0*	*30,1*	*37,9*	*37,5*
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	*8,2*	*17,0*	*14,4*	*7,3*	*7,4*
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	*4,0*	*17,7*	*8,1*	*3,4*	*3,3*
Suchten	*9,6*	*7,6*	*9,2*	*8,2*	*10,2*
Anfallsleiden	*6,0*	*6,9*	*4,4*	*5,3*	*6,5*
Schwachsinnsformen	*18,5*	*12,0*	*14,1*	*19,1*	*19,1*
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen, (neurologisch, internistisch), übrige Kranke	*4,0*	*2,1*	*6,6*	*3,3*	*3,8*
Krankenbestand insgesamt	94 197	1 145	8 985	20 555	63 512

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Krankenbestand nach Diagnosen

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose) Krankenbestand am 30. Mai 1973	Patienten insgesamt	davon: in Fachkrankenhäusern nach Trägern		
		öffentlich	frei, gemeinnützig	privat
	Angaben in %			
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	13,0	13,3	10,1	16,8
Schizophrener Formenkreis	36,7	38,5	28,6	30,0
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	8,2	7,7	8,8	14,9
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	4,0	3,5	5,7	8,4
Suchten	9,6	10,7	4,3	6,6
Anfallsleiden	6,0	4,1	17,6	5,3
Schwachsinnsformen	18,5	18,8	19,4	9,0
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurologisch, internistisch), übrige Kranke	4,0	3,5	5,5	9,1
Krankenbestand insgesamt	94 197	76 500	13 083	4 614

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Krankenbestand nach Diagnosen und Alter
(bis 15 Jahre)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose) Krankenbestand am 30. Mai 1973	Patienten in						
	Fachkrankenhäusern	Fachabteilungen	Universitätskliniken	Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fachkrankenhäusern für		Heimen und Anstalten
					Gerontopsychiatrie	Suchtkranke	
	Angaben in %						
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	3,9	6,3	6,5	4,0			0,4
Schizophrener Formenkreis	0,6		4,0	0,6			0,2
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	0,2		4,0	0,3			0,0
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	8,4	12,5	58,9	17,1			0,8
Suchten	0,9			0,0			
Anfallsleiden	9,9		6,5	3,7			4,4
Schwachsinnsformen	74,7		11,3	69,9			87,0
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurologisch, internistisch), übrige Kranke	1,3	81,3	8,9	4,3			7,2
Krankenbestand insgesamt	2 122	16	136	2 048			6 952

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Krankenbestand nach Diagnosen und Alter

(15 bis 65 Jahre)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose) Krankenbestand am 30. Mai 1973	Patienten in						
	Fachkrankenhäusern	Fachabteilungen	Universitätskliniken	Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie	Fachkrankenhäusern für Suchtkranke	Heimen und Anstalten
	Angaben in %						
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	5,7	5,0	6,6	3,5	13,2		4,0
Schizophrener Formenkreis	39,2	13,8	19,7	0,8	18,6		5,9
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	7,5	16,6	21,6	1,6	6,7		1,3
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	4,6	13,4	17,7	4,5	6,5		1,4
Suchten	11,5	13,3	10,9	1,1	3,1	100,0	3,7
Anfallsleiden	6,9	4,4	2,4	3,4	6,0		5,3
Schwachsinnsformen	20,3	2,2	0,8	78,6	32,2		67,1
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurologisch, internistisch), übrige Kranke	4,3	31,3	20,2	6,5	13,6		11,1
Krankenbestand ingesamt	70 974	2 498	2 729	1 372	451	1 173	22 863

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Krankenbestand nach Diagnosen und Alter

(65 Jahre und älter)

Diagnosegruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose) Krankenbestand am 30. Mai 1973	Patienten in						
	Fachkrankenhäusern	Fachabteilungen	Universitätskliniken	Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie	Fachkrankenhäusern für Suchtkranke	Heimen und Anstalten
	Angaben in %						
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	38,2	34,9	35,2		36,9		34,1
Schizophrener Formenkreis	32,0	4,8	0,8		16,6		10,9
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	11,4	21,0	24,8		7,9		2,7
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	1,5	2,8	2,0		1,9		1,3
Suchten	4,3	4,6	1,6		3,1	100,0	3,1
Anfallsleiden	2,6	1,0			3,3		2,9
Schwachsinnsformen	6,7				15,1		30,9
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurologisch, internistisch), übrige Kranke	3,2	30,9	35,6		15,1		14,1
Krankenbestand ingesamt	21 101	507	275		521	3	5 249

Fachkrankenhäuser
Träger und durchschnittliche Verweildauer [1]) im Jahre 1972

	Anzahl der Einrichtungen	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
Träger:		
öffentlich	73 [2])	220,3
frei-gemeinnützig	33 [2])	317,2
privat	17 [2])	101,3

Fachkrankenhäuser
Bettengrößenklassen und durchschnittliche Verweildauer [1]) im Jahre 1972

	Anzahl der Einrichtungen	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
Bettengrößenklassen:		
unter 100 Betten	18 [2])	87,8
101 bis 500 Betten	33 [2])	155,6
501 bis 1 000 Betten	28	230,7
1 001 und mehr Betten	44	230,2

Fachkrankenhäuser
Träger, Bettengrößenklassen und durchschnittliche Verweildauer[1]) im Jahre 1972

	Anzahl der Einrichtungen	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
Träger:		
öffentlich		
unter 500 Betten	12 [2])	131,9
501 und mehr Betten	61	226,2
frei-gemeinnützig		
unter 500 Betten	26 [2])	216,9
501 und mehr Betten	7	486,3
privat		
unter 500 Betten	13 [2])	57,7
501 und mehr Betten	4	132,9

Fachabteilungen, Universitätskliniken
durchschnittliche Verweildauer[1]) im Jahre 1972

	Anzahl der Einrichtungen	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
Fachabteilungen	36 [2])	35,37
Universitätskliniken	20 [2])	32,06

1) Durchschnittliche Verweildauer = $\frac{\text{Pflegetage} \times 2}{\text{Zugang} + \text{Abgang}}$

2) Bei dieser Aufstellung sind nur diejenigen Fachkrankenhäuser berücksichtigt worden, die Angaben zu „Pflegetagen", „Zugängen" und „Abgängen" gemacht haben.

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Angaben zur Aufenthaltsdauer der Patienten am 30. Mai 1973

	Patienten insgesamt	darunter mit Angaben zur Aufenthaltsdauer	davon: bis unter 3 Monate	3 Monate bis unter 1 Jahr	1 Jahr bis unter 2 Jahre	2 Jahre bis unter 5 Jahre	5 Jahre bis unter 10 Jahre	10 Jahre und darüber
			Angaben in %					
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	94 197	85 260	21	13	8	13	15	31
davon:								
unter 100 Betten	1 145	972	40	11	7	26	10	7
101 bis 500 Betten	8 985	7 045	31	15	7	13	14	21
501 bis 1 000 Betten	20 555	17 959	20	12	7	13	14	34
1 001 und mehr Betten	63 512	59 284	19	13	8	13	15	32
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 021	2 353	83	11	2	3	0	0
Universitätskliniken	3 140	2 116	87	12	1	—	—	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 420	2 610	15	9	9	16	21	30
Fachkrankenhäuser für								
Gerontopsychiatrie	972	964	9	11	7	16	17	40
Suchtkranke	1 176	1 028	30	64	1	2	4	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit								
101 bis 500 Betten	15 874	9 611	2	6	7	20	22	43
501 und mehr Betten	19 190	8 084	2	7	4	12	21	55

Fachkrankenhäuser
Träger und durchschnittliche Bettenausnutzung[1] im Jahre 1972

	Anzahl der Einrichtungen	durchschnittliche Bettenausnutzung
Träger:		
öffentlich	71 [2])	97,1
frei-gemeinnützig	35 [2])	90,7
privat	20	94,4

Fachkrankenhäuser
Bettengrößenklassen und durchschnittliche Bettenausnutzung [1]) im Jahre 1972

	Anzahl der Einrichtungen	durchschnittliche Bettenausnutzung
Bettengrößenklassen:		
unter 100 Betten	19 [2])	94,0
101 bis 500 Betten	36 [2])	92,4
501 bis 1 000 Betten	28	97,8
1 001 und mehr Betten	43 [2])	96,1

Fachkrankenhäuser
Träger, Bettengrößenklassen und durchschnittliche Bettenausnutzung[1])
im Jahre 1972

	Anzahl der Einrichtungen	durchschnittliche Bettenausnutzung
Träger:		
öffentlich		
unter 500 Betten	11 [2])	90,6
501 und mehr Betten	60 [2])	97,4
frei-gemeinnützig		
unter 500 Betten	28 [2])	94,5
501 und mehr Betten	7	87,9
privat		
unter 500 Betten	16	88,7
501 und mehr Betten	4	96,9

Fachabteilungen, Universitätskliniken
durchschnittliche Bettenausnutzung[1]) im Jahre 1972

	Anzahl der Einrichtungen	durchschnittliche Bettenausnutzung
Fachabteilungen	40 [2])	95,14
Universitätskliniken	22 [2])	90,74

1) Durchschnittliche Bettenausnutzung = $\frac{\text{Pflegetage} \times 100}{(\text{Planmäßige Betten} + \text{zusätzlich aufgestellte Betten}) \times 365\ (366)}$

2) Bei der Berechnung der durchschnittlichen Bettenausnutzung sind die Einrichtungen berücksichtigt worden, die Angaben zu den Pflegetagen im Jahre 1972 gemacht haben.

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Ärzte

	Ärzte		davon:			
	Insgesamt	darunter: Vollzeitbeschäftigte	Fachärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	sonstige Ärzte in psychiatrischer Tätigkeit	Ärzte (einschließlich Fachärzte) in nichtpsychiatrischer Tätigkeit
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1 651	1 586	861	19	685	86
davon:						
unter 100 Betten	43	41	24	2	12	5
101 bis 500 Betten	228	215	98	2	112	16
501 bis 1 000 Betten	364	348	192	3	166	3
1 001 und mehr Betten	1 016	982	547	12	395	62
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	252	240	89	1	99	63
Universitätskliniken	517	510	184	15	294	24
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder und Jugendpsychiatrie	91	84	14	35	41	1
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	8	7	4	—	2	2
Suchtkranke	49	24	25	—	10	14
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	68	17	21	4	7	36
501 und mehr Betten	87	65	36	11	24	16
Insgesamt	2 723 [1])	2 533	1 234	85	1 162	242

1) In dieser Zahl sind insgesamt 78 Medizinalassistenten nicht enthalten.

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Personal: Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie

	Insgesamt	darunter:							
		in leitender Funktion	in psychotherapeutischer Ausbildung	mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung	weiblich	Ausländer	Alter in Jahren: bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
					Angaben in %				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	861	314	51	79	*25*	*6*	*1*	*38*	*60*
davon:									
unter 100 Betten	24	13	2	7	*17*	*8*	—	*58*	*42*
101 bis 500 Betten	98	40	3	18	*24*	*10*	*2*	*47*	*51*
501 bis 1 000 Betten	192	70	2	5	*27*	*5*	*2*	*35*	*62*
1 001 und mehr Betten	547	191	44	49	*25*	*5*	*1*	*37*	*62*
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	89	48	3	10	*12*	*6*	—	*65*	*35*
Universitätskliniken	184	56	23	25	*9*	*4*	*1*	*73*	*26*
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	14	7	2	—	*50*	*14*	—	*50*	*50*
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	4	1	—	—	*25*	—	—	*50*	*50*
Suchtkranke	25	15	—	6	*16*	*4*	—	*30*	*70*
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit									
101 bis 500 Betten	21	9	1	5	*19*	*5*	—	*43*	*57*
501 und mehr Betten	36	15	—	4	*22*	*8*	*3*	*46*	*51*

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Personal: Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Insgesamt	darunter:							
		in leitender Funktion	in psychotherapeutischer Ausbildung	mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung	weiblich	Ausländer	Alter in Jahren: bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
	Angaben in %								
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	19	10	—	4	26	5	—	61	39
davon:									
unter 100 Betten	2	2	—	2	—	—	—	100	—
101 bis 500 Betten	2	1	—	—	50	—	—	100	—
501 bis 1 000 Betten	3	1	—	1	33	—	—	—	100
1 001 und mehr Betten	12	6	—	1	25	8	—	64	36
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1	1	—	—	—	—	—	100	—
Universitätskliniken	15	5	—	1	20	—	—	64	36
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	35	21	3	8	37	—	—	44	56
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suchtkranke	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit									
101 bis 500 Betten	4	2	1	1	25	25	—	75	25
501 und mehr Betten	11	1	—	1	27	27	—	70	30

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Personal: Sonstige Ärzte in psychiatrischer Tätigkeit

	Insgesamt	darunter:							
		in leitender Funktion	in psychotherapeutischer Ausbildung	mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung	weiblich	Ausländer	Alter in Jahren: bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
	Angaben in %								
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	685	12	59	8	38	9	19	67	14
davon:									
unter 100 Betten	12	—	3	—	58	8	10	80	10
101 bis 500 Betten	112	1	17	3	32	8	19	71	10
501 bis 1 000 Betten	166	6	3	2	43	9	19	61	20
1 001 und mehr Betten	395	5	36	3	36	10	19	68	13
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	99	—	16	—	31	5	22	74	3
Universitätskliniken	294	1	30	9	21	3	42	58	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	41	—	5	6	66	5	26	68	5
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	2	1	—	—	50	—	—	50	50
Suchtkranke	10	—	—	—	20	10	—	80	20
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit									
101 bis 500 Betten	7	1	—	—	29	—	14	14	71
501 und mehr Betten	24	—	—	—	46	—	13	54	33

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Personal: Ärzte (inklusive Fachärzte) in nichtpsychiatrischer Tätigkeit

	Insgesamt	darunter:							
		in leitender Funktion	in psychotherapeutischer Ausbildung	mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung	weiblich	Ausländer	Alter in Jahren: bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
	Angaben in %								
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	86	22	3	4	33	7	7	58	35
davon:									
unter 100 Betten	5	3	2	—	40	20	—	100	—
101 bis 500 Betten	16	3	1	1	6	—	5	40	55
501 bis 1 000 Betten	3	1	—	—	—	—	—	67	33
1 001 und mehr Betten	62	15	—	3	40	8	8	60	32
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	63	13	2	—	27	8	10	86	4
Universitätskliniken	24	—	—	—	21	—	25	63	13
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	—	—	—	—	—	—	—	100
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	2	1	—	—	50	—	—	50	50
Suchtkranke	14	7	—	1	29	7	6	69	25
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit									
101 bis 500 Betten	36	4	1	1	3	—	—	47	53
501 und mehr Betten	16	2	—	—	25	—	7	57	36

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl der Ärzte und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Ärzte insgesamt	1 Arzt je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	1 651	59,8
davon:			
unter 100 Betten	1 171	43	27,2
101 bis 500 Betten ..	9 373	228	41,1
501 bis 1 000 Betten ..	21 065	364	57,9
1 001 und mehr Betten	67 148	1 016	66,1
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	252	12,6
Universitätskliniken	3 507	517	6,8
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	91	40,9
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie ..	1 030	8	128,8
Suchtkranke	1 267	49	25,9
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	155	230,8
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	68	239,5
501 und mehr Betten ..	19 482	87	223,9

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl der Fachärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Fachärzte insgesamt	1 Facharzt je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	861	114,7
davon:			
unter 100 Betten	1 171	24	48,8
101 bis 500 Betten ..	9 373	98	95,6
501 bis 1 000 Betten ..	21 065	192	109,7
1 001 und mehr Betten	67 148	547	122,8
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	89	35,6
Universitätskliniken	3 507	184	19,1
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	49 [1])	76,0
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie ..	1 030	4	257,5
Suchtkranke	1 267	25	50,7
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	57	627,5
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	21	775,5
501 und mehr Betten ..	19 482	36	541,2

[1]) In dieser Zahl enthalten sind 35 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Anzahl der Fachärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Fachärzte insgesamt	1 Facharzt je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	880	112,2
davon:			
unter 100 Betten	1 171	26	45,0
101 bis 500 Betten ..	9 373	100	93,7
501 bis 1 000 Betten ..	21 065	195	108,0
1 001 und mehr Betten	67 148	559	120,1
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	90	35,2
Universitätskliniken	3 507	199	17,6
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	49	76,0
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie ..	1 030	4	257,5
Suchtkranke	1 267	25	50,7
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	72	496,8
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	25	651,4
501 und mehr Betten ..	19 482	47	414,5

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Anzahl der Psychologen und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Psychologen insgesamt	1 Psychologe je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	195	506,4
davon:			
unter 100 Betten	1 171	4	292,8
101 bis 500 Betten ..	9 373	21	446,3
501 bis 1 000 Betten ..	21 065	48	438,9
1 001 und mehr Betten	67 148	122	550,4
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	19	166,5
Universitätskliniken	3 507	70	50,1
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	31	120,2
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie ..	1 030	1	1 030,0
Suchtkranke	1 267	12	105,6
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	46	777,6
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	13	1 252,8
501 und mehr Betten ..	19 482	33	590,4

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Psychologen

	Psychologen		darunter: Psychologen . . .			
	Insgesamt	darunter: Vollzeitbeschäftigte	mit Anerkennung für klinische Psychologie durch die Fachgesellschaft	mit Ausbildung in speziellen psychotherapeutischen Techniken (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie u. a.)	in . . . psychotherapeutischer Ausbildung	mit abgeschlossener . . . psychotherapeutischer Ausbildung
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	195	185	30	60	13	19
davon:						
unter 100 Betten	4	1	2	2	—	3
101 bis 500 Betten	21	19	2	10	4	2
501 bis 1 000 Betten	48	46	9	6	—	5
1 000 und mehr Betten	122	119	17	26	9	9
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	19	18	6	7	7	—
Universitätskliniken	70	69	8	15	14	5
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	31	25	1	7	8	4
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1	1	—	—	—	—
Suchtkranke	12	6	2	8	3	4
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	13	12	2	2	1	2
501 und mehr Betten	33	26	3	7	3	2
Insgesamt	374	342	52	106	49	36

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Personal: Psychologen

	Insgesamt	darunter:							
		in leitender Funktion	in . . . psychotherapeutischer Ausbildung	mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung	weiblich	Ausländer	Alter in Jahren: bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
					Angaben in %				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	195	18	13	19	*47*	*5*	*42*	*51*	*7*
davon:									
unter 100 Betten	4	1	—	3	*75*	—	—	*100*	—
101 bis 500 Betten	21	2	4	2	*57*	*10*	*35*	*60*	*5*
501 bis 1000 Betten	48	6	—	5	*46*	*4*	*54*	*44*	*2*
1001 und mehr Betten	122	9	9	9	*45*	*4*	*40*	*51*	*9*
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	19	2	7	—	*37*	—	*11*	*89*	—
Universitätskliniken	70	3	14	5	*39*	—	*28*	*69*	*3*
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	31	—	8	4	*48*	*6*	*33*	*63*	*3*
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1	—	—	—	—	—	—	*100*	—
Suchtkranke	12	4	3	4	*33*	—	*8*	*83*	*8*
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit									
101 bis 500 Betten	13	4	1	2	*46*	—	*54*	*38*	*8*
501 und mehr Betten	33	9	3	2	*36*	—	*41*	*44*	*16*

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Pflegepersonal

	Pflegepersonal		davon:								
	Insgesamt	darunter: Vollzeitbeschäftigte	Krankenpfleger, Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung	darunter: mit (sozial)psychiatrischer Zusatzausbildung	Krankenpfleger und -schwestern mit verwaltungseigener Prüfung ohne staatliches Krankenpflegeexamen	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	Krankenpflegeschüler und Krankenpflegeschülerinnen	Krankenpflegehelferschüler	Krankenpflegevorschüler	Pflegepersonal ohne Ausbildung
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	23 312	21 535	9 831	1 403	1 508	37	4 060	2 575	742	606	3 953
davon:											
unter 100 Betten	177	162	69	15	14	2	50	5	6	—	31
101 bis 500 Betten	1 850	1 615	783	116	157	14	343	47	46	4	456
501 bis 1000 Betten	4 770	4 341	1 665	345	214	19	1 288	569	268	100	647
1001 und mehr Betten	16 515	15 417	7 314	927	1 123	2	2 379	1 954	422	502	2 819
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1 182	1 077	607	36	45	1	209	134	20	4	162
Universitätskliniken	1 578	1 409	973	209	26	2	196	82	15	8	276
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	1 157	1 100	454	68	36	2	404	96	33	—	132
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	169	131	40	3	4	16	44	—	6	—	59
Suchtkranke	132	127	56	13	14	—	41	—	10	—	11
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit											
101 bis 500 Betten	1 862	1 667	439	79	78	131	267	23	30	1	893
501 und mehr Betten	3 805	3 307	623	88	282	88	627	111	139	60	1 875
Insgesamt ...	33 197	30 353	13 023	1 899	1 993	277	5 848	3 021	995	679	7 361

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Pflegepersonal

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
		Angaben in %				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	23 312	56	6	34	49	18
davon:						
unter 100 Betten	177	55	1	28	45	27
101 bis 500 Betten	1 850	65	8	28	46	26
501 bis 1000 Betten	4 770	54	7	34	49	17
1001 und mehr Betten	16 515	56	6	34	49	17
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1 182	76	13	55	31	14
Universitätskliniken	1 578	63	8	42	38	20
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	1 157	73	5	43	43	13
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	169	63	—	17	56	28
Suchtkranke	132	39	—	25	58	17
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	1 862	68	6	26	43	31
501 und mehr Betten	3 805	57	2	34	46	20

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Personal: Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung ohne sozialpsychiatrische oder psychiatrische Zusatzausbildung

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
		Angaben in %				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	8 428	47	2	17	60	23
davon:						
unter 100 Betten	54	74	—	16	56	29
101 bis 500 Betten	667	62	6	24	48	28
501 bis 1000 Betten	1 320	47	3	16	58	26
1001 und mehr Betten	6 387	46	2	16	61	22
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	571	84	12	47	36	17
Universitätskliniken	764	65	7	42	36	23
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	386	67	2	39	44	16
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	37	65	—	5	46	49
Suchtkranke	43	81	—	44	35	21
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	360	70	4	16	39	45
501 und mehr Betten	535	69	2	25	48	27

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Personal: Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung und sozialpsychiatrischer oder psychiatrischer Zusatzausbildung

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
	Angaben in %					
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1 403	48	2	20	58	22
davon:						
unter 100 Betten	15	80	7	50	29	21
101 bis 500 Betten	116	64	3	23	52	25
501 bis 1000 Betten	345	39	2	15	66	19
1001 und mehr Betten	927	49	2	22	55	23
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	36	61	8	27	58	15
Universitätskliniken	209	75	8	27	51	22
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	68	69	3	48	30	21
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	3	33	—	—	100	—
Suchtkranke	13	31	—	15	69	15
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	79	34	—	13	44	43
501 und mehr Betten	88	70	1	13	44	43

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Personal: Krankenpfleger und Krankenschwestern mit verwaltungseigener Prüfung ohne staatliches Krankenpflegeexamen

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
	Angaben in %					
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1 508	59	4	20	50	30
davon:						
unter 100 Betten	14	100	57	29	57	14
101 bis 500 Betten	157	52	5	22	41	37
501 bis 1000 Betten	214	57	1	5	54	40
1001 und mehr Betten	1 123	60	3	22	51	27
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	45	76	9	32	42	26
Universitätskliniken	26	88	43	14	36	50
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	36	89	3	19	56	25
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	4	25	—	—	75	25
Suchtkranke	14	7	—	—	79	21
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	78	53	10	12	36	52
501 und mehr Betten	282	46	—	13	68	19

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Personal: Altenpfleger und Altenpflegerinnen

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
	Angaben in %					
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	37	38	3	22	49	30
davon:						
unter 100 Betten	2	100	—	—	50	50
101 bis 500 Betten	14	21	7	7	43	50
501 bis 1000 Betten	19	37	—	37	58	5
1001 und mehr Betten	2	100	—	—	—	100
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	1	100	—	—	100	—
Universitätskliniken	2	100	—	50	50	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	100	—	100	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	16	63	—	13	69	19
Suchtkranke	—	—	—	—	—	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	131	89	6	19	51	30
501 und mehr Betten	88	53	—	37	44	19

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Personal: Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
	Angaben in %					
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	4 060	65	13	34	49	17
davon:						
unter 100 Betten	50	44	—	24	44	32
101 bis 500 Betten	343	76	19	37	45	18
501 bis 1000 Betten	1 288	57	13	33	52	15
1001 und mehr Betten	2 379	68	13	34	48	18
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	209	76	27	61	29	9
Universitätskliniken	196	52	6	46	34	20
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	404	79	9	43	48	9
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	44	39	—	25	68	7
Suchtkranke	41	12	—	20	68	12
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	267	69	12	43	45	12
501 und mehr Betten	627	48	1	37	49	14

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Personal: Krankenpflegeschüler und Krankenschwesternschülerinnen

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
		Angaben in %				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	2 575	54	5	71	22	0
davon:						
unter 100 Betten	5	—	—	100	—	—
101 bis 500 Betten	47	43	—	53	43	4
501 bis 1000 Betten	569	49	7	73	27	0
1001 und mehr Betten	1 954	56	4	78	22	0
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	134	76	3	100	—	—
Universitätskliniken	82	60	1	93	8	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	96	68	—	61	39	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—	—	—	—
Suchtkranke	—	—	—	—	—	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	23	57	—	48	43	9
501 und mehr Betten	111	59	1	57	40	

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Personal: Krankenpflegehelferschüler

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
		Angaben in %				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	742	56	7	56	42	2
davon:						
unter 100 Betten	6	—	—	100	—	—
101 bis 500 Betten	46	54	9	35	61	4
501 bis 1000 Betten	268	51	5	60	39	1
1001 und mehr Betten	422	59	8	56	42	2
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	20	45	20	95	5	—
Universitätskliniken	15	60	—	80	20	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	33	70	—	52	45	3
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	6	33	—	100	—	—
Suchtkranke	10	40	—	20	80	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	30	43	—	73	27	—
501 und mehr Betten	139	45	1	55	39	6

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Personal: Krankenpflegevorschüler

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
		Angaben in %				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	606	97	3	100	—	—
davon:						
unter 100 Betten	—	—	—	—	—	—
101 bis 500 Betten	4	100	100	100	—	—
501 bis 1000 Betten	100	97	12	100	—	—
1001 und mehr Betten	502	97	1	100	—	—
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	4	25	100	100	—	—
Universitätskliniken	8	63	—	100	—	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	—	—	—	—	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—	—	—	—
Suchtkranke	—	—	—	—	—	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	1	100	—	100	—	—
501 und mehr Betten	60	100	—	100	—	—

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Personal: Pflegepersonal ohne Ausbildung

	Insgesamt	darunter:				
		weiblich	Ausländer	Alter in Jahren		
				bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
		Angaben in %				
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 953	64	10	38	45	17
davon:						
unter 100 Betten	31	45	3	44	32	24
101 bis 500 Betten	456	71	6	32	42	26
501 bis 1000 Betten	647	71	12	38	46	16
1001 und mehr Betten	2 819	61	10	39	46	16
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	162	59	9	42	38	20
Universitätskliniken	276	55	12	39	46	16
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	132	77	9	46	31	23
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	59	88	—	12	51	37
Suchtkranke	11	18	—	18	55	27
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	893	68	5	25	44	31
501 und mehr Betten	1 875	57	3	34	45	21

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl des Pflegepersonals und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Pflegepersonal insgesamt	1 Pflegekraft je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	23 312	4,2
davon:			
unter 100 Betten	1 171	177	6,6
101 bis 500 Betten ..	9 373	1 850	5,1
501 bis 1000 Betten ..	21 065	4 770	4,4
1001 und mehr Betten .	67 148	16 515	4,1
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	1 182	2,7
Universitätskliniken	3 507	1 578	2,2
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	1 157	3,2
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie ...	1 030	169	6,1
Suchtkranke	1 267	132	9,6
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	5 667	6,3
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	1 862	8,7
501 und mehr Betten ..	19 482	3 805	5,1

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl des Pflegepersonals mit staatlicher Anerkennung und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Pflegepersonal mit staatlicher Anerkennung insgesamt	1 Pflegekraft mit staatlicher Anerkennung je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	9 831	10,0
davon:			
unter 100 Betten	1 171	69	17,0
101 bis 500 Betten ...	9 373	783	12,0
501 bis 1000 Betten ...	21 065	1 665	12,7
1001 und mehr Betten .	67 148	7 314	9,2
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	607	5,2
Universitätskliniken	3 507	973	3,6
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	454	8,2
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie ...	1 030	40	25,8
Suchtkranke	1 267	56	22,6
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	1 062	33,7
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	439	37,1
501 und mehr Betten ..	19 482	623	31,3

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Sozialarbeiter und Psychagogen

	Sozialarbeiter und Psychagogen		davon:			
	Insgesamt	darunter: Vollzeitbeschäftigte	Sozialarbeiter	Sozialarbeitspraktikanten (Berufspraktikum)	Psychagogen mit abgeschlossener Ausbildung (und Sozialarbeiter, Sozialpädagogen etc. mit psychagogischer Zusatzausbildung)	Psychagogen und Sozialpädagogen als Berufspraktikanten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	209	195	183	23	1	2
davon:						
unter 100 Betten	2	2	2	—	—	—
101 bis 500 Betten	26	23	22	4	—	—
501 bis 1000 Betten	45	40	39	6	—	—
1001 und mehr Betten	136	130	120	13	1	2
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	34	23	30	3	—	1
Universitätskliniken	29	29	15	12	—	2
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	112	100	105	7	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—	—	—	—
Suchtkranke	48	43	43	2	—	3
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	94	88	60	29	—	5
501 und mehr Betten	26	25	21	4	—	1
Insgesamt	552	503	457	80	1	14

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl der Sozialarbeiter und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Sozialarbeiter insgesamt	1 Sozialarbeiter je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	183	539,7
davon:			
unter 100 Betten	1 171	2	585,5
101 bis 500 Betten	9 373	22	426,0
501 bis 1000 Betten	21 065	39	540,1
1001 und mehr Betten .	67 148	120	559,6
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	30	105,5
Universitätskliniken	3 507	15	233,8
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	105	35,5
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie ...	1 030	—	—
Suchtkranke	1 267	43	29,5
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	81	441,6
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	60	271,4
501 und mehr Betten ..	19 482	21	927,7

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (inklusive angelernte Kräfte) und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten insgesamt	1 Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapeut je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	542	182,2
davon:			
unter 500 Betten	1 171	13	90,1
101 bis 500 Betten	9 373	66	142,0
501 bis 1 000 Betten ..	21 065	113	186,4
1 001 und mehr Betten .	67 148	350	191,9
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychtrie/Neurologie	3 164	47	67,3
Universitätskliniken	3 507	47	74,6
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	25	149,0
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1 030	4	257,5
Suchtkranke	1 267	64	19,0
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	406	88,1
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	116	140,4
501 und mehr Betten ..	19 482	290	67,2

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten

	Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten		davon:				
			darunter: Beschäftigungstherapeuten ...			Arbeitstherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung	Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten als angelernte Kräfte
	insgesamt	darunter: Vollzeitbeschäftigte	mit abgeschlossener Ausbildung	mit arbeitstherapeutischer Zusatzausbildung	als Berufspraktikanten		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	542	479	136	6	57	58	285
davon:							
unter 100 Betten	13	8	2	—	5	2	4
101 bis 500 Betten	66	62	17	3	4	7	35
501 bis 1 000 Betten	113	105	22	1	8	4	78
1 001 und mehr Betten	350	304	95	2	40	45	168
Fachabteilung für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	47	45	28	3	12	—	4
Universitätskliniken	47	44	26	2	11	—	8
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	25	23	7	3	2	10	3
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	4	4	2	—	—	—	2
Suchtkranke	64	61	8	3	1	13	39
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit							
101 bis 500 Betten	116	112	9	5	1	28	73
501 und mehr Betten	290	280	14	—	11	15	250
Insgesamt ...	1 135	1 048	230	22	95	124	664

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl der Beschäftigungstherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Beschäftigungstherapeuten insgesamt	1 Beschäftigungstherapeut je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	142	695,5
davon:			
unter 500 Betten	1 171	2	585,5
101 bis 500 Betten	9 373	20	468,7
501 bis 1 000 Betten ..	21 065	23	915,9
1 001 und mehr Betten .	67 148	97	692,2
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychtrie/Neurologie	3 164	31	102,1
Universitätskliniken	3 507	28	125,3
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	10	372,5
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1 030	2	515,0
Suchtkranke	1 267	11	115,2
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	28	1 277,4
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	14	1 163,3
501 und mehr Betten ..	19 482	14	1 391,6

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten insgesamt	1 Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapeut je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	194	509,1
davon:			
unter 500 Betten	1 171	4	292,8
101 bis 500 Betten	9 373	24	39[illegible]
501 bis 1 000 Betten ..	21 065	26	810,2
1 001 und mehr Betten .	67 148	140	479,6
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychtrie/Neurologie	3 16[illegible]	28	113,0
Universitätskliniken	3 507	26	134,9
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	17	219,1
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1 030	2	515,0
Suchtkranke	1 267	21	60,3
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	66	541,9
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	37	440,2
501 und mehr Betten ..	19 482	29	671,8

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Pädagogisches Personal

	Pädagogisches Personal		davon:			
	Insgesamt	darunter Vollzeitbeschäftigte	Pädagogen, Lehrer	Sozialpädagogen, Jugendleiter	Heilpädagogen mit abgeschlossener Ausbildung	Pädagogische Hilfskräfte ohne oder mit anderweitiger Fachausbildung
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	177	153	32	26	11	108
davon:						
unter 100 Betten	—	—	—	—	—	—
101 bis 500 Betten	13	12	—	1	3	9
501 bis 1 000 Betten	35	29	7	5	2	21
1 001 und mehr Betten	129	112	25	20	6	78
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3	3	3	—	—	—
Universitätskliniken	26	25	5	6	2	13
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	160	151	30	26	15	89
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	—	—	—	—	—	—
Suchtkranke	26	14	12	4	1	9
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	866	795	140	74	28	624
501 und mehr Betten	864	820	142	108	40	574
Insgesamt ...	2 122	1 961	364	244	97	1 417

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Anzahl des Pädagogischen Personals und Betten am 30. Mai 1973

	Betten insgesamt	Pädagogisches Personal insgesamt	1 Pädagoge je ... Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	177	557,9
davon:			
unter 100 Betten	1 171	—	—
101 bis 500 Betten	9 373	13	721,0
501 bis 1 000 Betten ..	21 065	35	601,9
1 001 und mehr Betten .	67 148	129	520,5
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	3	1 054,7
Universitätskliniken	3 507	26	134,9
Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	160	23,3
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1 030	—	—
Suchtkranke	1 267	26	48,7
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	35 768	1 730	20,7
davon mit:			
101 bis 500 Betten	16 286	866	18,8
501 und mehr Betten ..	19 482	864	22,5

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Freiwillige Mitarbeiter (Laienhelfer u. a.)

	Anzahl der Einrichtungen			Anzahl der freiwilligen Mitarbeiter		Mitarbeiter, die ... kommen		
	Insgesamt	in denen freiwillige Mitarbeiter tätig sind	in denen der Einsatz von der Einrichtung organisiert wird	gezählt	geschätzt	selten (1- bis 2x jährlich)	häufiger (etwa 1x monatlich)	oft (mehr als 1x monatlich)
						Angaben in %		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	130	52	39	842	648	*16*	*24*	*60*
davon:								
unter 100 Betten	21	3	2	12	—	—	—	*100*
101 bis 500 Betten	37	11	7	104	40	*33*	*18*	*49*
501 bis 1 000 Betten	28	14	12	330	133	*7*	*44*	*49*
1 001 und mehr Betten	44	24	18	396	475	*18*	*14*	*67*
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	44	5	4	35	9	—	*55*	*45*
Universitätskliniken	23	7	4	64	222	*23*	*41*	*36*
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	17	6	3	8	119	*23*	*18*	*58*
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	5	—	—	—	—	—	—	—
Suchtkranke	22	10	7	64	49	*49*	*11*	*41*
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit								
101 bis 500 Betten	73	26	7	127	278	*49*	*34*	*17*
501 und mehr Betten	20	7	2	263	57	*30*	*49*	*21*

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Beschäftigungstherapie

	Patienten am 30. Mai 1973	darunter:			
		in Beschäftigungstherapie		davon:	
				auf Station	in speziellen Räumen
		absolut	Angaben in %		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	94 197	9 630	*10*	*34*	*66*
davon:					
unter 100 Betten	1 145	157	*14*	*25*	*75*
101 bis 500 Betten	8 985	2 312	*26*	*21*	*79*
501 bis 1 000 Betten	20 555	2 271	*11*	*43*	*57*
1 001 und mehr Betten	63 512	4 890	*8*	*36*	*64*
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 021	713	*24*	*18*	*82*
Universitätskliniken	3 140	756	*24*	*27*	*73*
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit					
101 bis 500 Betten	15 874	2 243	*14*	*42*	*58*
501 und mehr Betten	19 190	1 748	*9*	*49*	*51*

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Arbeitstherapie

	Patienten am 30. Mai 1973	darunter:				
		in Arbeitstherapie		davon:		
				Anstalts-eigene Arbeits-therapie	Industrielle Auftrags-arbeit	Arbeit in Betrieben außerhalb des Hauses
		absolut		Angaben in %		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	94 197	38 364	41	67	30	3
davon:						
in öffentlicher Trägerschaft						
unter 500 Betten	3 193	1 612	50	62	38	0
501 und mehr Betten	73 307	31 740	43	66	31	3
in freigemeinnütziger Trägerschaft						
unter 500 Betten	5 545	1 218	22	74	25	1
501 und mehr Betten	7 538	2 733	36	68	29	3
in privater Trägerschaft						
unter 500 Betten	1 392	90	6	76	22	2
501 und mehr Betten	3 222	971	30	86	10	5
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 021	62	2	65	34	2
Universitätskliniken	3 140	134	4	49	40	12
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke						
101 bis 500 Betten	15 874	4 155	26	72	25	3
501 und mehr Betten	19 190	7 473	39	60	38	2

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Baualter der Gebäude

	Betten am 30. Mai 1973	davon:			
		Zahl der betriebenen Betten, die in Gebäuden stehen, die in der Zeit (von) . . . errichtet wurden			
		vor 1900	1900 bis 1925	1926 bis 1950	ab 1950
		Angaben in %			
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	31,1	31,1	11,0	26,8
davon:					
unter 100 Betten	1 171	17,4	20,2	17,5	44,9
101 bis 500 Betten	9 373	28,6	24,6	13,6	33,3
501 bis 1 000 Betten	21 065	40,3	25,3	8,4	26,0
1 001 und mehr Betten	67 148	28,7	34,0	11,4	25,9
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	16,6	4,6	30,7	48,1
Universitätskliniken	3 507	19,4	15,7	16,3	48,6
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	8,0	30,9	16,5	44,6
Fachkrankenhäusern für Gerontopsychiatrie	1 030	26,2	21,2	25,1	27,6
Suchtkranke	1 267	9,6	14,4	5,3	70,6
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit					
101 bis 500 Betten	16 286	21,0	16,4	16,6	45,9
501 und mehr Betten	19 482	24,3	26,1	15,3	34,3

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Schlafräume

	Betten	Schlafräume	davon: Schlafräume mit ... Betten				Anzahl der Betten außerhalb von Schlafräumen	Anzahl der Bodenbetten
			1 bis 3	4 bis 10	11 bis 20	über 20		
	Insgesamt		Angaben in %					
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	21 328	*54*	*38*	*7*	*1*	630	31
davon:								
unter 100 Betten	1 171	479	*83*	*16*	*1*	—	—	—
101 bis 500 Betten	9 373	2 437	*69*	*28*	*3*	*0*	290	—
501 bis 1 000 Betten	21 065	5 135	*59*	*35*	*5*	*1*	80	14
1 001 und mehr Betten	67 148	13 277	*49*	*41*	*8*	*2*	260	17
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	1 160	*73*	*26*	*1*	—	86	1
Universitätskliniken	3 507	1 229	*53*	*45*	*2*	—	34	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	733	*35*	*59*	*6*	*0*	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1 030	267	*54*	*44*	*1*	—	9	—
Suchtkranke	1 267	653	*92*	*8*	—	—	10	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit								
101 bis 500 Betten	16 286	4 279	*59*	*38*	*2*	*0*	34	—
501 und mehr Betten	19 482	4 185	*42*	*54*	*4*	*0*	—	—

Krankenhäuser und Abteilungen

Anteil der geschlossenen, halboffenen und offenen Stationen

	Betten	Stationen	Anteil der Betten auf Stationen, die ... sind		
			geschlossen	halboffen	offen
	Insgesamt		Angaben in %		
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	98 757	2 564	*54,0*	*17,6*	*28,4*
davon:					
unter 100 Betten	1 171	50	*29,9*	*9,9*	*60,2*
101 bis 500 Betten	9 373	310	*44,0*	*14,3*	*41,7*
501 bis 1 000 Betten	21 065	554	*51,9*	*15,8*	*32,2*
1 001 und mehr Betten	67 148	1 650	*56,3*	*18,6*	*25,0*
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	3 164	118	*15,4*	*9,1*	*75,5*
Universitätskliniken	3 507	168	*28,2*	*15,6*	*56,2*
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3 725	140	*19,0*	*22,7*	*58,3*
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	1 030	28	*29,4*	*14,0*	*56,6*
Suchtkranke	1 267	54	*8,8*	*6,3*	*84,9*
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit					
101 bis 500 Betten	16 286	460	*14,8*	*17,3*	*68,0*
501 und mehr Betten	19 482	716	*19,0*	*8,8*	*72,3*

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Art der Stationen

	Stationen	Betten	darunter: Stationen . . .			
			die gemischt geschlechtlich besetzt sind		die keinen Tagesraum haben	
	Insgesamt		Anzahl	mit . . . Betten	Anzahl	mit . . . Betten
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	2 564	98 757	232	6 610	114	2 796
davon:						
unter 100 Betten	50	1 171	25	382	1	—
101 bis 500 Betten	310	9 373	48	919	19	505
501 bis 1 000 Betten	554	21 065	46	1 620	15	470
1 001 und mehr Betten	1 650	67 148	113	3 689	59	1 821
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	118	3 164	42	900	27	271
Universitätskliniken	168	3 507	56	935	27	431
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	140	3 725	49	1 040	—	—
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	28	1 030	4	60	—	—
Suchtkranke	54	1 267	8	110	2	8
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	460	16 286	76	1 043	20	424
501 und mehr Betten	716	19 482	70	1 588	8	141

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Sozialräume

	Anzahl der Einrichtungen	darunter: Zahl der Einrichtungen mit . . .							
		Clubräumen	Bücherei	Cafeteria/Kantine	Läden	Festsaal	Sportplatz	Turnhalle	Schwimmbad
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	130	49	90	44	43	82	48	28	13
davon:									
unter 100 Betten	21	7	9	2	—	8	1	2	1
101 bis 500 Betten	37	17	21	6	9	17	8	7	3
501 bis 1 000 Betten	28	6	20	9	9	19	13	7	3
1 001 und mehr Betten	44	19	40	27	25	38	26	12	6
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	44	13	18	4	17	15	7	9	6
Universitätskliniken	23	3	8	1	2	1	3	8	3
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	17	8	8	3	4	9	11	12	7
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	5	1	5	2	1	2	—	1	1
Suchtkranke	22	15	15	3	4	9	11	4	5
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit									
101 bis 500 Betten	73	21	34	13	15	40	28	18	18
501 und mehr Betten	20	10	11	4	7	13	12	10	11

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Art der Gebäudereinigung

	Einrichtungen insgesamt	davon: Zahl der Einrichtungen, in denen die Gebäudereinigung erfolgt durch ... (Mehrfachnennungen)			
		eigene Kräfte	angemietete Firma	Patienten	Sonstige
		Angaben in %			
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	130	80,0	24,6	54,6	4,6
davon:					
unter 100 Betten	21	57,1	19,0	14,3	9,5
101 bis 500 Betten	37	64,9	18,9	35,1	2,7
501 bis 1000 Betten	28	89,3	25,0	67,9	7,1
1001 und mehr Betten	44	97,7	31,8	81,8	4,5

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie
Patientenclubs, Beratungsstellen

	Anzahl der Einrichtungen	darunter: Einrichtungen mit ...	
		Patientenclubs	Beratungsstellen
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	130	25	19
davon:			
unter 100 Betten	21	1	—
101 bis 500 Betten	37	3	6
501 bis 1000 Betten	28	7	6
1001 und mehr Betten	44	14	7
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	44	4	4
Universitätkliniken	23	7	4

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten
Berufliche Rehabilitationseinrichtungen

	Anzahl der Einrichtungen	darunter: Anzahl der Einrichtungen mit beruflichen Rehabilitationseinrichtungen	
		berufsbildende (mit Abschluß)	berufsbezogene
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	130	2	6
davon:			
unter 100 Betten	21	—	1
101 bis 500 Betten	37	1	—
501 bis 1000 Betten	28	—	1
1001 und mehr Betten	44	1	4
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	44	1	1
Universitätskliniken	23	—	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	73	4	8
501 und mehr Betten	20	4	6

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Heime und Anstalten

Betriebene Außenfürsorge

	Einrichtungen insgesamt	darunter: Zahl der Einrichtungen, die Außenfürsorge betreiben	
		absolut	in %
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	130	65	*50,0*
davon:			
unter 100 Betten	21	2	*9,5*
101 bis 500 Betten	37	12	*32,4*
501 bis 1 000 Betten ..	28	15	*53,6*
1 001 und mehr Betten .	44	36	*81,8*
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	44	3	*6,8*
Universitätskliniken	23	3	*13,0*
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	17	5	*29,4*
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	5	—	—
Suchtkranke	22	6	*27,3*
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit			
101 bis 500 Betten	73	9	*12,3*
501 und mehr Betten ..	20	6	*30,0*

Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Zusätzlich betreute Übergangs-

	Anzahl		darunter: Zahl der Einrichtungen, Betten/Plätze mit ...			
			Tagesklinik		Tagesstätte	
	Einrichtungen	Betten	Einrichtungen	Betten/Plätze	Einrichtungen	Betten/Plätze
Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	130	98 757	8	136	1	20
davon:						
unter 100 Betten	21	1 171	1	18	—	—
101 bis 500 Betten	37	9 373	2	27	—	—
501 bis 1 000 Betten	28	21 065	1	30	1	20
1 001 und mehr Betten	44	67 148	4	61	—	—
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	44	3 164	3	105	—	—
Universitätskliniken	23	3 507	4	90	—	—
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für						
Kinder- und Jugendpsychiatrie	17	3 725	—	—	—	—
Fachkrankenhäuser für						
Gerontopsychiatrie	5	1 030	—	—	—	—
Suchtkranke	22	1 267	—	—	—	—
Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit						
101 bis 500 Betten	73	16 286	—	—	1	75
501 und mehr Betten	20	19 482	—	—	—	—

Heime und Anstalten
und sonstige Einrichtungen

Nachtklinik		Übergangsheim		Wohnheim		Altenkranken-/Pflegeheim		Altenheim	
Einrichtungen	Betten/ Plätze	Einrichtungen	Betten/ Plätze	Einrichtungen	Betten/ Plätze	Einrichtungen	Betten/ Plätze	Ein- richtungen	Betten/ Plätze
33	537	11	204	5	386	10	1 310	8	1 167
2	37	—	—	—	—	—	—	—	—
4	61	2	65	1	78	2	85	3	86
5	21	3	53	1	15	3	361	—	—
22	418	6	86	3	293	5	864	5	1 081
1	2	1	5	—	—	1	42	—	—
5	42	3	210	2	155	—	—	—	—
1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	20	1	10	—	—	—	—	—	—
—	—	1	6	2	181	4	1 179	1	9
—	—	2	28	2	20	—	—	1	25

Psychiatrische Beratung in Gesundheitsämtern

Land	Zahl der Gesundheitsämter	darunter Gesundheitsämter ohne psychiatrische Beratung	Psychiatrische Beratung in Gesundheitsämtern (Zahl der Ämter)							
			Beratung durch eigenes Personal im Rahmen der allgemeinen Beratung		Beratung in speziellen psychiatrischen Abteilungen		Beratung durch fremdes Personal		Außenfürsorge eines psychiatrischen Krankenhauses	
			14tägig und öfter	monatlich und seltener	14tägig und öfter	monatlich und seltener	14tägig und öfter	monatlich und seltener	14tägig und öfter	monatlich und seltener
Schleswig-Holstein	15	—	7	1	4	—	1	4	—	5
Hamburg	7	—	—	—	7	—	—	—	1	—
Niedersachsen	67	7	34	19	6	—	5	13	4	19
Bremen	3	—	2	—	2	—	—	1	—	—
Nordrhein-Westfalen	82	—	39	9	39	—	17	8	37	25
Hessen	38	1	16	5	4	—	4	13	2	14
Rheinland-Pfalz	28	—	12	7	2	2	1	5	4	20
Baden-Württemberg	64	2	21	14	5	—	—	—	6	46
Bayern	74	—	24	10	3	6	6	20	10	33
Saarland	8	—	4	2	—	—	—	3	—	3
Berlin (West)	12	—	—	—	12	—	—	—	—	—
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	398	10	159	67	84	8	34	57	64	165

Übersicht über die in der psychiatrischen Beratung der Gesundheitsämter tätigen Ärzte

(vollbeschäftigt und teilbeschäftigt)

30. Mai 1973

Land	an Gesundheitsämtern tätige Ärzte	darunter: in psychiatrischer Beratung tätiges Personal		weitere in psychiatrischer Beratung tätige Ärzte		in psychiatrischer Beratung tätige Ärzte insgesamt	darunter: Ärzte mit Erfahrung in Psychiatrie und Neurologie
		in Rahmen der allgemeinen Beratung	Beratung in speziellen psychiatrischen Abteilungen	fremdes Personal	Außenfürsorgeärzte eines psychiatrischen Krankenhauses		
		Ärzte in psychiatrischer Beratung					
Schleswig-Holstein	109	19	5	5	10	39	21
Hamburg	262	—	11	3	—	14	14
Niedersachsen	285	77	4	17	22	120	78
Bremen	53	1	3	—	—	4	3
Nordrhein-Westfalen	719	95	31	31	64	221	143
Hessen	266	20	11	19	18	68	54
Rheinland-Pfalz	113	20	2	8	26	56	40
Baden-Württemberg	346	62	5	—	51	118	72
Bayern	442	81	14	31	52	178	138
Saarland	44	13	—	3	3	19	12
Berlin (West)	324	—	39	3	—	42	39
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	2 963	388	125	120	246	879	614

Ausgewählte Angaben zur personellen Besetzung der 398 Gesundheitsämter in der Bundesrepublik Deutschland (30. Mai 1973)

Berufsgruppen	Personal der Gesundheitsämter						fremdes Personal, welches im Rahmen der psychiatrischen Beratung des Gesundheitsamtes tätig ist
	vollbeschäftigt			teilbeschäftigt			
	Insgesamt	darunter: in der psychiatrischen Beratung tätig		Insgesamt	darunter: in der psychiatrischen Beratung tätig		
		absolut	in %		absolut	in %	
Ärzte [1]	2 011	435	21,6	952	78	8,2	366
Psychologen	13	12	92,3	14	9	64,3	8
Fürsorger(innen), Sozialarbeiter(innen), Sozialhelfer(innen) [2]	2 959	1 036	35,0	204	95	46,6	235
Krankenschwestern	430	18	4,2	43	2	4,7	4

1) darunter: Ärzte mit Erfahrung in Psychiatrie und Neurologie
— Personal der Gesundheitsämter (vollbeschäftigt): 263 *(13,1 %)*
— Personal der Gesundheitsämter (teilbeschäftigt): 45 *(4,7 %)*
— fremdes Personal, welches im Rahmen der psychiatrischen Beratung des Gesundheitsamtes tätig ist: 306 *(83,6 %)*

2) Der Anteil der vollbeschäftigten Fürsorger(innen), Sozialarbeiter(innen) und Sozialhelfer(innen) verhält sich 583 : 2 201 : 175

Sonderkindergärten und Kinder nach der Art der Trägerschaft

	Insgesamt	davon: Träger		
		öffentlich	freigemeinnützig	privat
Zahl der Sonderkindergärten	368	99	209	60
durchschnittliche Zahl der Kinder	26,2	21,0	27,8	29,1
Kinder	9 636	2 082	5 806	1 748
davon:				
Kinder nach der Art und dem Grad der Behinderung		Angaben in %		
Lernbehinderte	762	*8,9*	*8,8*	*3,8*
geistig Behinderte (IQ 70 bis 50)	2 091	*20,6*	*21,3*	*24,4*
geistig Behinderte (IQ 50 bis 35)	3 852	*34,3*	*42,3*	*39,1*
geistig Behinderte (IQ unter 35)	2 066	*15,7*	*21,5*	*28,1*
Sinnesbehinderte	198	*7,7*	*0,5*	*0,5*
Verhaltensgestörte	131	*3,3*	*0,8*	*0,8*
Sonstige nicht geistig und nicht verhaltensgestörte Kinder	536	*9,6*	*4,8*	*3,3*

Kinder in Sonderkindergärten nach dem Grad der Behinderung

Land	Lernbehinderte und geistig Behinderte insgesamt	darunter: Geistig Behinderte mit einem IQ von ...		
		70 bis 50	50 bis 35	unter 35
Schleswig-Holstein	1 094	310	438	244
Hamburg	126	15	45	63
Niedersachsen	823	194	402	152
Bremen	26	4	3	19
Nordrhein-Westfalen	2 464	573	1 091	560
Hessen	614	90	240	127
Rheinland-Pfalz	513	96	258	136
Baden-Württemberg	549	122	221	167
Bayern	2 013	511	934	519
Saarland	188	89	69	23
Berlin (West)	361	87	151	56
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	8 771	2 091	3 852	2 066

Sonderkindergärten nach der überwiegenden Zweckbestimmung

Land	Sonderkindergärten für		
	geistig behinderte Kinder	geistig und körperlich bzw. sinnesbehinderte Kinder	verhaltensgestörte Kinder
Schleswig-Holstein	18	13	1
Hamburg	6	3	—
Niedersachsen	8	15	—
Bremen	5	2	—
Nordrhein-Westfalen	72	39	—
Hessen	13	18	—
Rheinland-Pfalz	18	12	—
Baden-Württemberg	24	8	—
Bayern	40	27	—
Saarland	2	3	—
Berlin (West)	9	11	1
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	215	151	2

Kinder und Personal der Sonderkindergärten

	Insgesamt	davon: Träger		
		öffentlich	freigemeinnützig	privat
Kinder	9 636	2 082	5 806	1 748
Personal				
Sozialpädagogisch-psychologischer Dienst	1 716	397	1 041	278
Pflegerischer und medizinischer Dienst	1 096	201	701	194

Sonderkindergärten, Behinderungsart der Kinder

Land	Zahl der Sonderkindergärten	Kinder insgesamt	davon:	
			Lernbehinderte und geistig Behinderte	übrige Behinderte
Schleswig-Holstein	31	1 108	1 094	14
Hamburg	9	139	126	13
Niedersachsen	23	891	823	68
Bremen	7	130	26	104
Nordrhein-Westfalen	111	2 656	2 464	192
Hessen	31	635	614	21
Rheinland-Pfalz	30	611	513	98
Baden-Württemberg	33	603	549	54
Bayern	67	2 152	2 013	139
Saarland	5	223	188	35
Berlin (West)	21	488	361	127
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	368	9 636	8 771	865

Sonderschulen und Schüler nach der Art der Trägerschaft

	Insgesamt	davon: Träger		
		öffentlich	freigemeinnützig	privat
Zahl der Schulen	1 281	1 005	150	126
Durchschnittliche Zahl der Schüler	129,8	144,5	55,2	101,1
Schüler	166 267	145 242	8 286	12 737
davon:				
Schüler nach der Art und dem Grad der Behinderung		Angaben in %		
Lernbehinderte	105 210	*69,2*	*12,9*	*29,0*
geistig Behinderte (IQ 70 bis 50)	33 855	*19,3*	*26,1*	*28,9*
geistig Behinderte (IQ 50 bis 35)	16 346	*6,7*	*40,2*	*26,1*
geistig Behinderte (IQ unter 35)	4 424	*1,5*	*15,4*	*7,7*
übrige Behinderte	6 435	*3,4*	*5,4*	*8,3*

Schüler in Sonderschulen nach dem Grad der Behinderung

Land	Lernbehinderte und gestig Behinderte insgesamt	darunter: geistig Behinderte mit einem IQ von . . .		
		70 bis 50	50 bis 35	unter 35
Schleswig-Holstein	14 340	2 929	449	102
Hamburg	6 174	1 464	61	21
Niedersachsen	6 091	1 672	1 892	613
Bremen	318	—	226	92
Nordrhein-Westfalen	43 569	10 577	4 397	1 190
Hessen	4 305	944	1 378	306
Rheinland-Pfalz	2 174	582	1 106	212
Baden-Württemberg	36 576	5 217	3 379	927
Bayern	38 182	8 949	2 810	763
Saarland	820	265	302	129
Berlin (West)	7 283	1 256	346	69
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	159 832	33 855	16 346	4 424

Zahl der geistig Behinderten in Sonderschulen

Land	Zahl der Schüler mit einem IQ unter 70	Schüler pro 1 000 Einwohner
Schleswig-Holstein	3 480	1,36
Hamburg	1 546	0,88
Niedersachsen	4 177	0,58
Bremen	318	0,43
Nordrhein-Westfalen	16 164	0,94
Hessen	2 628	0,47
Rheinland-Pfalz	1 900	0,51
Bayern	9 523	1,04
Baden-Württemberg	12 522	1,16
Saarland	696	0,62
Berlin (West)	1 671	0,81
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	54 625	0,88

Sonderschulen, Behinderungsart der Schüler

Land	Zahl der Schulen	Schüler insgesamt	davon:	
			Lernbehinderte und geistig Behinderte	übrige Behinderte
Schleswig-Holstein	117	14 549	14 340	209
Hamburg	39	6 317	6 174	143
Niedersachsen	79	6 356	6 091	265
Bremen	4	518	318	200
Nordrhein-Westfalen	315	45 313	43 569	1 744
Hessen	50	4 352	4 305	47
Rheinland-Pfalz	43	2 612	2 174	438
Baden-Württemberg	327	38 507	36 576	1 931
Bayern	246	39 021	38 182	839
Saarland	21	1 140	820	320
Berlin (West)	40	7 582	7 283	299
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	1 281	166 267	159 832	6 435

Werkstätten für Behinderte
Träger, Plätze, Behinderte

Land	Zahl der Werkstätten	davon: Träger			Werkstätten		Zahl der Behinderten	genutzte Plätze am 30. Mai 1973 in %
		öffentlich	freigemeinnützig	privat	Plätze	Plätze pro 1 000 Einwohner		
Schleswig-Holstein	11	2	9	—	1 026	0,38	970	*94,5*
Hamburg	2	1	1	—	617	0,35	617	*100,0*
Niedersachsen	30	—	28	2	3 341	0,41	2 971	*88,9*
Bremen	3	1	2	—	590	0,87	642	*108,8*
Nordrhein-Westfalen	50	6	41	3	4 707	0,25	4 266	*90,6*
Hessen	31	3	25	3	2 265	0,31	1 740	*76,8*
Rheinland-Pfalz	19	1	16	2	1 489	0,31	1 147	*77,0*
Baden-Württemberg	34	2	29	3	3 218	0,27	2 427	*75,4*
Bayern	36	2	28	6	1 715	0,12	1 345	*78,4*
Saarland	3	—	2	1	674	0,35	396	*58,8*
Berlin (West)	15	10	5	—	1 292	0,60	1 237	*95,7*
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	234	28	186	20	20 934	0,34	17 758	*84,8*

Werkstätten für Behinderte nach der Art der Trägerschaft

	Insgesamt	davon: Träger		
		öffentlich	freigemeinnützig	privat
Zahl der Werkstätten	234	28	186	20
durchschnittliche Zahl der Behinderten	75,9	74,3	77,5	63,4
Behinderte	17 758	2 079	14 411	1 268
davon:				
Behinderte nach der Art und dem Grad der Behinderung		Angaben in %		
Lernbehinderte und Minderbegabte	2 193	*3,6*	*13,2*	*17,6*
geistig Behinderte (IQ 70 bis 50)	3 794	*21,4*	*20,8*	*28,1*
geistig Behinderte (IQ 50 bis 35)	5 044	*39,6*	*26,9*	*27,5*
geistig behinderte (IQ unter 35)	2 070	*12,4*	*12,0*	*6,7*
seelisch Behinderte	1 115	*8,1*	*6,0*	*6,2*
Anfallskranke	897	*4,4*	*5,3*	*2,9*
körperlich Behinderte	1 609	*7,8*	*9,6*	*4,6*
Sinnesbehinderte	661	*2,2*	*4,1*	*1,7*
übrige Behinderte	140	*0,3*	*0,9*	*0,6*
keine Angaben zur Art der Behinderung	235	*0,1*	*1,3*	*4,0*

Werkstätten für Behinderte
Trägerschaft und Zugehörigkeit zu einem Spitzenverband

Zahl der Werkstätten	234		
davon:			
öffentlich		28	
privat		20	
freigemeinnützig		186	
darunter:			
Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband e.V.			5
Diakonisches Werk — Innere Mission und Hilfswerk der Evangelischen Kirche in Deutschland			36
Deutscher Caritasverband e.V.			29
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V.			77
Deutsches Rotes Kreuz e.V.			3
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.			—

Behinderte in Werkstätten nach dem Grad der Behinderung

Land	Behinderte insgesamt	darunter: geistig Behinderte mit einem IQ von . . .		
		70 bis 50	50 bis 35	unter 35
Schleswig-Holstein	970	193	191	54
Hamburg	617	12	82	106
Niedersachsen	2 971	595	956	348
Bremen	642	170	242	45
Nordrhein-Westfalen	4 266	878	1 367	503
Hessen	1 740	419	456	205
Rheinland-Pfalz	1 147	307	347	99
Baden-Württemberg	2 427	770	661	165
Bayern	1 345	231	432	210
Saarland	396	151	112	41
Berlin (West)	1 237	68	198	294
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	17 758	3 794	5 044	2 070

Werkstätten für Behinderte
Art des Arbeitsangebotes (Plätze)

Land	Dienstleistungen	Eigenproduktion	Lohnaufträge
	Angaben in %		
Schleswig-Holstein	*7,9*	*12,8*	*79,3*
Hamburg	*4,9*	*14,9*	*80,2*
Niedersachsen	*7,2*	*12,1*	*80,7*
Bremen	*8,9*	*32,4*	*58,7*
Nordrhein-Westfalen	*5,8*	*6,6*	*87,6*
Hessen	*7,4*	*6,5*	*86,2*
Rheinland-Pfalz	*24,6*	*5,8*	*69,6*
Baden-Württemberg	*19,5*	*6,2*	*74,3*
Bayern	*5,1*	*1,1*	*93,8*
Saarland	*6,8*	*5,1*	*88,1*
Berlin (West)	*11,7*	*27,1*	*61,3*
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	1 641	1 666	13 510

Werkstätten für Behinderte
Ausbildungsangebot

Land	Behinderte insgesamt	darunter: Ausbildungsangebot		
		Anlernen für eigene Werkstatt	Anlernen für den freien Arbeitsmarkt	Ausbildung für einen bestimmten Beruf
		Angaben in %		
Schleswig-Holstein	970	33,0	7,5	13,4
Hamburg	617	9,9	—	—
Niedersachsen	2 971	15,2	9,8	5,9
Bremen	642	13,6	—	—
Nordrhein-Westfalen	4 266	35,0	3,7	0,8
Hessen	1 740	47,2	6,1	—
Rheinland-Pfalz	1 147	20,7	11,2	4,5
Baden-Württemberg	2 427	37,9	6,6	1,2
Bayern	1 345	52,6	6,0	1,9
Saarland	396	35,6	23,0	1,8
Berlin (West)	1 237	21,3	19,0	—
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	17 758	31,6	7,5	2,6

Werkstätten für Behinderte
Entlohnung

Land	Behinderte insgesamt	darunter:			
		Behinderte, mit denen ein ordentlicher Arbeitsvertrag geschlossen ist	Entlohnung (Mehrfachnennungen)		
			Grundbetrag (Taschengeld)	Prämie unter Berücksichtigung der Leistung	feste Stundenlöhne
		Angaben in %			
Schleswig-Holstein	970	29,8	48,0	61,3	1,2
Hamburg	617	7,9	—	85,9	7,9
Niedersachsen	2 971	10,8	32,1	58,3	11,2
Bremen	642	81,5	10,6	13,1	76,3
Nordrhein-Westfalen	4 266	2,5	60,4	71,1	2,6
Hessen	1 740	2,4	43,4	62,2	0,7
Rheinland-Pfalz	1 147	0,2	48,9	65,6	0,3
Baden-Württemberg	2 427	2,6	23,0	80,9	1,5
Bayern	1 345	3,6	65,7	73,4	7,8
Saarland	396	0,5	11,9	34,8	5,8
Berlin (West)	1 237	28,0	46,2	13,7	33,3
Bundesrepublik Deutschland (einschließlich Berlin (West)	17 758	10,1	41,9	62,3	8,9

Werkstätten für Behinderte
Leistungen der Arbeitsverwaltung

Land	Behinderte insgesamt	darunter: Behinderte, welche Leistungen der Arbeitsverwaltung nach § 58 Arbeitsförderungsgesetz (AFG) erhalten in Verbindung mit ...		
		§ 10 Nr. 5 A Reha (2. Juli 1970) Förderkurse	§ 40 Abs. 4 A Reha (2. Juli 1970) Einarbeitungszuschuß	§ 96 ff. A Reha (2. Juli 1970) Eingliederungsbeihilfe
		Angaben in %		
Schleswig-Holstein	970	5,1	—	
Hamburg	617	9,9	—	—
Niedersachsen	2 971	3,6	0,0	0,6
Bremen	642	9,2	—	—
Nordrhein-Westfalen	4 226	3,3	0,2	1,0
Hessen	1 740	2,5	0,1	0,2
Rheinland-Pfalz	1 147	1,7	0,9	0,3
Baden-Württemberg	2 427	—	—	—
Bayern	1 345	4,5	0,4	2,2
Saarland	396	49,0	0,3	13,9
Berlin (West)	1 237	5,7	—	—
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	17 758	4,5	0,2	0,9

Behinderte, welche in der Zeit von 1968 bis 1973 aus den Werkstätten für Behinderte entlassen wurden

Land	entlassene Behinderte insgesamt	darunter:	
		auf den freien Arbeitsmarkt vermittelt	in stationäre Betreuung eingewiesen
		Angaben in %	
Schleswig-Holstein	249	45,0	15,0
Hamburg	265	32,1	10,9
Niedersachsen	716	49,0	16,9
Bremen	240	57,5	15,8
Nordrhein-Westfalen	1 103	34,3	18,9
Hessen	660	40,6	17,3
Rheinland-Pfalz	428	26,9	32,7
Baden-Württemberg	873	38,5	21,9
Bayern	561	44,9	18,7
Saarland	29	62,1	10,3
Berlin (West)	603	51,4	3,8
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	5 677	41,6	17,8

Werkstätten für Behinderte
Träger, Personal

Personalgruppen	Personal insgesamt	davon: Träger		
		öffentlich	freigemeinnützig	privat
		Angaben in %		
Werkstatt-Dienst	1 654	42,2	42,9	32,6
Pädagogisch-psychologischer Dienst	489	22,4	11,8	7,8
Medizinisch-pflegerischer Dienst	654	8,8	16,4	27,0
Büro-, Küchen-, Reinigungsdienst	910	15,9	23,3	28,2
Sonstige	234	10,6	5,6	4,4
Personal insgesamt	3 941	339	3 283	319

Werkstätten für Behinderte
Personal

Land	Personal insgesamt	davon:				
		Werkstatt-dienst	pädagogisch-psychologischer Dienst	medizinisch-pflegerischer Dienst	Büro-, Küchen- und Reinigungsdienst	Sonstige
		Angaben in %				
Schleswig-Holstein	272	44,5	16,9	8,8	26,8	2,9
Hamburg	86	24,4	29,1	9,3	25,6	11,6
Niedersachsen	602	45,8	15,3	10,6	26,1	2,2
Bremen	86	68,6	5,8	1,2	17,4	7,0
Nordrhein-Westfalen	766	55,5	10,3	10,1	20,8	3,4
Hessen	412	41,0	14,3	13,6	22,6	8,5
Rheinland-Pfalz	289	49,1	13,8	18,7	14,9	3,5
Baden-Württemberg	743	24,2	10,2	30,8	26,6	8,1
Bayern	421	36,8	20,7	10,5	17,8	14,3
Saarland	96	50,0	18,8	7,3	21,9	2,1
Berlin (West)	168	34,5	25,0	6,0	32,1	2,4
Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)	3 941	42,0	14,4	14,6	23,1	5,9

II. Die für die Erhebung der Sachverständigen-Kommission verwendeten Erhebungsbogen

(Stichtag: 30. Mai 1973)

Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD

Fragebogen-Nummer: Nr.

Bitte MERKBLATT beachten

Erhebungsbogen für stationäre Einrichtungen

Stichtag: 30. 5. 1973

Bei fettgedruckten Ziffern in den Randspalten, bitte den Hinweis unter der gleichen lfd. Ziffer im Merkblatt zum Erhebungsbogen für stationäre Einrichtungen beachten.

100 **1. Allgemein**

101 Name der Einrichtung:

102 Bestimmung:

103 Name des verantwortlichen Leiters:

104 Berufliche Ausbildung als:

Postalische Adresse

105 Postleitzahl und Gemeinde:

106 Kreis:

107 Straße und Hausnummer:

108 Rückfragen sind zu richten an (Name):

109 Telefon:

110 Träger:

111 Zahl der von der Einrichtung insgesamt betriebenen Betten am Stichtag:

112 Zahl der Pflegetage der Einrichtung insgesamt im Jahr 1972:

113 Jahr der Inbetriebnahme:

130 Die Einrichtung ist:

131 öffentlich: ☐ *)

132 frei-gemeinnützig: ☐ *)

Falls ja, welcher Spitzenverband?

133 Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.: ☐

134 Das Diakonische Werk - Innere Mission und Hilfswerk - der Evangelischen Kirche in Deutschland: ☐

135 Deutscher Caritasverband e. V.: ☐

136 Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V.: ☐

137 Deutsches Rotes Kreuz e. V.: ☐

138 Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.: ☐

139 privat: ☐ *)

		Zutreffendes bitte ankreuzen	Bitte die Nummer des Fragebogens eintragen, den die jeweilige Einrichtung evtl. ebenfalls von der Sachverständigen-Kommission erhalten hat.
150	Der Einrichtung sind angeschlossen:		
151	1. Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen (Tagesstätten u. ä.) für geistig und seelisch behinderte Kinder: (Auch Sonderkindergärten für körperlich Behinderte, soweit sie geistig und seelisch Behinderte mit betreuen):	☐	..... **)
152	2. Werkstätten für Behinderte (Beschützende Werkstätten):	☐	.....
153	3. Sonderschulen, Sonderschulen mit Werkstufe, Tagesbildungsstätten und Anlernwerkstätten für geistig und seelisch Behinderte. (Auch Sonderschulen für körperlich Behinderte, soweit sie geistig und seelisch Behinderte mit betreuen):	☐	.....

*) Bei ☐ bitte Zutreffendes ankreuzen **) Bei ..... bitte Eintragung vornehmen

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

160 2. Zweckbestimmung und Basisdaten (von den Absätzen a, c und d: nur eine (die überwiegende) Zweckbestimmung ankreuzen, von dem Absatz b: jede zutreffende Zweckbestimmung ankreuzen)

		Zweckbestimmung a)	Zweckbestimmung b)	Betten am Stichtag 30. 5. 73	Kranken-bestand insges.	Aufnahmen männl.	Aufnahmen weibl.	Darunter Erstaufnahmen männl.	Darunter Erstaufnahmen weibl.	Entlassungen (ohne Sterbefälle) männl.	Entlassungen (ohne Sterbefälle) weibl.	Sterbefälle männl.	Sterbefälle weibl.	Pflegetage männl.	Pflegetage weibl.
				im Jahre 1972											
161	a) Fachkrankenhäuser für bzw.														
162	b) Akut-(Allgemeines) Krankenhaus mit abgegrenzten Fachabt./Fachbetten für														
163	Psychiatrie	☐	☐												
164	Neurologie	☐	☐												
165	Psychiatrie und Neurologie	☐	☐												
166	Psychotherapie und/oder Psychosomatik	☐	☐												
167	Kinder- und Jugendpsychiatrie	☐	☐												
168	Geriatrie (Geronto-Psychiatrie)	☐	☐												
169	Suchten (alle Arten)	☐	☐												
170	Davon Alkoholkranke (ausschließl.)	☐	☐												
171	Davon Drogenabhängige (")	☐	☐												
172	c) Kurkrankenhaus und Sanatorium für														
173	Psychische und neurologische Erkrankungen	☐													
174	Ausschließlich psychosomatische und/oder psychogene Erkrankungen	☐													
175	Neurologische Erkrankungen	☐													
176	Suchtkranke	☐													
177	d) Sonstige Einrichtungen (z. B. Heim, Heilerziehungs- und Pflegeanstalten) für														
178	Geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke (ohne Rücksicht auf das Alter)	☐													
179	Suchtkranke	☐													
180	Andere	☐													
181	Evtl. zusätzliche Angaben:														

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

200	3. Spezielle Patientengruppen	Anzahl der Betten	
	Spezielle Patientengruppen für	insgesamt	davon
201	1. Psychisch Kranke insgesamt		
202	1. 1 Psychisch kranke Kinder (bis unter 14 J.)		
203	1. 2 Psychisch kranke Jugendliche (14 bis unter 18 J.)		
204	1. 3 Psychogeriatrische Patienten		
205	1. 4 Alkohol-Kranke		
206	1. 5 Drogen- und Medikamentenabhängige		
207	1. 6 Psychosomatische Fälle, Neurotische Kranke		
208	1. 7 Anfallskranke		
209	1. 8 Psychisch Kranke in Infektionsabteilungen (Tbc, Typhus u. ä.)		
210	1. 9 Andere spezielle Patientengruppen psychisch Kranker		
211	2. Geistig Behinderte insgesamt		
212	2. 1 Kinder und Jugendliche		
213	2. 2 Erwachsene		
214	3. Neurologisch Kranke		
215	4. Summe der Kategorien 1 - 3		
216	5. Übrige Kranke, die nicht in den oben genannten Gruppierungen zusammengefaßt sind		
217	6. Betriebene Betten insgesamt (1 - 5)		

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

220	Sozialräume (für Patienten geschaffen)	Vorhanden	aber ausbaubedürftig	Nicht vorhanden	aber wünschenswert
221	Clubräume	☐	☐	☐	☐
222	Bücherei	☐	☐	☐	☐
223	Cafeteria/Kantine	☐	☐	☐	☐
224	Läden	☐	☐	☐	☐
225	Festsaal	☐	☐	☐	☐
226	Sportplatz	☐	☐	☐	☐
227	Turnhalle	☐	☐	☐	☐
228	Schwimmbad	☐	☐	☐	☐
229	Sonstige	☐	☐	☐	☐

280	Wer besorgt bei Ihnen die Gebäudereinigung (Innenreinigung)	ja	nein
281	a) im Stellenplan ausgewiesen und unter „Wirtschaftspersonal" enthaltene eigene Kräfte	☐	☐
282	b) angemietete Firma	☐	☐
283	c) Patienten	☐	☐
284	d) sonstiges (bitte angeben)	☐	☐
285	Haushaltsmittel für Gebäudereinigung im Jahre 1972 _____ DM		

240	Betriebene Betten nach Baualter der Gebäude		Anzahl d. Betten
	Baualter der Gebäude		
241	vor	1900	
242	1900 -	1925	
243	1926 -	1950	
244	ab	1950	
245	Betriebene Betten insges.		

260	Medizinische Ausstattung (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
261	Röntgen	☐
262	PEG und Angiographie	☐
263	Med. techn. Labor	☐
264	EEG	☐
265	EKG	☐
266	physikalische Therapie	☐
267	Sonstiges (bitte angeben)	☐
268	Ärztl. Untersuchungszimmer	☐
269	Sonstiges (bitte angeben)	☐
230	Halten Sie die medizinische Ausstattung für ausreichend? ja	☐
231	nein	☐

250	Schlafräume		Anzahl d. Räume
	Zimmer mit ..... Betten		
251	Zimmer mit 1 - 3 Betten		
252	4 - 10 "		
253	11 bis 20 "		
254	über 20 "		
255	Belegte Betten außerhalb von Schlafräumen: (z. B. Flure, Tagesräume u. a.)		Anzahl der Betten
256	Belegte Bodenbetten (Metratzenlager)		

270	Betriebene Betten nach Art der Stationen			
	Art der Station		Anzahl der Stationen	Zahl der Betten insges.
271	Insgesamt			
272	Davon	geschlossen		
273		halboffen		
274		offen		
275	Wieviel Stationen sind gemischt - geschlechtlich besetzt			
276	- haben keinen Tagesraum			

Enquête - Psychiatrie

Seite 5
von insgesamt 16 Seiten

Fragebogen-Nummer: Nr.

300 **Krankenbestand am 30. 05. 1973** (Lfd. Ziff. 301 - 345 nicht auszufüllen von Fachkrankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. von Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie) nach Diagnosen, Geschlecht, Alter

	Lfd. Nr.	Diagnosengruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Geschlecht	Krankenbestand	Altersgruppen: bis unter 15 Jahre	15 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 35 Jahre	35 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
301	1	Psychische Störungen des höheren Lenbensalters (einschl. präsenile und senile Demenz)	290, 293,0	m								
302				w								
303	2	Andere organische psychiatrische Erkrankungen	292-294, 309 außer 293,0,2 u. 309,4	m								
304				w								
305	3	Schizophrener Formenkreis	295	m								
306				w								
307	4	Affektive (man.-depressive) Psychosen	296, 298,0	m								
308				w								
309	5	Andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	297-299 außer 298,0	m								
310				w								
311	6	Neurotische Leiden	300	m								
312				w								
313	7	Persönlichkeitsstörungen	301, 302	m								
314				w								
315	8	Suchten: a) Alkoholpsychosen / Alkoholismus (ohne 8 d)	291 303	m								
316				w								
317		b) Drogenabhängigkeit (ohne 8 d)	304, 0,4-7	m								
318				w								
319		c) Sonstige Medikamenten-abhängigkeit (ohne 8 d)	304,1-3, 8-9	m								
320				w								
321		d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	m								
322				w								
		Übertrag:										

Enquête - Psychiatrie

Seite 6
von insgesamt 16 Seiten

Fragebogen-Nummer: Nr.

Krankenbestand am 30. 05. 1973 (Fortsetzung)

	Lfd. Nr.	Diagnosengruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Geschlecht	Krankenbestand	Altersgruppen: bis unter 15 Jahre	15 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 35 Jahre	35 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Übertrag:										
323	9	Psychosomatische Störungen	305-308	m								
324				w								
325	10	Anfallsleiden: mit psychischen Störungen	293,2	m								
326				w								
327		ohne psychische Störungen	309,4	m								
328				w								
	11	Schwachsinnsformen:										
329		Einfache Minderbegabung einschl. Lernbehinderte (I. Q. über 70)	310	m								
330				w								
331		Leichter Schwachsinn (I. Q. 70 - 50)	311	m								
332				w								
333		Erheblicher Schwachsinn (I. Q. unter 50 - 35)	312	m								
334				w								
335		Schwerer Schwachsinn (I. Q. unter 35)	313 u. 314	m								
336				w								
	12	Körperlich Kranke ohne psychische Störungen										
337		a) neurologisch		m								
338				w								
339		b) internistisch		m								
340				w								
		Übertrag:										

Enquête - Psychiatrie

Seite 7
von insgesamt 16 Seiten

Fragebogen-Nummer: Nr.

Krankenbestand am 30. 05. 1973 (Fortsetzung)

		Diagnosengruppen (Jeder Patient nur mit einer Diagnose)	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Geschlecht	Krankenbestand	Altersgruppen: bis unter 15 Jahre	15 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 35 Jahre	35 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 65 Jahre	65 und darüber
		Übertrag										
341	12	Fortsetzung: Körperlich Kranke ohne psychische Störungen c) sonstige		m								
342				w								
343	13	Übrige Kranke		m								
344				w								
345	14	Krankenbestand insgesamt										

360	Welcher Diagnosenschlüssel wird angewandt?		ICD	Würzburger	Sonstige	Keine
361	(Zutreffendes bitte ankreuzen)	ja	☐	☐	☐	☐
		nein	☐	☐	☐	☐

370 **Aufenthaltsdauergruppen**

		Krankenbestand	bis unter 3 Monate	3 Monate bis unter 1 Jahr	1 Jahr bis unter 2 Jahre	2 Jahre bis unter 5 Jahre	5 Jahre bis unter 10 Jahre	10 Jahre und darüber
371	Insgesamt							
372	männlich							
373	weiblich							

374	Einzugsgebiet ist festgelegt	ja ☐	nein ☐	
375	Wenn ja: Größte Entfernung vom Standort der Einrichtung bis zur Peripherie		km	

Enquête - Psychiatrie

Seite 8
von insgesamt 16 Seiten

Fragebogen-Nummer: Nr.

400 **Krankenbestand nach Diagnosen, Geschlecht und Alter am 30. 05. 1973**

Lfd. Ziff. 401 - 451 nur auszufüllen von Fachkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. von Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

	Lfd. Nr.	Diagnosengruppen	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Geschlecht	Krankenbestand	Altersgruppen: bis unter 3 Jahre	3 bis unter 6 Jahre	6 bis unter 10 Jahre	10 bis unter 15 Jahre	15 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 21 Jahre	21 bis unter 25 Jahre	25 und darüber
401	1	Organische psychiatrische Erkrankungen einschließlich organischer Demenzprozeße	292-294 (außer 293,2)	m									
402				w									
403	2	Chronische organische und endokrine Psychosyndrome (z. B. Folgen frühkindlicher Hirnschädigungen ohne Schwachsinn)	309 (außer 309,4)	m									
404				w									
405	3	Schizophrener Formenkreis	295	m									
406				w									
407	4	Affektive (manisch-depressive) Psychosen	296, 298,0	m									
408				w									
409	5	Andere Psychosen (paranoide, reaktive, einschließlich Entwicklungskrisen psychotischen Ausmaßes)	297-299 außer 298,0	m									
410				w									
411	6	Neurotische Leiden	300	m									
412				w									
413	7	Persönlichkeitsstörungen, Dissozialität, Psychopathien, Sexuelle Verhaltensabweichungen	301, 302	m									
414				w									
415	8	Suchten a) Alkoholpsychosen Alkoholismus (ohne 8 d)	291 303	m									
416				w									
417		b) Drogenabhängigkeit (ohne 8 d)	304, 0,4-7	m									
418				w									
		Übertrag:											

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

Krankenbestand nach Diagnosen, Geschlecht und Alter am 30. 05. 1973 (Fortsetzung)

	Lfd. Nr.	Diagnosengruppen	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Geschlecht	Krankenbestand	Altersgruppen: bis unter 3 Jahre	3 bis unter 6 Jahre	6 bis unter 10 Jahre	10 bis unter 15 Jahre	15 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 21 Jahre	21 bis unter 25 Jahre	25 und darüber
		Übertrag:											
419	8	Suchten — c) Sonstige Medikamentenabhängigkeit (ohne 8 d)	304, 1-3, 8-9	m									
420				w									
421		Suchten — d) Alkoholismus mit Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit	303 mit 304	m									
422				w									
423	9	Psychosomatische Störungen	305 306,4-8	m									
424				w									
425	10	Lern, Teilleistungs- und psychomotorische Störungen	306,0-3	m									
426				w									
427	11	Autismus (Kanner) und autistische Syndrome	306,9	m									
428				w									
429	12	Anpassungsstörungen und abnorme Erlebnisreaktionen der Kindheit und Adoleszenz	307 308	m									
430				w									
431	13	Anfallsleiden — mit psychischen Störungen	293,2 309,4	m									
432				w									
433		Anfallsleiden — ohne psychische Störungen	345	m									
434				w									
		Übertrag:											

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

Krankenbestand nach Diagnosen, Geschlecht und Alter am 30. 05. 1973 (Fortsetzung)

	Lfd. Nr.	Diagnosengruppen	Diagnosenschlüssel (ICD 68)	Geschlecht	Krankenbestand	Altersgruppen: bis unter 3 Jahre	3 bis unter 6 Jahre	6 bis unter 10 Jahre	10 bis unter 15 Jahre	15 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 21 Jahre	21 bis unter 25 Jahre	25 und darüber
		Übertrag:											
	14	Schwachsinnsformen:											
435		Einfache Minderbegabung (einschließlich Lernbehinderte) (I. Q. über 70)	310	m									
436				w									
437		Leichter Schwachsinn (I. Q. 70 - 50)	311	m									
438				w									
439		Erheblicher Schwachsinn (I. Q. unter 50 - 35)	312	m									
440				w									
441		Schwerer Schwachsinn (I. Q. unter 35)	313 u. 314	m									
442				w									
	15	Körperlich Kranke ohne psychische Störungen											
443		a) neurologisch		m									
444				w									
445		b) pädiatrisch-internistisch		m									
446				w									
447		c) sonstige		m									
448				w									
449	16	Übrige Kranke		m									
450				w									
451	17	Krankenbestand insgesamt:											

Enquête - Psychiatrie

Seite 11
von insgesamt 16 Seiten

Fragebogen-Nummer: Nr.

500 Arbeitstherapie

		Anstalts-eigene Arbeits-therapie	Indu-strielle Auftrags-arbeit	Arbeit in Betrieben außerhalb d. Hauses
		Anzahl der Patienten		
501	Auf Station			
502	Versorgungsbetriebe			
503	Werkstätten und spezielle Arbeitsräume			
504	Sonstige			
505	Gesamtzahl der Patienten			
506	Durchschn. Stundenzahl pro Woche und Patient			

520	Spanne der Arbeitsbelohnung pro Woche und Patient (in DM)		530	Höhe des Jahresetats für Arbeitsbelohnung im Haushaltsjahr
521	Niedrigster Betrag		531	1970: DM
522	Höchster Betrag		532	1971: DM
			533	1972: DM

550	Können Sie alle Patienten entsprechend beschäftigen, die geeignet sind für:		
551	Beschäftigungstherapie	ja ☐	nein ☐
552	Arbeitstherapie	ja ☐	nein ☐

510 Beschäftigungstherapie

		Anzahl der Patienten
511	Auf Station	
512	In speziellen Räumen	
513	Gesamtzahl der Patienten	

540 Berufliche Rehabilitationseinrichtungen (Falls ja, bitte angeben, für welche Berufe)

541	Berufsbildende (mit Abschluß)	ja ☐	nein ☐
542	Berufsbezogene	ja ☐	nein ☐

560 Zusätzlich betreute Übergangs- und sonstige Einrichtungen (soweit Bestandteil der Einrichtung bzw. in Kooperation mit anderen Trägern regelmäßig versorgt)

	Art der Einrichtung	Anzahl	Betten/ Plätze	Zugang 1972 direkt von außerhalb	Zugang 1972 vom Haus	Betreute am Stichtag mit einer Aufenthaltsdauer bis unter 3 Monate	3 Monate bis unter 1 Jahr	1 Jahr und darüber	Personal (Voll- und teilzeitbeschäftigt) Ärzte	Sozial-arbeiter	Schwestern bzw. Pfleger
561	Tagesklinik										
562	Tagesstätte										
563	Nachtklinik										
564	Übergangsheim										
565	Wohnheim										
566	Altenkranken-Heim/ Pflegeheim										
567	Altenheim										

An zusätzlichen Einrichtungen sind außerdem vorhanden:

568	Patientenclub	ja ☐	nein ☐	Sonstiges (bitte angeben):
569	Beratungsstelle	ja ☐	nein ☐	

580 Von der Einrichtung betriebene Außenfürsorge

		Anzahl	Durchschnittlicher Zeitaufwand (ohne Wegstrecken) pro Monat und Person
581	Ärzte		
582	Sozialarbeiter		
583	Sonstige		
584	Stellen, in denen Außenfürsorge betrieben wird		
585	Beretene Personen im Jahr 1972		
586	Beratungen im Jahr 1972		

Enquête - Psychiatrie

Seite 12
von insgesamt 16 Seiten

Fragebogen-Nummer: Nr.

590 Ambulante Dienste

	Krankheitsart	Behandlungsfälle (Durchgang im Jahr 1972) in Poli-Kliniken	im Rahmen einer kassenärztl. Beteiligung	in organis. oder vertragl. anderer Weise	Insgesamt	Personal (voll- bzw. teilzeitbeschäftigt) Ärzte	Sozialarbeiter	Sonstige
591	Insgesamt (Psychiatrie und Neurologie)							
592	Davon nur Neurologie							
593	nur Psychiatrie							
594	Darunter Anfallskranke							
595	Alkoholiker							
596	Andere Suchtkranke							
597	Geronto-psychiatrische Kranke							

597 Besteht ein Bedürfnis zur Erweiterung der

598	a) ambulanten Behandlungsmöglichkeiten	ja ☐ nein ☐
599	b) teilstationären Behandlungsmöglichkeiten	ja ☐ nein ☐

600 Personal gemäß Stellenplan 1972 nach Berufsgruppen

	Berufsgruppen	Stellenplan Soll	Gesamt-Ist Voll-beschäftigte	Teilzeit-beschäftigte	zusammen	und zwar: (von zusammen) in leitender Funktion	In psychotherapeutischer Ausbildung	Mit abgeschl. psychotherapeutischer Ausbildung	weibl.	Ausländ.	Alter Bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
601	Ärzte insgesamt (ohne Medizinalassistenten) (lfd. Ziffer 602-605)												
602	Fachärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie												
603	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie												
604	Sonstige Ärzte in psychiatrischer Tätigkeit												
605	Ärzte (einschl. Fachärzte) in nicht-psychiatrischer Tätigkeit												
610	Medizinalassistenten												

611	Sind an Ihrer Einrichtung durch vertragliche Regelung psychiatrisch tätige Ärzte im Nebenamt beschäftigt?	ja ☐	nein ☐
612	Falls ja: Anzahl		

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

600 **Personal gemäß Stellenplan 1972 nach Berufsgruppen** (Fortsetzung)

	Berufsgruppen	Stellenplan Soll	Gesamt-Ist: Voll-beschäftigte	Gesamt-Ist: Teilzeitbeschäftigte	Gesamt-Ist: Zusammen	und zwar: (von zusammen): in leitender Funktion	und zwar: (von zusammen): In psychotherapeutischer Ausbildung	und zwar: (von zusammen): Mit abgeschl. psychotherapeutischer Ausbildung	und zwar: (von zusammen): weibl.	und zwar: (von zusammen): Ausländ.	Alter: Bis unter 30 Jahre	Alter: 30 bis unter 50 Jahre	Alter: 50 Jahre und älter
620	Psychologen insgesamt												
621	darunter: Psychologen mit Anerkennung für klinische Psychologie durch die Fachgesellschaft												
622	Psychologen mit Ausbildung in speziellen psychotherapeutischen Techniken (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, u. a.)												

	Berufsgruppen	Stellenplan Soll	Gesamt-Ist: Voll-beschäftigte	Gesamt-Ist: Teilzeitbeschäftigte	Gesamt-Ist: Zusammen	und zwar: (von zusammen): weibl.	und zwar: (von zusammen): Ausländ.	Alter: Bis unter 30 Jahre	Alter: 30 bis unter 50 Jahre	Alter: 50 Jahre und älter
630	Pflegepersonal insgesamt (lfd. Ziff. 631 - 639)									
631	Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung und sozialpsychiatrischer oder psychiatrischer Zusatzausbildung (einschließlich Zusatzausbildung in der Suchtkrankenpflege)									
632	Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung ohne sozialpsychiatrischer oder Zusatzausbildung									
633	Krankenpfleger und Krankenschwestern mit verwaltungseigener Prüfung ohne staatliches Krankenpflegeexamen									
634	Altenpfleger und -innen									
635	Krankenpflegehelfer und Krenkenpflegehelferinnen									
636	Krankenpflegeschüler und Krankenschwesternschülerinnen									

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

600 **Personal gemäß Stellenplan 1972 nach Berufsgruppen** (Fortsetzung)

	Berufsgruppen	Stellenplan Soll	Gesamt-Ist: Voll-beschäftigte	Gesamt-Ist: Teilzeitbeschäftigte	Gesamt-Ist: Zusammen	zwar: (von zusammen): weibl.	zwar: (von zusammen): Ausländ.	Alter: Bis unter 30 Jahre	Alter: 30 bis unter 50 Jahre	Alter: 50 Jahre und älter
637	Krankenpflegehelferschüler									
638	Krankenpflegevorschüler									
639	Pflegepersonal ohne Ausbildung									
650	Sonstige Berufe des Gesundheitswesens insgesamt (lfd. Ziff. 651 - 662)									
651	Apotheker									
652	Beschäftigungstherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung									
653	Beschäftigungstherapeuten mit arbeitstherapeutischer Zusatzausbildung									
654	Beschäftigungstherapeuten als Berufspraktikanten									
655	Arbeitstherapeuten mit abgeschlossener Ausbildung									
656	Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten als angelernte Kräfte									
657	Krankengymnasten mit staatlicher Anerkennung									
658	Krankengymnastisch Tätige ohne staatliche Anerkennung									
659	Atemtherapeuten, Rhytmiklehrer, Musiktherapeuten o. ä.									
660	Medizinisch-technische Assistenten, medizinisch-technische Laboratoriums- und medizinisch-technische Radiologieassistenten									
661	Diätassistenten (Diätköchenleiter u. a.)									
662	Sonstige Heilhilfsberufe (Masseure u. medizinische Bademeister usw.)									

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

600	**Personal gemäß Stellenplan 1972 nach Berufsgruppen** (Fortsetzung)										
	Berufsgruppen	Stellenplan Soll	Gesamt-Ist Voll- beschäftigte	Teilzeit- beschäftigte	Zusammen	und zwar: (von zusammen) weibl.	Ausländ.	Alter Bis unter 30 Jahre	30 bis unter 50 Jahre	50 Jahre und älter
670	Personal in sozialen und pädagogischen Berufen insgesamt (lfd. Ziff. 671 - 681)									
671	Pädagogen, Lehrer									
672	Sozialpädagogen, Jugendleiter									
673	Heilpädagogen mit abgeschlossener Ausbildung									
674	Soziologen									
675	Seelsorger									
676	Diakone, soweit nicht unter den aufgeführten Berufen einzuordnen									
677	Sozialarbeiter									
678	Psychagogen mit abgeschlossener Ausbildung (einschließlich Sozialarbeiter, Sozialpädagogen etc. mit psychagogischer Zusatzausbildung)									
679	Psychagogen und Sozialpädagogen als Berufspraktikanten									
680	Sozialarbeitspraktikanten (Berufspraktikum)									
681	Pädagogische Hilfskräfte ohne oder mit anderweitiger Fachausbildung									
690	Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal insgesamt (lfd. Ziff. 691 - 694)									
691	Sekretärinnen und Schreibkräfte im ärztlichen Behandlungsbereich, Bibliothek einschließlich Archiv									
692	Verwaltungspersonal (ohne Schreibkräfte im ärztlichen Behandlungsbereich)									
693	Wirtschaftspersonal einschließlich technisches Personal									
694	Fachpersonal für besondere Einrichtungen (Ingenieure, Kaufleute und Werkmeister in Rehabilitationseinrichtungen) soweit nicht an anderer Stelle aufgeführt									
695	Gesamtpersonal (von lfd. Ziff. 601, 610, 620, 630, 650, 670 und 690)									

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

700	**Freiwillige Mitarbeiter (Laienhelfer u. a.)**		
	Durchschnittliche Häufigkeit des Einsatzes	Anzahl der Personen gezählt	geschätzt
701	selten (1 - 2 x jährlich)		
702	häufiger (etwa 1 x monatlich)		
703	oft (mehr als 1 x monatlich)		
704	Personen insgesamt:		
705	Der Einsatz der freiwilligen Mitarbeiter wird organisiert		
706	von Ihrer Einrichtung ☐		
707	von anderen ☐ (Bitte Angabe von wem): _____		

(Datum)

(Unterschrift)
(Beruf und Dienststellung des Ausfüllenden)

Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung
der Enquête über die Lage der Psychiatrie
in der BRD

Fragebogen-Nummer: Nr.

Erhebungsbogen für Gesundheitsämter

Stichtag: 30. 5. 1973

100	**1. Anschrift des Gesundheitsamtes:**	
101	Postleitzahl und Ort:	
102	Straße und Nr.:	
103	Telefon mit Vorwahl:	
104	Leiter:	
120	**2. Dienstbezirk:** kreisfreie Stadt und/oder Landkreis(e):	
121		
122	Bundesland:	Einwohnerzahl des Dienstbezirkes:

	3. Personelle Besetzung des Gesundheitsamtes: (einschließlich evtl. vorhandener Nebenstellen)	vollbeschäftigt (Anzahl)	teilbeschäftigt (Anzahl)
130			
131	Ärzte		
132	Psychologen		
133	Fürsorger(innen)		
134	Sozialarbeiter(innen)		
135	Sozialhelfer(innen)		
136	Krankenschwestern		

4. In welcher Form und wie oft werden in Ihrem Gesundheitsamt psychiatrische Beratungen durchgeführt?
(Bitte das Zutreffende ankreuzen)

140		
141	Keine psychiatrische Beratung	☐

		keine Beratung	mehrmals wöchentlich	wöchentlich	14-tägig	monatlich	seltener
142	Beratung durch eigenes Personal – im Rahmen der allgemeinen Beratung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
143	– Beratung durch spezielle psychiatrische Abteilung (z. B. Fürsorgestelle)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
144	Beratung durch fremdes Personal – Arzt im Vertragsverhältnis zum Gesundheitsamt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145	Außenfürsorge eines psychiatrischen Krankenhauses – Arzt im Beschäftigungsverhältnis des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

5. Personelle Besetzung der psychiatrischen Beratungsdienste
(Bitte die jeweilige Anzahl eintragen)

		Ärzte	davon: Ärzte mit Erfahrung in Psychiatrie und Neurologie	Psychologen	Fürsorger (innen)	Sozialarbeiter (innen)	Sozialhelfer (innen)	Krankenschwestern
150								
151	Beratung durch eigenes Personal im Rahmen der allgemeinen Beratung – vollbeschäftigt							
152	– teilbeschäftigt							
153	Beratung durch eigenes Personal in einer speziellen psychiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes – vollbeschäftigt							
154	– teilbeschäftigt							
155	Beratung durch fremdes Personal Arzt im Vertragsverhältnis zum Gesundheitsamt							
156	Außenfürsorge eines psychiatrischen Krankenhauses Arzt im Beschäftigungsverhältnis des Krankenhauses							

160	Wirken Fürsorger(innen) / Sozialarbeiter(innen) des Jugendamtes oder Sozialamtes an der Beratung (Sprechtage, Hausbesuche) psychisch Kranker mit? (bitte Zutreffendes ankreuzen)	ja ☐	nein ☐
170	Wird die psychiatrische Beratung Ihres Gesundheitsamtes **überwiegend** von Fürsorger(innen) / Sozialarbeiter(innen) des Jugendamtes oder Sozialamtes wahrgenommen? (bitte Zutreffendes ankreuzen)	ja ☐	nein ☐

(Datum)

(Unterschrift)
(Beruf und Dienststellung des Ausfüllenden)

Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung
der Enquête über die Lage der Psychiatrie
in der BRD

Fragebogen-Nummer: Nr.

Erhebungsbogen für Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen (Tagesstätten u.ä.) für geistig und seelisch behinderte Kinder

Auch Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen für körperlich Behinderte, soweit sie geistig und seelisch Behinderte mit betreuen.

Stichtag: 30. Mai 1973

100	**A. Einrichtung**
110	**1. Allgemeines**
111	Name der Einrichtung:
112	Postleitzahl und Ort:
113	Kreis:
114	Straße und Nr.:
115	Name des verantw. Leiters:
116	Beruf:
117	Telefon mit Vorwahlnummer:
118	Rückfragen sind zu richten an (Name):
119	Die Schule ist: öffentlich ☐ *) freigemeinnützig ☐ *) privat ☐ *)
120	Träger der Einrichtung:
121	Wenn Träger der Verein „LEBENSHILFE" ist und keinem Spitzenverband angehört, hier ankreuzen: ☐
122	Spitzenverband (Bitte ankreuzen) ☐ ☐ ☐
123	☐ ☐ ☐
124	Jahr der Inbetriebnahme: ..... **)
125	Ist der Sonderkindergarten selbständig oder Teil einer anderen Einrichtung? selbständig ☐ unselbständig ☐
126	Wenn unselbständig, Teil welcher Einrichtung?
127	Ist die Einrichtung verbunden mit: (Zutreffendes bitte ankreuzen) — Bitte die Nummer des Fragebogens eintragen, den die jeweilige Einrichtung evtl. ebenfalls von der Sachverständigen-Kommission erhalten hat.
128	Sonderschulen ☐ .....
129	Werkstätten für Behinderte ☐ .....
130	Stationäre Einrichtungen ☐ .....
140	**2. Überwiegende Zweckbestimmung** (Nur eine Zweckbestimmung ankreuzen)
141	Sonderkindergarten für: geistig behinderte Kinder ☐
142	geistig und körperlich, bzw. sinnesbehinderte (mehrfach behinderte) Kinder ☐
143	verhaltensgestörte Kinder ☐
144	Durchschnittliche Dauer der Betreuungszeit an Werktagen (ohne Fahrtzeit) in: ..... Stunden
145	Wer entscheidet über Aufnahme und Entlassung der Kinder? (Gutachtergruppe u. ä.):
146	Auf Grund welcher Vorschrift:

*) Bei ☐ bitte Zutreffendes ankreuzen

**) Bei ..... bitte Eintragung vornehmen

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

160	**3. Plätze und Sozialräume**
161	Kindergartenplätze a) Wieviele Kinder können (gegebenenfalls unter Beachtung einschlägiger Richtlinien) gleichzeitig betreut werden? .....
162	b) Wieviele Kinder werden pro Woche (ggf. im Schichtdienst) tatsächlich betreut? .....
163	c) Bei Überbelegung: Wieviele Kinder werden über die zu a) angegebene Zahl hinaus gleichzeitig betreut? .....
164	d) Gibt es eine Warteliste? ja ☐ nein ☐
165	e) Wieviele Kinder sind ggf. darauf vorgemerkt? .....
166	Zahl der vorhandenen Gruppenräume .....
167	Zahl der Ruhe-, Gymnastik- und Therapieräume .....
168	Ist ein Spielplatz im Freien vorhanden ja ☐ nein ☐
169	Sonstige Sozialräume (bitte angeben welche):
180	**4. Einzugsbereich**
181	Einzugsbereich ist festgelegt ja ☐ nein ☐
182	Wenn ja, Bevölkerungszahl des Einzugsbereiches .....
183	Größte Entfernung, die die Kinder täglich zurücklegen müssen (in Kilometer nur Einwegstrecke) .....
200	**B. Betreute**
210	**5. Kinder nach Behinderungsgrad am Stichtag: 30.5.73**

	Behinderungsart und -grad	Geschl.	Altersgruppe: von 3 Jahren bis zum Schulpflichtalter	Altersgruppe: im Schulpflichtalter	zusammen
211	a) Einfache Minderbegabte einschließlich Lernbehinderte (I. Q. über 70)	m			
212		w			
213	b) Leichte geistig Behinderte (I. Q. 70 - 50)	m			
214		w			
215	c) Erheblich geistig Behinderte (I. Q. unter 50 - 35)	m			
216		w			
217	d) Schwer geistig Behinderte (I. Q. unter 35)	m			
218		w			
219	e) Sinnesbehinderte (z. B. Taubstumme) Nicht geistig Behinderte	m			
220		w			
221	f) Verhaltensgestörte Kinder, die nicht unter a) bis e) fallen	m			
222		w			
223	g) Sonstige nicht geistig und nicht verhaltensgestörte Kinder (nicht a) bis f))	m			
224		w			
225	Insgesamt:				

Fragebogen-Nummer: Nr.

240	**6. Aufnahmen und Entlassungen im Jahre 1972**									
		Geschlecht	Betreute Kinder am 1.1.1972	Zugang im Jahr 1972	Zusammen	Abgang im Jahr 1972			Insgesamt	Betreute Kinder am 31.12.72
						nach Ablauf einer Probezeit, weil nicht förderungsfähig	wegen Erreichung des Höchstalters (Einschulung)	sonstige Gründe		
241	Geistig Behinderte	m								
242		w								
243		zusammen								
244	Nicht geistig Behinderte	m								
245		w								
246		zusammen								
247	Insgesamt									
248	**7. Werden die Kinder im Kindergarten wegen ihrer geistigen oder seelischen Behinderung betreut durch:**									
249	Ärzte:	ja ☐			nein ☐					
250	Diplom- Psychologen	ja ☐			nein ☐					

Fortsetzung Seite 4

Fragebogen-Nummer: Nr.

300	**C. Personal im Jahre 1972**			
320	**8. Pädagogisch- psychologischer Dienst**	Geschl.	Hauptberuflich	Anzahl der nicht hauptberuflich tätigen Mitarbeiter
321	Kindergärtnerin / Erzieher(innen)	m		
322		w		
323	Jungendleiter / Sozialpädagoge	m		
324		w		
325	Psychagogen	m		
326		w		
327	Heilpädagogen	m		
328		w		
329	Logopäden	m		
330		w		
331	Psychologen	m		
332		w		
333	Sozialarbeiter	m		
334		w		
335	Praktikanten	m		
336		w		
337	Sonstige	m		
338		w		
339	Insgesamt (Pädagogisch- psychologischer Dienst)			
340	**9. Pflegerischer und medizinischer Dienst**			
341	Kranken- oder Kinderkrankenschwestern, Krankenpfleger (einschl. Schüler(innen))	m		
342		w		
343	Beschäftigungstherapeuten	m		
344		w		
345	Krankengymnasten und Gymnasten	m		
346		w		
347	Kindergartenhelferin	m		
348		w		
349	Pflegekräfte ohne Ausbildung	m		
350		w		
351	Sonstige	m		
352		w		
353	Insgesamt (Pflegerischer und medizinischer Dienst)			

(Datum)

(Unterschrift)
(Beruf und Dienststellung des Ausfüllenden)

Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung
der Enquête über die Lage der Psychiatrie
in der BRD

Fragebogen-Nummer: Nr.

Erhebungsbogen für Sonderschulen, Sonderschulen mit Werkstufe, Tagesbildungsstätten und Anlernwerkstätten für geistig und seelisch Behinderte

Auch Sonderschulen für körperlich Behinderte, soweit sie geistig und seelisch Behinderte mit betreuen

Stichtag: 30. Mai 1973

100	**A. Einrichtung**	
110	**1. Allgemeines**	
111	Name der Schule:	
112	Postleitzahl und Ort:	
113	Kreis:	
114	Straße und Nr.:	
115	Name des verantw. Leiters:	
116	Beruf:	
117	Telefon mit Vorwahlnummer:	
118	Rückfragen sind zu richten an (Name):	
119	Die Schule ist: öffentlich ☐ *) freigemeinnützig ☐ *) privat ☐ *)	
120	Art der Einrichtung:	
121	Sonderschule ☐	Sonderschule mit Werkstätte ☐
122	Tagesbildungsstätte ☐	Tagesbildungsstätte mit Anlernwerkstatt ☐
123	Anlernwerkstatt ☐	(Zutreffendes ankreuzen)
124	Träger der Einrichtung:	
125	Wenn Träger der Verein „LEBENSHILFE" ist und keinem Spitzenverband angehört, hier ankreuzen: ☐	
126	Spitzenverband (Bitte ankreuzen)	
127		
128	Jahr der Inbetriebnahme: ..... **)	
129	Ist die Sonderschule oder Tagesbildungsstätte/Werkstatt Teil einer anderen Einrichtung? selbständig ☐ unselbständig ☐	
130	Wenn unselbständig, Teil welcher Einrichtung?	
131	Ist die Einrichtung verbunden mit:	Zutreffendes bitte ankreuzen / Bitte die Nummer des Fragebogens eintragen, den die jeweilige Einrichtung evtl. ebenfalls von der Sachverständigen-Kommission erhalten hat.
132	Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen	☐ .....
133	Werkstätten für Behinderte	☐ .....
134	Stationäre Einrichtungen	☐ .....
140	**2. Plätze und Sozialräume**	
141	Die Schule ist einzügig: ☐ mehrzügig mit: ..... Zügen	
142	Sie hat: ..... Klassen mit durchschn. je ..... Schülern	
143	Räume für Spiel und Sport: ja ☐ nein ☐	
144	Sportplatz: ja ☐ nein ☐	

*) Bei ☐ bitte Zutreffendes ankreuzen

**) Bei ..... bitte Eintragung vornehmen

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

160	**3. Schulbezirk**	
161	Schulbezirk ist festgelegt: ja ☐ nein ☐	
162	Wenn ja, Bevölkerungszahl des Schulbezirkes: ..... Einwohner	
163	Größte Entfernung, die Schüler täglich zurücklegen müssen in km: ..... (Nur Einwegstrecke)	
164	Gehört zur Schule ein Internat: ja ☐ nein ☐	
165	Wieviel Schüler wohnen ggf. darin: ..... Schüler	
200	**4. Zweckbestimmung**	

	Die Einrichtung betreut am Stichtag: 30. 5. 73 Behinderungsart und -grad	Geschlecht	Anzahl	Davon: in eigener Klasse oder Gruppe	Davon: ungetrennt mit anderen Gruppen
201	a) Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderung (I. Q. über 70)	m			
202		w			
203	b) Leichte geistige Behinderung (I. Q. 70 - 50)	m			
204		w			
205	c) Erhebliche geistige Behinderung (I. Q. 50 - 35)	m			
206		w			
207	d) Schwere geistige Behinderung (I. Q. unter 35)	m			
208		w			
209	e) Sinnesbehinderte (z. B. Taubstumme) aber nicht geistig Behinderte	m			
210		w			
211	f) Verhaltensgestörte Kinder, die nicht unter a) bis e) fallen	m			
212		w			
213	g) Sonstige nicht geistig und nicht verhaltensgestörte Kinder (nicht a) bis f))	m			
214		w			
215	Insgesamt:				

216	Durchschnittliche Dauer der täglichen Unterrichtszeit für Schüler (ohne Fahrtzeit) in ca.	Zeitstunden
217	Wer entscheidet über Aufnahme und Entlassung (Gutachtergruppe, Schulaufsichtsbehörde u. ä.):	
218	Aufgrund welcher Vorschriften:	

Enquête - Psychiatrie

Seite 3
von insgesamt 5 Seiten

Fragebogen-Nummer: Nr.

B. Schüler im Jahre 1972

		Geistig Behinderte			Nicht geistig Behinderte			Gesamtsumme		
		m	w	insgesamt	m	w	insgesamt	m	w	insgesamt
301	Schülerbestand am 1. 1. 1972									
302	Zugänge im Jahre 1972 insgesamt									
303	Darunter erstmalige Aufnahmen (d. h. ohne Zugänge von anderen Sonderschulen)									
304	Bestand und Zugänge zusammen									
305	Abgänge im Jahre 1972 insgesamt									
306	Davon nicht förderungsfähig nach Probezeit									
307	Darunter in stationärer Dauerbehandlung									
308	Entlassung nach Beendigung der Vollzeitschulpflicht									
309	– in weiterführende Beh. Einrichtungen (selbst. Anlernw. Beh. Werkstatt)									
310	– zum freien Arbeitsmarkt									
311	Sonstige Abgänge									
312	Schülerbestand am 31. 12. 1972									

313 Im Schuljahr 1972 nahmen am Unterricht der Werkstufe teil:
Männliche Schüler: ..... Weibliche Schüler: .....

Werden die Behinderten in der Sonderschule (Tagesbildungsstätte) wegen ihrer geistigen oder seelischen Behinderung betreut durch:

314 Ärzte: ja ☐ nein ☐

315 Diplom-Psychologen ja ☐ nein ☐

Enquête - Psychiatrie

Seite 4
von insgesamt 5 Seiten

Fragebogen-Nummer: Nr.

C. Personal im Jahre 1972

	Pädagogen und sonstiges Personal		Hauptberufl.	Davon Anzahl des zeitweise auch in anderen Einrichtungen arbeitenden Personals.*)
403	Sonderschullehrer für: Lernbehindertenpädagogik	m		
404		w		
405	Geistigbehindertenpädagogik	m		
406		w		
407	Erziehungsschwierige	m		
408		w		
409	Sinnesbehinderte	m		
410		w		
411	Körperlich Behinderte	m		
412		w		
413	Sozialpädagogen / Jugendleiter	m		
414		w		
415	Heilpädagogen	m		
416		w		
417	Sprachheilpädagogen / Logopäden	m		
418		w		
419	Dipl. Psychologen	m		
420		w		
421	Sozialarbeiter	m		
422		w		
423	Praktikanten	m		
424		w		
425	Psychagogen	m		
426		w		
427	Pflegekräfte ohne pädagogische Ausbildung	m		
428		w		
429	Beschäftigungstherapeuten	m		
430		w		
431	Krankengymnasten / Gymnastiklehrer	m		
432		w		
433	angelernte Kräfte	m		
434		w		
435	Sonstige	m		
436		w		
437	Zusammen			

*) z.B. in Sonderkindergärten, Werkstätten für Behinderte, stationären Einrichtungen.

Datum

Unterschrift

Beruf und Dienststellung des Ausfüllenden

Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung
der Enquete über die Lage der Psychiatrie
in der BRD

Fragebogen-Nummer: Nr.

Erhebungsbogen: Werkstätten für Behinderte

(Beschützende Werkstätten)

Stichtag: 30. 5. 1973

100	**A. Einrichtung**
110	**1. Allgemeines**
111	Name der Einrichtung:
112	Postalische Anschrift Postleitzahl und Ort:
113	Kreis:
114	Straße und Nr.:
115	Name des verantw. Leiters der Einrichtung:
116	Beruf:
117	Telefon mit Vorwahl:
118	Rückfragen sind zu richten an:
119	Die Einrichtung ist: öffentlich ☐ *) freigemeinnützig ☐ *) privat ☐ *)
120	Träger der Einrichtung:
121	Wenn Träger der Verein „Lebenshilfe" ist und keinem Spitzenverband angehört, hier ankreuzen: ☐
122	Spitzenverband (bitte ankreuzen) ☐ ☐ ☐
123	☐ ☐ ☐
124	Jahr der Inbetriebnahme: ..... **)
125	Zahl der Plätze: .....
126	Ist die Einrichtung selbständig oder im Zusammenschluß mit einer anderen Einrichtung verbunden: selbständig ☐ unselbständig ☐ (Werkstätten mit angeschlossenem Wohnheim gelten als selbständig)
127	Ist die Einrichtung verbunden mit:

		Zutreffendes bitte ankreuzen	Bitte die Nummer des Fragebogens eintragen, den die jeweilige Einrichtung evtl. ebenfalls von der Sachverständigen-Kommission erhalten hat.
128	Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen	☐	.....
129	Sonderschulen	☐	.....
130	Stationäre Einrichtungen	☐	.....

*) Bei ☐ bitte Zutreffendes ankreuzen **) Bei ..... bitte Eintragung vornehmen

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

140	**2. Die Werkstatt betreut am Stichtag: 30. 5. 73**			
	Personenkreis jeweils nach der überwiegenden Behinderung, die den Aufenthalt in der Werkstatt erfordert, einordnen.	Zahl der Behinderten m	Zahl der Behinderten w	Darunter mehrfach Geschädigte
141	Geistig Behinderte (ausgenommen Anfallskranke)			
142	1. Einfache Minderbegabung einschließlich Lernbehinderung (I. Q. über 70)			
143	2. Leichte geistige Behinderung (I. Q. 70 - 50)			
144	3. Erhebliche geistige Behinderung (I. Q. unter 50 - 35)			
145	4. Schwere geistige Behinderung (I. Q. unter 35)			
146	Seelisch Behinderte			
147	aufgrund von schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen usw. und aufgrund von späterworbenen körperlichen Erkrankungen und Schädigungen (Hirnverletzungsfolgen, Hirnabbauprozeße usw.)			
148	Anfallskranke (Epileptiker)			
149	1. Ohne psychische Störungen			
150	2. Mit psychischen Störungen			
151	Körperlich Behinderte			
152	1. Spastiker (einschließlich Athetotiker)			
153	2. Andersartig Gelähmte			
154	3. Anderweitig körperlich Behinderte			
155	Sinnesbehinderte			
156	1. Sehbehinderte			
157	2. Hörbehinderte			
158	3. Mehrfachbehinderte			
159	Übrige Behinderte (z. B. Autisten, abnorme Persönlichkeiten u. a.) Bitte anführen			
160	1.			
161	2.			
162	3.			
163	4.			
164	Zusammen:			
165	Durchschnittliche Dauer der wöchentlichen Mindestarbeitszeit, ohne Fahrtzeit und Mittagspausen: in			Stunden
166	Wer entscheidet über Aufnahme und Entlassung der Behinderten? (Gutachtergruppe o. ä.)			
167	Aufgrund welcher Vorschriften?			

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

180	**3. Einzugsbereich**			
181	Einzugsbereich ist festgelegt:	ja		nein
182	Wenn ja, Bevölkerungszahl des Einzugsbereiches:		Einwohner	
183	Wenn nein, Bevölkerungszahl des Betriebssitzes der Einrichtung:		Einwohner	
184	Größte Entfernung, die Betreute täglich zurücklegen müssen:	in	Kilometer (Nur Einwegstrecke)	
185	Ist mit der Behindertenwerkstatt ein Wohnangebot verbunden?	ja		nein
186	Wieviel Beschäftigte wohnen ggf. dort:		Anzahl der Bewohner	

200	**4. Arbeitsangebot**			
201	a) Dienstleistungen (überwiegende Art der Leistung)			
	Art der Leistung	Zahl der Plätze männlich	weiblich	Insgesamt
202	z. B. Gartenarbeit			
203	z. B. Küchenarbeit			
204				
205				
206				
207	Zusammen			
210	b) Eigenproduktion (bitte Produkte angeben)			
211				
212				
213				
214				
215				
216	Zusammen			

Enquête - Psychiatrie

Fragebogen-Nummer: Nr.

220 c) Lohnaufträge (überwiegende Art des Auftrages)

	Bearbeitungsvorgang	Geschlecht	Zahl der Plätze bei der Bearbeitung von: Metall	Holz	Kunststoff	Elektroartikel	Papier Pappe	Sonstiges	Insgesamt
221	Montage, Demontage	m							
222		w							
223	Verformung (z. B. biegen, abwinkeln, schneiden, hobeln, schleifen u. ä.)	m							
224		w							
225	Sortieren	m							
226		w							
227	Zählen	m							
228		w							
229	Halb- und Endfertigung (z. B. schweißen, kleben, bohren, falten, entgraten, buchbinden, löten, isolieren)	m							
230		w							
231	Sonstige	m							
232		w							
233	Zusammen								

	Bearbeitungsvorgang	Zahl der Plätze bei der Beerbeitung von Textilien männlich	weiblich	Insgesamt
234	Näharbeiten (z. B. Herstellung, ausbessern)			
235	Handarbeiten (z. B. häkeln, stricken, sticken, knüpfen u. ä.)			
236	Stoffdrucken (Batik)			
237	Dekoration (z. B. Musterkollektion zusammenstellen)			
238	Spielzeugherstellung (z. B. Stofftiere, Stoffpuppen u. ä.)			
239	Sortieren			
240	Zählen			
241	Sonstige			
242	Zusammen			

	Arbeitsvorgang	Zahl der Plätze bei Büro- und Druckarbeiten		
243	Ablichten			
244	Vervielfältigen			
245	Heften, abheften			
246	Numerieren			
247	Zählen u. sortieren (z. B. Katalogzusammenstellung u. ä.)			
248	Expedition (z. B. verpacken, adressieren, kuvertieren, frankieren)			
249	Sonstiges			
250	Zusammen			

Fragebogen-Nummer: Nr.

260	**5. Ausbildungsangebot**			
261	Ausbildungsart:	männlich	weiblich	Insgesamt
262	Anlernen für eigene Werkstatt			
263	Anlernen für den freien Arbeitsmarkt			
264	Ausbildung für einen bestimmten Beruf			
265	Zusammen			
270	**6. Raumangebot**			
271	Gesamtfläche der vorhandenen Arbeitsräume in m²:			
272	Ist ein Speise- und Aufenthaltsraum vorhanden: ja		nein	
273	Werden die Mahlzeiten: angeliefert		oder selbst zubereitet	
274	Ist ein ärztlicher Untersuchungsraum vorhanden: ja		nein	
275	Ist ein psychologischer Untersuchungs- und Therapieraum vorhanden: ja		nein	
276	Zahl der vorhandenen Sanitärräume:			
277	Toiletten	Waschräume	Duschräume	Bäder
278	Zahl der vorhandenen Umkleideräume:			
279	Ist ein Ruheraum vorhanden: ja		nein	
280	Zahl der Personalräume:			
281	Zahl der Büroräume:			
290	**7. Entlohnung**			
291	Wieviel Behinderte erhalten:	männlich	weiblich	
292	Grundbetrag (Taschengeld)			
293	Prämie unter Berücksichtigung der Leistung			
294	Feste Stundenlöhne			
295	Mit wievielen Behinderten ist ein ordentlicher Arbeitsvertrag geschlossen:			
300	**8. Aus welchen Mitteln erfolgen die Zahlungen an die Behinderten?** (Mehrfachankreuzung möglich!)			
301	a) Einnahmen des Betriebes			
302	b) Spenden			
303	c) sonstigen Einnahmen (bitte hierunter angeben)			
304				
305				
306				
310	**9. Wieviele Behinderte erhalten Leistungen der Arbeitsverwaltung nach § 58 Arbeitsförderungsgesetz (AFG)**			
311	Art der Leistung	männlich	weiblich	
312	a) in Verbindung mit § 10 Nr. 5 AReha vom 2. 7. 1970 (Förderkurse)			
313	b) in Verbindung mit § 40 Abs. 4 AReha vom 2. 7. 1970 (Einarbeitungszuschuß)			
314	c) in Verbindung mit §§ 96 ff AReha vom 2. 7. 1970 (Eingliederungsbeihilfe)			

Fragebogen-Nummer: Nr.

350	**B. Behinderte**			
351	**10. Altersgruppen nach Jahren**	Am Stichtag 30. 5. 73 beschäftigt		
		männlich	weiblich	Insgesamt
352	unter 15			
353	15 bis unter 25			
354	25 bis unter 35			
355	35 bis unter 45			
356	45 bis unter 55			
357	55 bis unter 65			
358	65 und darüber			
359	Zusammen			

370 **11. Wieviele Behinderte wurden in den letzten 5 Jahren bis zum Stichtag aus nachstehenden Gründen entlassen?**
Bei kürzer bestehenden Einrichtungen seit Inbetriebnahme. –

371	Altersgruppe nach Jahren	Geschlecht	Auf den freien Arbeitsmarkt vermittelt	Nichteignung nach Ablauf der Probezeit	In stationäre Betreuung eingewiesen	Sonstige	Insgesamt
372	unter 15	m					
373		w					
374	15 bis unter 25	m					
375		w					
376	25 bis unter 35	m					
377		w					
378	35 bis unter 45	m					
379		w					
380	45 bis unter 55	m					
381		w					
382	55 bis unter 65	m					
383		w					
384	65 und darüber	m					
385		w					
386	Zusammen						

Fragebogen-Nummer: Nr.

C. Personal in Einrichtungen

400	401 12. Berufsgruppen	Geschlecht	Altersgruppe: bis unter 30 Jahre	Altersgruppe: 30 bis unter 50 Jahre	Altersgruppe: 50 Jahre und älter	Insgesamt	davon Anzahl des: zeitweise auch in anderen Einrichtungen arbeitenden Personals **)	davon Anzahl des: hauptamtlich tätigen Personals	davon Anzahl des: Personals mit heilpädagogischer Zusatzausbildung
402	Werkstattleiter	m							
403		w							
404	Ingenieur	m							
405		w							
406	Sozialpädagoge / Jugendleiter	m							
407		w							
408	Sozialarbeiter	m							
409		w							
410	Werklehrer	m							
411		w							
412	Handwerksmeister	m							
413		w							
414	Staatlich geprüfte Erzieher (Kindergärtnerin)	m							
415		w							
416	Facharbeiter	m							
417		w							
418	Handwerksgesellen	m							
419		w							
420	Sonstige Gruppenleiter	m							
421		w							
422	Krankenpfleger und Schwestern	m							
423		w							
424	Kinderpfleger	m							
425		w							
426	Krankenpflegehelfer	m							
427		w							
428	Übertrag:								

**) z. B. Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen, Sonderschulen, stationäre Einrichtungen.

Fragebogen-Nummer: Nr.

C. Personal in Einrichungen (Fortsetzung)

400	401 12. Berufsgruppen	Geschlecht	Altersgruppe: bis unter 30 Jahre	Altersgruppe: 30 bis unter 50 Jahre	Altersgruppe: 50 Jahre und älter	Insgesamt	davon Anzahl des: zeitweise auch in anderen Einrichtungen arbeitenden Personals **)	davon Anzahl des: hauptamtlich tätigen Personals	davon Anzahl des: Personals mit heilpädagogischer Zusatzausbildung
429	Übertrag:								
430	Sonstige Pflegekräfte	m							
431		w							
432	Bürokräfte	m							
433		w							
434	Küchenkräfte	m							
435		w							
436	Reinigungskräfte, Technischer Dienst	m							
437		w							
438	Arzt *)	m							
439	.....	w							
440	Psychologe	m							
441		w							
442	Sonderschullehrer	m							
443		w							
444	Heilpädagoge	m							
445		w							
446	Logopäde	m							
447		w							
448	Beschäftigungstherapeut	m							
449		w							
450	Krankengymnastin oder Krankengymnastiker	m							
451		w							
452	Gymnastiklehrer	m							
453		w							
454	Sonstige (bitte angeben)	m							
455	.....	w							
456	Zusammen								

*) Bitte Fachrichtung angeben - **) z. B. Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen, Sonderschulen, stationäre Einrichtungen.

(Datum)

(Unterschrift)
(Beruf und Dienststellung des Ausfüllenden)

III. Verzeichnis der in die Erhebung der Sachverständigen-Kommission (Stichtag: 30. Mai 1973) einbezogenen Krankenhaus-Einrichtungen sowie der Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranken (mit mehr als 100 Betten)

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Schleswig-Holstein

Krankenhaus für Nerven- und Gemütsleiden
2257 Breklum

Privat Heil- und Pflegeanstalt Dr. Schulze
2381 Ülsby

Diakoniewerk Kropp
2382 Kropp

Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus
2061 Bargfeld-Stegen

Landeskrankenhaus Neustadt
2430 Neustadt/Holstein

Landeskrankenhaus Heiligenhafen
2447 Heiligenhafen

Landeskrankenhaus Schleswig
2380 Schleswig

Ricklinger Anstalten 2351 Rickling

Hamburg

Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll
2000 Hamburg 62

Niedersachsen

Sanatorium Dr. Barner
3389 Braunlage

Städtische Nervenklinik Langenhagen
3012 Langenhagen

Evangelisches Stiftungskrankenhaus Ginsterhof
2101 Tötensen

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Hildesheim
3200 Hildesheim

Psychiatrische Klinik Häcklingen
3141 Häcklingen

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Moringen
3413 Moringen

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Göttingen
3400 Göttingen

Privat-Nervenklinik Dr. Kurt Fontheim
3384 Liebenburg

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
2901 Wehnen, Post Ofen

Wahrendorffsche Anstalten
3001 Ilten

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
3307 Königslutter/Elm

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
3140 Lüneburg

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
3050 Wunstorf

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
4500 Osnabrück

Bremen

Privatklinik Dr. Heines
2800 Bremen-Oberneuland

Krankenhaus Bremen Ost
2800 Bremen 44

Nordrhein-Westfalen

Theodor-Fliedner-Werk, Mühlenhof-Waldhof
4330 Mülheim (Ruhr)-Selbeck

Rheinische Landesklinik für Psychiatrie
4070 Rheydt

Alexianer-Krankenhaus
5100 Aachen

Krankenhaus des Th. Fliedner-Werkes
4032 Lintorf

Krankenanstalt Kloster Marienborn
5352 Zülpich-Hoven

Rheinisches Landeskrankenhaus Brauweiler
5026 Brauweiler

Alexianer-Krankenhaus
4150 Krefeld

Nervenklinik Dreifaltigkeitskloster
4150 Krefeld

St. Josef-Krankenhaus
4040 Neuss

Alexianer-Krankenhaus
5050 Porz-Ensen

St. Alexius-Krankenhaus
4040 Neuss

Stiftung Tannenhof. Evangelische Nervenklinik Bergisches Land
5630 Remscheid

Rheinisches Landeskrankenhaus Bonn
5300 Bonn

Rheinisches Landeskrankenhaus Düren
5160 Düren

Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf
(Universitätsklinik Düsseldorf)
4000 Düsseldorf

Rheinisches Landeskrankenhaus Viersen
4060 Viersen

Rheinisches Landeskrankenhaus Bedburg-Hau
4194 Bedburg-Hau

Rheinisches Landeskrankenhaus Langenfeld
4018 Langenfeld

Lippische Nervenklinik Dr. Spernau
4902 Bad Salzuflen

Krankenheimstätte Homborn im Verband Bethel
5801 Zurstraße, Gemeinde Waldbauer

Westfälisches Landeskrankenhaus Frönspert
5874 Bredenbruch/Hemer

St. Rochus-Hospital
4404 Telgte/Westf.

Westfälisches Landeskrankenhaus Paderborn
4750 Paderborn

Westfälisches Landeskrankenhaus Benninghausen
4781 Benninghausen

Stiftung Maria-Hilf
4401 Havixbeck-Tilbeck 2

Alexianer-Krankenhaus
4401 Amelsbüren

Anstalt Bethel
4813 Bethel/Bielefeld

Westfälisches Landeskrankenhaus Marsberg
3538 Niedermarsberg

Westfälisches Landeskrankenhaus Dortmund
4600 Dortmund-Aplerbeck

Westfälisches Landeskrankenhaus Gütersloh
4830 Gütersloh 1

Westfälisches Landeskrankenhaus Warstein
4788 Suttrop/Post Warstein

Westfälisches Landeskrankenhaus Münster
4400 Münster (Westf.)

Westfälisches Landeskrankenhaus Eickelborn
4771 Eickelborn

Westfälisches Landeskrankenhaus Lengerich
4540 Lengerich (Westf.)

Hessen

Kurklinik Hofheim/Taunus
6238 Hofheim

Sanatorium Prof. Schwab
6350 Bad Nauheim

Psychiatrisches Krankenhaus Meißner
3431 Meißnerheilstätte/Witzenhausen

Klinik Hohemark
6370 Oberursel/Taunus

Waldkrankenhaus Köppern
6383 Friedrichsdorf-Köppern

Sanatorium Dr. Ribisch
6232 Bad Soden/Taunus

St. Valentinushaus
6229 Kiedrich/Eltville

Psychiatrisches Krankenhaus Heppenheim
6148 Heppenheim/Bergstraße

Psychiatrisches Krankenhaus Herborn
6348 Herborn

Psychiatrisches Krankenhaus Haina/Kloster
3559 Haina/Kloster

Psychiatrisches Krankenhaus Gießen
6300 Gießen

Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen
3501 Emstal 2

Psychiatrisches Krankenhaus Hadamar
6253 Hadamar

Psychiatrisches Krankenhaus Marburg
3550 Marburg

Psychiatrisches Krankenhaus Weilmünster
6292 Weilmünster

Psychiatrisches Krankenhaus Eichberg
6228 Eltville/Rhein

Psychiatrisches Krankenhaus Philippshospital
6081 Goddelau

Rheinland-Pfalz

Sanatorium Katzenelnbogen
5429 Katzenelnbogen

Dr. von Ehrenwall'sche Klinik
5483 Ahrweiler

Privatklinik „Sanatorium Bad Gleisweiler"
6741 Gleisweiler

Brüder-Krankenhaus für Nerven- und Gemütskranke
5471 Saffig

St. Antoniushaus
5451 Waldbreitbach

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
5500 Trier

Landesnervenklinik Alzey
6508 Alzey

Pfälzische Nervenklinik Landeck
6749 Landeck

Landesnervenklinik Andernach
5470 Andernach

Baden-Württemberg

Vianney-Hospital
7770 Überlingen

Privat-Klinik Dr. Denzel
7100 Heilbronn

Korker Anstalten, neuropädiatrische Klinik
7640 Kehl-Kork

Heinrich-Landerer-Krankenhaus,
M.-Lotte-Merkh-Heim
7410 Reutlingen

Friedrich-Husemann-Klinik
7801 Buchenbach bei Freiburg/Breisgau

Psychiatrisches Landeskrankenhaus Bad Schussenried
7953 Bad Schussenried

Christophsbad Dr. Landerer Söhne
7320 Göppingen

Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weinsberg
7102 Weinsberg

Neurologische Kliniken Dr. Schmieder
7704 Gailingen

Psychiatrisches Landeskrankenhaus Reichenau
7750 Konstanz 13

Psychiatriches Landeskrankenhaus Weissenau
7980 Weissenau/Gemeinde Eschach bei Ravensburg

Psychiatrisches Landeskrankenhaus Winnenden
7057 Winnenden

Psychiatrisches Landeskrankenhaus Zwiefalten
7942 Zwiefalten

Fachkrankenhaus Rottenmünster
7210 Rottweil 1

Psychiatrisches Landeskrankenhaus Emmendingen
7830 Emmendingen

Psychiatrisches Landeskrankenhaus Wiesloch
6908 Wiesloch

Bayern

Fachkrankenhaus für Nerven- und Gemütskranke
8070 Ingolstadt

Inntalklinik
8204 Brannenburg

Privat-Nervenklinik Dr. Schmidt
8035 Gauting

Nervenklinik Bamberg
8600 Bamberg

Nervenkrankenhaus Bayreuth, Außenstelle Kutzenberg
8621 Kutzenberg

Klinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie
8000 München

Bezirkskrankenhaus Engelthal
8561 Engelthal

Bezirkskrankenhaus Taufkirchen
8252 Taufkirchen/Vils

Nervenkrankenhaus des Bezirkes Unterfranken
8722 Werneck

Bezirkskrankenhaus Ansbach
8800 Ansbach

Nervenkrankenhaus des Bezirkes Oberfranken
8580 Bayreuth

Bezirkskrankenhaus Mainkofen
8351 Mainkofen

Bezirkskrankenhaus Erlangen
8520 Erlangen

Nervenkrankenhaus des Bezirkes Schwaben
8870 Günzburg

Nervenkrankenhaus des Bezirkes Schwaben
8950 Kaufbeuren

Nervenklinik des Bezirkes Unterfranken
8770 Lohr/Main

Bezirkskrankenhaus Haar
8013 Haar

Nervenkrankenhaus des Bezirkes Oberfalz
8400 Regensburg

Bezirkskrankenhaus Gabersee
8094 Gabersee, Gemeinde Attel bei Wasserburg

Saarland

Sozialpsychiatrische Klinik Sonnenberg
6600 Saarbrücken

Landesnervenklinik Merzig
6640 Merzig/Saar

Berlin (West)

Phoenix-DRK-Klinik
1000 Berlin 19

Krankenanstalt Birkenhain
1000 Berlin 19

Krankenanstal Erlengrund
1000 Berlin 41

Krankenanstalt Tannengrund
1000 Berlin 37

„Eibenhof"
1000 Berlin 33

Neuropsychiatrische Klinik Waldhaus Nikolassee
1000 Berlin 28

Städtische Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik
1000 Berlin 26

Landesnervenklinik Berlin
1000 Berlin 20

Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

in folgenden Krankenhäusern:

Hamburg

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Albertinen-Krankenhauses
2000 Hamburg 61

Neurologische Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Altona
2000 Hamburg 50

Psychiatrisch-neurologische Klinik des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf
2000 Hamburg 39

Neurologische und psychiatrische Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses
2000 Hamburg 70

Niedersachsen

Psychiatrie- und Nervenklinik der Stadt Braunschweig
3300 Braunschweig

Kreiskrankenhaus Norden
2980 Norden

Nordrhein-Westfalen

Katholisches Krankenhaus St. Johannes-Hospital
5760 Neheim-Hüsten 1

Krankenanstalten Sarepta
4813 Bethel-Bielefeld

St. Josefs Hospital
4630 Bochum-Linden

Knappschafts-Krankenhaus
4250 Bottrop

Knappschafts-Krankenhaus
4600 Dortmund-Brackel

Marien-Hospital
46 Dortmund-Hombruch

Nervenklinik des Diakoniewerkes Kaiserwerth
4000 Düsseldorf 31

Katholisches Krankenhaus Philippus-Stift
4300 Essen 11

Evangelisches Krankenhaus
4650 Gelsenkirchen

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Knappschaftskrankenhauses
4700 Hamm

St. Josefshospital
3490 Bad Driburg

Rehabilitationszentrum
5000 Köln 41

Psychiatrische Untersuchungsabteilung für verhaltensgestörte Strafgefangene
5000 Köln 30

Kreiskrankenhaus Lüdenscheid
5880 Lüdenscheid-Hellersen

Zweckverband Stadt- und Kreiskrankenhaus
4950 Minden

Neurologische Abteilung
5270 Gummersbach

Nervenklinik am St. Josefshospital
4200 Oberhausen

St. Vinzenz Krankenhaus
4790 Paderborn

St. Marien Hospital
4230 Wesel

St. Antonius Krankenhaus
4446 Hörstel

Evangelisches Diakonissen-Krankenhaus
5810 Witten

Neurologische-psychiatrische Klinik
5600 Wuppertal-Barmen

Hessen

Städtisches Krankenhaus
6230 Frankfurt-Höchst

St. Katharinen Krankenhaus
6000 Frankfurt/M.

Psychiatrisch-neurologische Klinik
6200 Wiesbaden

Baden-Württemberg

Südwestdeutsches Rehabilitations-Krankenhaus
7501 Karlsbad

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des H. Lanz Krankenhauses
6800 Mannheim

Psychiatrische Klinik des Bürgerhospitals
7000 Stuttgart 1

Bayern

Psychiatrische Abteilung des Krankenhaus-Zweckverbandes
8900 Augsburg

Psychiatrie- und Nervenklinik der Städtischen Krankenhausanstalten
8500 Nürnberg

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
4800 Regensburg

Neurologische Abteilung des St. Josefskrankenhauses
8400 Regensburg

Saarland

Neurologische Abteilung des Bundesknappschafts-krankenhauses
6603 Sulzbach/Saar

Berlin (West)

Städtisches Krankenhaus Spandau-Süd
1000 Berlin 22

Städtisches-Auguste-Viktoria Krankenhaus
1000 Berlin 41

Neurologisch-psychiatrische Abteilung des Wenckebach-Krankenhauses
1000 Berlin 42

Städtisches Krankenhaus Moabit
1000 Berlin 30

Städtisches-Rudolf-Virchow Krankenhaus
1000 Berlin 65

Universitätskliniken

Schleswig-Holstein

Psychiatrische Universitäts-Nervenklinik
2300 Kiel

Psychiatrische und Neurologische Klinik
2400 Lübeck

Hamburg

Psychiatrische Universitäts-Nervenklinik und Poliklinik
2000 Hamburg 20

Niedersachsen

Psychiatrische Klinik der Universität
3400 Göttingen

Psychiatrische Klinik
3000 Hannover-Kleefeld

Nordrhein-Westfalen

Psychiatrische Abteilung der medizinischen Fakultät TH Aachen
5100 Aachen

Universitäts-Nervenklinik
5300 Bonn

Psychiatrische Klinik des Klinikums Essen
4300 Essen

Universitäts-Nervenklinik Köln
5000 Köln 41

Psychiatrische Universitäts-Nervenklinik
4400 Münster

Hessen

Nervenklinik der Stadt und Universität Frankfurt
6000 Frankfurt/Main

Neuropsychiatrische Klinik
63 Gießen

Psychiatrische Universitäts-Nervenklinik
3550 Marburg/Lahn

Rheinland-Pfalz

Neuro-Psychiatrische Universitätsklinik
6500 Mainz

Baden-Württemberg

Psychiatrische Nervenklinik der Universität
7800 Freiburg

Psychiatrische Universitätsklinik
6900 Heidelberg

Sozialpsychiatrische Klinik der Universität Heidelberg
6900 Heidelberg

Universitäts-Nervenklinik
7400 Tübingen

Bayern

Universitäts-Nervenklinik
8520 Erlangen

Nervenklinik der Universität
8000 München 2

Universitäts-Nervenklinik und Poliklinik
8700 Würzburg

Saarland

Universitäts-Nervenklinik
6650 Homberg

Berlin (West)

Psychiatrische und neurologische Klinik der FU Berlin
1000 Berlin 19

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Schleswig-Holstein

Landeskrankenhaus
2380 Schleswig

Hamburg

Allgemeines Krankenhaus Heidberg
2000 Hamburg 62

Psychosomatische Abteilung am Krankenhaus Rothenburgsort
2000 Hamburg

Niedersachsen

Psychiatrische Abteilung der Hannoverschen Kinderheilanstalt
3000 Hannover

Jugendpsychiatrische Klinik des Evangelisch-Lutherischen Wichernstifts
2875 Elmshorn

Evangelisches Hospital Lilienthal
2804 Lilienthal

Nordrhein-Westfalen

Rheinische Landesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
5300 Bonn

St. Johannes Stift
3538 Niedermassberg

Westfälisches Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik
4700 Hamm

Psychiatrisches Krankenhaus „Maria Hilf"
5133 Gangelt

Rheinische Landesklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie
4060 Viersen 12

Psychiatrisches Kinderkrankenhaus Maria Helferin
4060 Viersen 12

Westfälisches Landeskrankenhaus
4370 Marl-Sinsen

Hessen

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
3550 Marburg/Lahn

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
6270 Idstein/Taunus

Berlin (West)

Kinder- und Poliklinik FU Berlin
1000 Berlin 19

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Weisengrund
1000 Berlin 28

Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie

Nordrhein-Westfalen

Westfälisches Landeskrankenhaus Geseke
4787 Geseke

Landesklinik für Geriatrie
5277 Marienheide

Hessen

Evangelisches Krankenhaus Gesundbrunnen
3520 Hofgeismar

Baden-Württemberg

Kreispflegeheim
6490 Weinheim/Bergstraße

Berlin (West)

Privat Hospital Wannsee
1000 Berlin 39

Fachkrankenhäuser für Suchtkranke

Schleswig-Holstein

Landesklinik
2300 Kiel-Elmschenhagen

Kurklinik „Haus Freudenholm"
2309 Kreuz/über Kiel

Hamburg

Therapie-Zentrum Altona
2000 Hamburg 50

Niedersachsen

Heilstätte „Moorpension"
2389 Freistatt

Nordrhein-Westfalen

Psychiatrisches Fachkrankenhaus Kamillushaus
4300 Essen 16

Westfälische Landesheilstätte Gütersloh
4830 Gütersloh 1

Sanatorium Professor Kahle
5000 Köln 80

Kurklinik am Hellweg
4811 Örlinghausen

Kurheim Spielwigge
5880 Lüdenscheid

Heilstätte für drogenabhängige Jugendliche
5883 Kierspe-Erlenhof

Psychosomatische Klinik Wilkenberg
5882 Meinerzhagen

Westfälische Landesheilstätte Haldem
4991 Stemwede-Haldem

Kurheim St. Mechthild
5202 Hennef/Sieg

Curt-von-Knobelsdorff-Haus
5608 Radevormwald

Hessen

Klinik Schloß Falkenhof
6140 Bensheim/Bergstraße

Heilstätte Haus Burgwald
6101 Nieder-Beerbach

Rheinland-Pfalz

Heilstätte Hermersbergerhof
6741 Wilgartswiesen

Baden-Württemberg

Haus Renchtal
Fachklinik für alkoholkranke Männer
7592 Renchen

Bayern

Heilstätte Weihersmühle
8501 Großhabersdorf

Kurheim Annabrunn
8261 Oberflossing

Heilstätte Römerhaus
8961 Gemeinde Sulzberg

Berlin (West)

Wilhelm Tell Hausklinik für Drogenprobleme
1000 Berlin 30

Heime und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke

Schleswig-Holstein

Kinder- und Pflegeheim Vorwerk
2400 Lübeck

Alten- und Pflegeheim
2400 Lübeck 1

Privat Pflegeanstalt Wilhelm Berendsen
2380 Schleswig

Heinrich-Eisenbarth-Heim
2051 Sachsenwaldau

Hamburg

Alsterdorfer Anstalten
2000 Hamburg 39

Pflege- und Gefährdetenheim Farmsen
2000 Hamburg 72

Niedersachsen

Pflegeheim Dr. med. E. A. Wilkening
3221 Winzenburg

Heidehäuser
3102 Hermannsburg

Ostfriesische Beschützende Werkstätten
2970 Emden

Gutshof Hudemühlen
3035 Hodenhagen

Kästorfer Anstalten der Inneren Mission
3171 Kästorf

Pflegeheim Dr. med. E. A. Wilkening
3000 Hannover-Waldheim

Heimstatt Röderhof
3201 Egenstedt

Stiftung Gertrudenheim „Haus Sannum"
2901 Huntlosen

Wiesengrund
3262 Steinbergen

Stiftung Waldheim
3091 Cluvenhagen

Innere Mission Lobetal
3100 Celle

Frauenheim vor Hildesheim
3201 Himmelsthür

Rotenburger Anstalten der Inneren Mission
2130 Rotenburg

Nordrhein-Westfalen

Bischöfliches Bildungs- und Pflegeheim
Haus Hall
4423 Gescher

Franz-Sales-Haus
4300 Essen 1

St.-Vinzenz-Hospital
4730 Ahlen

Anna-Katharinen-Stift
4409 Karthaus b. Dülmen

St.-Josefs-Hospital
4000 Düsseldorf 30

Sanatorium Hellersen
5880 Lüdenscheid

Kinderheilstätte
4711 Nordkirchen

St.-Josefs-Haus
4050 Mönchengladbach-Hardt

Bildungs- und Pflegeheim St. Bernadin
4170 Geldern 2

St.-Laurentius-Heim
3530 Warburg

Sozialwerk St. Georg
4660 Gelsenkirchen

Heilerziehungs- und Pflegeanstalt Eben-Ezer
4920 Lemgo

Wittekindshof
4971 Wittekindshof

Evangelische Bildungs- und Pflegeanstalt Hephata
4050 Mönchengladbach

Hessen

Nieder-Ramstädter Heime der Inneren Mission
6101 Nieder-Ramstadt

Hessisches Diakonie-Zentrum Hephata
3578 Schwalmstadt-Treysa

Vertragsheim Schütz des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen
6101 Asbach

Antoniusheim
6400 Fulda

Pflegeheim im Mehrholz
6462 Gelhausen-Hailer

St.-Vinzenz-Stift Aulhausen
6224 Assmannshausen/Rhein

Heilerziehungsheim Kalmenhof
6270 Idstein/Taunus

Pflegeheim Haus Waldfrieden
3548 Arolsen-Neu Berich

Rheinland-Pfalz

Heilerziehungs- und Pflegeanstalt Scheuern
5408 Nassau

Bethanien
6550 Bad Kreuznach

Anstalt Eben-Ezer
6581 Asbach

Niederreidenbacherhof
6580 Idar-Oberstein

Pflege- und Bildungsheim Kloster Ebernach
5590 Cochem

Evangelisches Pflegeheim Zoar
6760 Rockenhausen

Herz-Jesu-Haus
5401 Niederfell

Caritashaus der Barmherzigen Brüder
5430 Montabaur

Baden-Württemberg

Pflegeanstalt Heggbach
7951 Heggbach ü. Biberach/Riß

Pflegeanstalt Pfingstweid
7901 Pfingstweid über Friedrichshafen

Frauenheim Haus am Berg
7831 Kirnhalden

Pflegeheim St. Vinzenz
7025 Plattenhardt

Evangelisches Pflegeheim Lichtenstein
7101 Löwenstein

Kreispflegeheim Wichs
7861 Wichs b. Schopfheim

Landesheim Markgröningen
7145 Markgröningen

Korker Anstalten
7640 Kehl-Kork

Landesheim Rabenhof
7090 Ellwangen

Stiftung Liebenau
7996 Meckenburen-Liebenau

Johannes-Anstalten
6950 Mosbach

Anstalt Stetten
7055 Stetten

Gustav-Werner-Stiftung zum Bruderhaus
7410 Reutlingen

Heilerziehungsheim der Zieglerschen Anstalten
7983 Wilhelmsdorf

Heim für Mehrfachbehinderte Haslachmühle
7981 Horgenzell 2

Landesheim Reutlingen
7410 Reutlingen

Kreispflegeanstalt Sinsheim
6920 Sinsheim

Landesheim Riedhof
7900 Ulm

Bayern

Pflegeheim Michelfeld
8571 Michelfeld

Heim der Diakonischen Anstalt
8806 Neuendettelsau

Pflegeanstalt Reichenbach
8411 Reichenbach

Versorgungs- und Pflegeanstalt Glött
8871 Glött

Elisabethenstiftung
8882 Lauingen

Pflegeanstalt der Barmherzigen Brüder
8551 Gremsdorf

Heilpädagogisches Heim „Sonnenhaus"
8551 Unterleinleiter

Cabrini-Heim
8421 Offenstetten

Kinderhilfswerk Salem
8652 Stadtsteinach

Magnusheim
8939 Holzhausen über Buchloe

St.-Josefs-Anstalt
8622 Burgkunstadt

Stiftung Ecksberg
8260 Altmühldorf

Haus an der Teutoburger Straße
8000 München 90

Heim- und Therapiestätte für Cerebralgeschädigte
8475 Wernberg

Ottilienheim
8821 Absberg

Pflegeanstalt Heimat
8831 Polsingen

Pflegeanstalt Schloß Polsingen
8831 Polsingen

Pflegeheim Mariahilf
8431 Holnstein

Pflegeanstalt Karlshof
8451 Lauterhofen

Stiftung Attel
8091 Attel

Pflegeheim Auhof der Rummelsberger Anstalten
8543 Hilpoltstein

Pflegeanstalt
8802 Bruckberg

Pflegeanstalt Schönbrunn
8061 Schönbrunn über Dachau

Berlin (West)

Pastor-Braune-Haus
1000 Berlin 46

Berliner Kinderheilstätte Schöneberg
2270 Wyk auf Föhr

Pflegeanstalt des Arbeiter-Samariter-Bundes
1000 Berlin 20

IV. Bericht über die Durchführung der Haupterhebung durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information

— Ein Beitrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information —

1 Aufgabenstellung für die Datenverarbeitung

Die dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) von der Sachverständigen-Kommission (SK) zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (EP) übertragenen Aufgaben für eine computergestützte Erfassung und Auswertung des Datenmaterials aus der Haupterhebung wurden im März 1973 begonnen und im Dezember 1974 abgeschlossen.

Der Gesamtumfang für die computergestützte Auswertung der Haupterhebung beläuft sich auf ca. 30 Millionen Zeichen. Darin enthalten sind u. a. Verwaltungsdateien, Programmdateien, umsortierte Daten-Dateien und Listen-Telegrammdateien.

Im einzelnen wurden von DIMDI für die Haupterhebung folgende Aufgaben durchgeführt:

— Für die Datenverarbeitung eine erfassungsorientierte Fragebogengestaltung sowie die Drucklegung und der Versand zu den Obersten Gesundheitsbehörden der Länder.

— Rücklauf- und Plausibilitätskontrolle der von den Einrichtungen zurückgesandten Erhebungsbogen sowie Aufbereitung des Fragebogenmaterials für die Datenerfassung.

— Auswahl, Beschaffung, Test und Implementierung eines für die Problemstellung geeigneten Informationswiedergewinnungssystems mit einem lückenlosen Funktionsumfang in den Bearbeitungsstufen

Datenerfassung,

Datenänderung,

Datenwiedergewinnung.

Für die Lösung der anstehenden Probleme wurde das Informationswiedergewinnungssystem ISIS *) verwendet, da es hierzu in besonderer Weise geeignet und auf der DIMDI TIME-SHARING-Anlage Siemens 4004—151 sofort einsatzbereit war.

— Entwicklung eines Listenprogrammgenerators (DLPG) für die spätere Auswertung des Datenmaterials (s. Anhang A. Punkt 4 u. 5).

— Erstellung eines Programmsystemes für die Validierung der Daten aus der Haupterhebung, welches die vielseitigen rechnerischen und Plausibilitätskontrollen durchführte (s. Anhang A. Punkt 4 und 5).

— Datenerfassung, Validierung, visuelle Kontrolle und Datenänderungsdienst.

*) ISIS: Index-sequentielles-Informations-System, eine gemeinschaftliche Entwicklung des Instituts für med. Datenverarbeitung (IMD) und der Fa. Siemens.

Grundlage der Haupterhebung waren fünf verschiedene Erhebungsbogen mit folgendem Datenmengengerüst

	Anzahl		Fragen je Bogen	Zeichenumfang je Bogen	Abgesp. Daten gesamt
	zurückgeschickter Fragebogen *)	erfaßter Fragebogen			
1. Stationäre Einrichtungen	690	526	2 100	8 000	4 208 000
2. Sonderschulen	1 700	1 280	235	1 000	1 280 000
3. Sonderkindergärten	470	380	241	1 100	418 000
4. Werkstätten	350	234	915	2 700	631 800
5. Gesundheitsämter	398	398	106	500	199 000
Gesamt ...	3 608	2 818	3 597	13 300	6 736 800

*) Einige zurückgeschickte Fragebogen wurden nicht erfaßt, da sie nicht in den Bereich der Psychiatrie fielen.

— Erstellung von zunächst 130 Listen mit Hilfe des DIMDI-Listenprogrammgenerators auf Grund von Tabellenprogrammen der SK.

— Beantwortung von Ad-hoc-Anfragen an den Datenbestand mit Hilfe der Informationssysteme ISIS und DLPG.

2 Durchführung der Haupterhebung

Nachdem von DIMDI die Voraussetzungen bezüglich Personalgestellung, Auswahl und Erstellung der benötigten Informations- und Programmsysteme geschaffen bzw. eingeleitet wurden, wurde parallel dazu mit der Durchführung der Haupterhebung begonnen.

Die folgende chronologische und stark geraffte Darstellung der einzelnen Hauptaktivitäten und der daraus für diese Haupterhebung speziell erwachsenen Probleme sollen einen Überblick über die durchgeführten Arbeiten und Erfahrungen geben.

— Die für die Datenverarbeitung erforderliche erfassungsorientierte Gestaltung der Fragebogen wurde durch DIMDI anhand der von der SK erstellten Manuskripte vorgenommen. Parallel hierzu wurde in Zusammenarbeit mit der SK der sachliche Inhalt der Fragebogen nochmals überprüft. Dabei ergaben sich noch einige sachliche und formale Änderungen der Fragebogen, durch die sich Drucklegung und Versand der Bogen geringfügig verzögerte.

— Die Erhebungsbogen sind dann sukzessiv im April/Mai 1973 nach Drucklegung an die Obersten Gesundheitsbehörden der Länder gesandt worden, die diese mit einem Anschreiben an diejenigen Institutionen versandt haben, die in die Erhebung einbezogen wurden.

— Der sehr spät und schleppend einsetzende Rücklauf der Erhebungsbogen — Juni 1973 bis Mai 1974 — (s. Anhang A. Punkt 6) hatte zur Folge, daß die manuellen Plausibilitätskontrollen erst wesentlich später einsetzen konnten (s. Anhang A. Punkt 7, 10 und 11).

— Während des verzögerten Rücklaufes zeigte sich anhand der eingegangenen Erhebungsbogen, daß Qualitäts- und Plausibilitätskontrollen in einem vorher nicht abzuschätzenden Umfang erforderlich waren. Dies traf insbesondere für den Erhebungsbogen der stationären Einrichtungen zu, der 16 DIN A 4 Seiten und ca. 2 000 mögliche Fragen hat.

— Da die teilweise stark differenzierten Fragen der Erhebungsbogen mit unterschiedlicher Genauigkeit und Sorgfalt beantwortet wurden, entschloß sich DIMDI in Abstimmung mit der SK zur Einführung von „Qualitätsmerkmalen", die dem Datenmaterial in Form eines Buchstabens beigegeben wurden. Diese „Gütezeichen" gaben bei der Bewertung des Zahlenmaterials der Auswertungslisten gezielte Hinweise und schlossen Fehlinterpretationen weitgehend aus.

Zusätzlich wurden zahlreiche telefonische Rückfragen bei den Obersten Gesundheitsbehörden der Länder und insbesondere bei den Einrichtungen erforderlich, um divergierende Angaben zu klären.

— Alle manuellen Plausibilitätskontrollen der Erhebungsbogen, die gleichzeitig durchgeführte Bereinigung des Datenmaterials und die Aufbereitung für die Datenerfassung sowie die später durchgeführte Kontrollesung des abgespeicherten Datenbestandes mit den Originalerhebungsbogen wurde von ca. 15 Aushilfskräften vorgenommen.

— Die Erfassung der Erhebungsbogen und der Änderungsdienst der abgespeicherten Daten wurde beim DIMDI mit extern angemieteten Datentypistinnen durchgeführt (s. Anhang A. Punkt 8). Mit Hilfe des Datenbanksystems ISIS wurden Erhebungsbogen und Änderungen über mehrere Datensichtgeräte erfaßt und in die Enquête-Psychiatrie-Datenbank eingespeichert.

— Die Fragebogenerfassung und der Änderungsdienst der stationären Einrichtungen stellte sich auch hier als eine besonders schwierige und zeitraubende Tätigkeit heraus, da der Fragebogen einen Umfang von 16 DIN A 4 Seiten hat und ca. 2 000 mögliche Fragen (Aspekte) und max. 8 000 Datenstellen beinhaltet. Bei der Bearbeitung dieser Fragebogen ergaben sich für alle Beteiligten die meisten Probleme. Dies zeigt sich auch bei den aufgetretenen Fehlerarten und Fehlerraten bei der Ausfüllung, Plausibilitätskontrolle und Datenerfassung — zunächst bis zu 30 %. Deshalb wurde auch beschlossen, alle erfaßten Fragebogen für stat. Einrichtungen auszudrucken und aus Sicherheitsgründen mit den Originalerhebungsbogen zu vergleichen (Anhang A. Punkt 7, 10 und 11). Trotz dieser Aktion konnten nicht alle Fehler ermittelt bzw. Unstimmigkeiten geklärt werden, so daß ein Unsicherheitsfaktor von 5 % bezogen auf das Gesamtdatenmaterial bestehen bleibt.

  Im Gegensatz dazu wurde festgestellt, daß die übrigen Fragebogen, die einen erheblich geringeren Umfang hatten — jeweils etwa 5 DIN A 4 Seiten, 250 Fragen (Aspekte) und max. 1 000 Datenstellen eine wesentlich geringere Fehlerrate — weit unter 5 % — aufwiesen, und dadurch von allen Beteiligten auch besser gehandhabt werden konnten.

— Von der SK wurden ca. 130 Tabellenprogramme definiert, um das aus der Haupterhebung gewonnene Datenmaterial ordnen und auswerten zu können. Diese 130 Tabellen bildeten die Basis und den Ausgangspunkt zur Erstellung weiterer Leistungen; insgesamt sind schätzungsweise 500 unterschiedliche Übersichten entstanden und über Drucker oder Datensichtgerät ausgegeben worden (s. Anhang A, Punkt 9).

  Die rasche Erstellung dieser Vielzahl von Listungen war nur mit Hilfe des eigens für diesen Zweck beim DIMDI entwickelten Listenpro-

grammgenerators und seiner äußerst einfachen und benutzerfreundlichen Handhabung möglich: die meisten Tabellenprogramme wurden von nicht mit der EDV vertrautem Personal angefertigt. Der DLPG wurde damit für die SK zu einem wertvollen Instrument der Datenanalyse und Datenauswertung; ca. 95 % aller Auswertungen wurden mit dem DLPG durchgeführt und bildeten die Grundlage für die weiteren Arbeiten der SK.

— Zur weiteren Unterstützung der Arbeitsgruppe der SK wurden vom DIMDI am 12. Juni 1974 zwei wissenschaftliche Mitarbeiter im Rahmen des Projektes EP auf Zeit eingestellt (s. Anhang A. Punkt 12). Während einer zweiwöchigen Ausbildung durch DIMDI-Mitarbeiter wurde diesen beiden Zeitkräften die Handhabung des Listenprogrammgenerators und des Datenbanksystems ISIS vermittelt, und an Beispielen die besondere Problematik der Enquete-Psychiatrie dargestellt. Dieser zusätzliche Personaleinsatz, der bis Dezember 1974 verlängert wurde, stellte für die SK eine wertvolle Hilfe bei den Auswertungsarbeiten dar.

— Zur Unterstützung der Arbeiten der SK und der von ihr beauftragten Arbeitsgruppe in Mannheim wurde dort ein Datensichtgerät installiert und in der Zeit vom 27. Juni 1974 bis 15. Oktober 1974 betrieben. Auf diese Weise wurde den Mitarbeitern der SK die Möglichkeit gegeben, von Mannheim aus mit Hilfe des DIMDI-Listenprogrammgenerators oder des Informationswiedergewinnungssystems ISIS auf die Enquête-Psychiatrie-Daten aus der Haupterhebung beim DIMDI in Köln zuzugreifen und Auswertungen selbst vorzunehmen (s. Anhang A. Punkt 13).

3 Zusammenfassung und Schlußbetrachtung

Die computergestützte Abwicklung der „Haupterhebung" war wegen der beim DIMDI vorhandenen Erfahrung in der Lösung von Sachproblemen mit Hilfe der Datenverarbeitung — insbesondere im Umgang und in der Erstellung von Informationssystemen — eine Aufgabe, die selbst bei der gegebenen knappen Terminierung optimal vollzogen werden konnte.

Andererseits war die Qualitätsbeurteilung und Bereinigung des durch die Erhebung gewonnenen Zahlenmaterials sowie die Vorgehensweise bei der Definition von Tabellenprogrammen zur Erlangung von aufschlußreichen Informationen eine besonders problematische und zeitraubende Aufgabe, die nur in enger Zusammenarbeit mit der SK zu lösen war.

Als besonders schwierig gestaltete sich hierbei die Datenerhebung und die Qualitätsbeurteilung des gewonnenen Zahlenmaterials auf dem kaum überschaubaren Krankenhaussektor. Im Vergleich dazu war die Erhebung und Auswertung der weitaus kleineren Einrichtungen, wie z. B. Sonderkindergärten und Sonderschulen, fast problemlos.

Während der Abwicklung der Haupterhebung haben alle Beteiligten — insbesondere DIMDI — eine Menge von Erfahrungen sammeln können und werden somit in die Lage versetzt, bei solchen oder ähnlichen Aufgaben die besondere Problematik von Fragebogenerhebungen und deren Auswertung auch anderen Auftraggebern zu verdeutlichen.

Die vom DIMDI durchgeführte Haupterhebung im Rahmen der EP ist die erste größere Erhebung auf dem Gebiet der Psychiatrie und als Erst- und Totalerhebung einzustufen.

Die für die Psychiatrie relevanten Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen,

Sonderschulen,

Sonderkindergärten,

Werkstätten für Behinderte

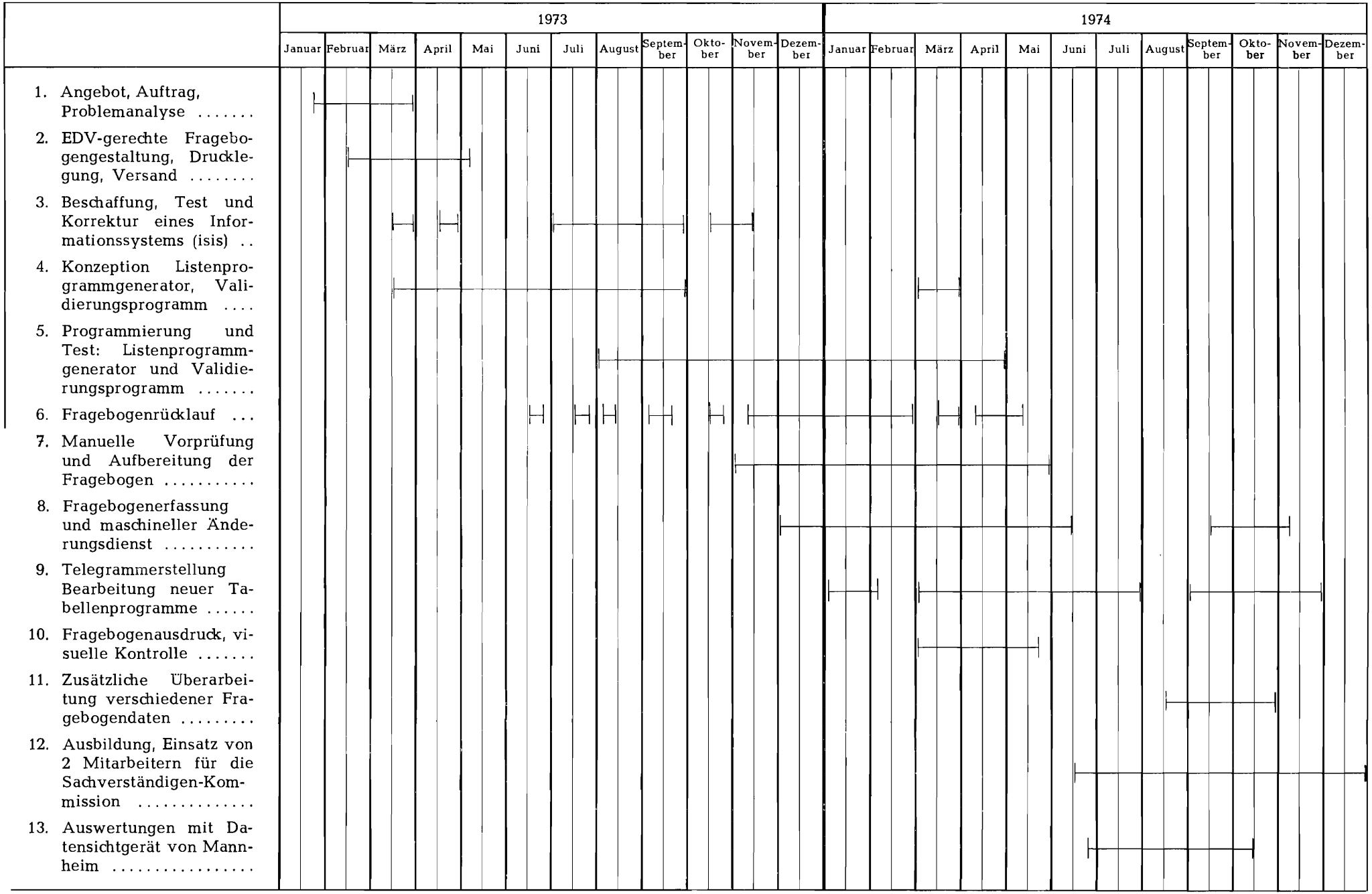
sind in ihrer Mehrzahl, die Gesundheitsämter mit psychiatrischen Diensten vollständig erfaßt worden. Im Bereich der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser einschließlich der Universitätskliniken erfolgte ebenfalls die komplette Erfassung.

Die unter großen Anstrengungen aller Beteiligten beim DIMDI aufgebaute computergestützte Psychiatrie-Datenbank, deren Zahlenmaterial die Basis für die weiteren Arbeiten der SK darstellte, sollte auch von anderen Interessenten genutzt werden können. Da dieser Datenbestand der einzige umfassendste dieser Art ist, sollte außerdem die Möglichkeit geschaffen werden, diese Informationen über den Rahmen der EP hinaus turnusmäßig zu aktualisieren.

Die vom DIMDI geplante und realisierte computergestützte Lösung der Haupterhebung — insbesondere die Schaffung des DIMDI-Listenprogrammgenerators und der Einsatz des Informationssystems ISIS — erfolgte in der Weise, daß durch diese Programmsysteme eine Vielzahl ähnlicher Projekte, aber auch solche List- und Retrieval-Aufgaben bearbeitet werden können, die über die zu lösenden EP-Probleme hinaus gehen. Die universelle Anwendbarkeit der zuvor genannten Programmsysteme hat zur Folge, daß zukünftige Projekte von DIMDI schneller und kostengünstiger durchgeführt werden können.

Das vom DIMDI im Rahmen der Haupterhebung eingesetzte und geleitete Personal für die Datenerhebung — Kontrolle, Erfassung, Auswertung, Systemanalyse und Programmierung — umfaßte zeitweise ca. 30 Mitarbeiter und stellt einen Aufwand von ca. 11,5 Mannjahren, komprimiert auf 1½ Zeitjahre, dar. Diese Zahlen bringen zum Ausdruck, daß DIMDI bezüglich des Personaleinsatzes alle Möglichkeiten ausgeschöpft hat, um die SK bei ihren Arbeiten zu unterstützen und somit zum Gelingen der Auswertung beizutragen.

Anhang A


1973
1974
Januar
Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
August
Septem-ber
Okto-ber
Novem-ber
Dezem-ber
1. Angebot, Auftrag, Problemanalyse .....
2. EDV-gerechte Fragebogengestaltung, Drucklegung, Versand .....
3. Beschaffung, Test und Korrektur eines Informationssystems (isis) ..
4. Konzeption Listenprogrammgenerator, Validierungsprogramm ....
5. Programmierung und Test: Listenprogrammgenerator und Validierungsprogramm .....
6. Fragebogenrücklauf ...
7. Manuelle Vorprüfung und Aufbereitung der Fragebogen .....
8. Fragebogenerfassung und maschineller Änderungsdienst .....
9. Telegrammerstellung Bearbeitung neuer Tabellenprogramme .....
10. Fragebogenausdruck, visuelle Kontrolle .....
11. Zusätzliche Überarbeitung verschiedener Fragebogendaten .....
12. Ausbildung, Einsatz von 2 Mitarbeitern für die Sachverständigen-Kommission .....
13. Auswertungen mit Datensichtgerät von Mannheim .....

Ausbildungsangebot für psychiatrisches Pflegepersonal — eine empirische Untersuchung —

von

Eva von Freytag-Loringhoven
Karin Gante
Jens-Jörg Koch
Maria Rave-Schwank

Gliederung

1 Fragestellung und Hypothesen der Untersuchung

2 Methodik

2.1 Repräsentativität der untersuchten psychiatrischen Einrichtungen
2.1.1 Die Situation in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zum Bundesland Hessen
2.1.2 Situation in den aufgesuchten psychiatrischen Einrichtungen Hessens
2.2 Entwicklung der Instrumente
2.2.1 Materialsammlung
2.2.2 Hauptinhalte des Fragebogens für Pflegekräfte
2.2.3 Pretest
2.2.4 Fragebogen für die Krankenpflegeschulen
2.2.5 Fragebogen für die Verwaltung
2.3 Stichprobenauswahl

3 Hauptuntersuchung

3.1 Kontaktaufnahme mit den einzelnen Einrichtungen
3.2 Situative Bedingungen und Durchführung der schriftlichen Befragung in Gruppensituation
3.3 Teilnahme an der schriftlichen Befragung
3.4 Gruppengespräche mit homogenen Helfergruppen
3.5 Auswertungsarbeiten

4 Strukturdaten

4.1 Krankenpflegeschulen in den aufgesuchten psychiatrischen Einrichtungen
4.1.1 Schüler in ein- und dreijähriger Ausbildung
4.1.2 Angaben zu den Lehrkräften
4.1.3 Gestaltung des Unterrichts
4.1.4 Stellung der Krankenpflegeschule in der Institution
4.1.5 Wünsche des Unterrichtspersonals
4.2 Zur Sozialstruktur der befragten Personenstichprobe
4.2.1 Persönliche Daten
4.2.2 Zur Situation der Pflegepersonen am Arbeitsplatz

5 Ergebnisse der Untersuchung
5.1 Probleme der Ausbildung für psychiatrisches Pflegepersonal
5.1.1 Die Ausbildung im Urteil der Befragten
5.1.2 Die gewünschte Ausbildung
5.1.3 Die tägliche Arbeitssituation
5.2 Die Vermittlung von Theorie und Praxis
5.2.1 Stationsbesprechungen
5.2.2 Informationsfluß zwischen Ärzten und Pflegepersonal
5.2.3 Vermittlung von Theorie und Praxis bei Schülern
5.3 Bewertung neuer Umgangs- und Therapieformen
5.4 Weiterbildung für examiniertes Pflegepersonal
5.4.1 Kenntnis von Weiterbildungsmaßnahmen und eigene Pläne der Examinierten
5.4.2 Hauptgründe zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen
5.4.3 Gründe gegen die Beteiligung an Weiterbildungsmaßnahmen
5.4.4 Bedingungen zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen
5.4.5 Opfer für die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen
5.5 Fortbildungsmaßnahmen für psychiatrisches Pflegepersonal
5.5.1 Existenz, Kenntnis und Teilnahmequoten
5.5.2 Organisationsform der Fortbildungsveranstaltungen
5.5.3 Bewertung von Fortbildung
5.5.4 Wünsche zur Fortbildung
5.6 Desinformiertheitsindex der befragten Pflegepersonen
5.7 Zur Berufszufriedenheit des psychiatrischen Pflegepersonals

6 Ergebnisse der Gruppengespräche mit homogenen Helfergruppen
6.1 Ausbildung und tägliche Arbeitssituation
6.2 Zur Fortbildung

7 Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung
7.1 Repräsentativität der Ergebnisse
7.2 Bedingungen der schriftlichen Untersuchung
7.3 Zu den Ergebnissen
7.4 Ergebnisse nach sozio-demographischen Merkmalen

8 Praktische Konsequenzen
8.1 Fortbildung
8.2 Die Schülersituation
8.3 Krankenschwestern/-pfleger
8.3.1 Der Bildungsgang „Krankenschwester/-pfleger (Psychiatrie)"
8.3.2 Weiterbildung
8.4 Bildungsmaßnahmen im Bereich der Krankenpflegehelfer
8.4.1 Psychiatriespezifische Grundausbildung für Krankenpflegehelfer
8.4.2 Weiterbildung für Krankenpflegehelfer

9 Zusammenfassung

10 Tabellen

11 Anhang

Autorenverzeichnis

Literaturverzeichnis

1 Fragestellung und Hypothesen der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung war es, das Urteil der psychiatrischen Pflegepersonen über ihre Ausbildung zu erfahren und so von den Betroffenen selbst Auskunft über ihre Situation zu erhalten.

Im einzelnen sollte die durchlaufende Ausbildung, vor allem der Bereich der modernen Therapieformen, von den Pflegepersonen kritisch beurteilt werden, die wichtigsten Gebiete für die Ausbildung einer Pflegekraft in der Psychiatrie formuliert, d. h. die Hauptaufgaben für diese Tätigkeit gekennzeichnet und die Vermittlung von Theorie und Praxis dargestellt werden.

Im erweiterten Sinne des Begriffes „Ausbildung" sollten Existenz und Kenntnis von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für psychiatrisches Pflegepersonal erfragt werden, durch die den Pflegepersonen die Möglichkeit zur Erweiterung ihrer beruflichen Kenntnisse — mit oder ohne formellen Abschluß — gegeben wird. Umfang und Art der Darbietung dieser Fort- und Weiterbildungsangebote sollten in Beziehung gesetzt werden zur Bewertung dieser Maßnahmen und Rückschlüsse auf das Fortbildungs(des)interesse der Institutionen ermöglichen. Die Entscheidung über die Auswahl der Stichprobe fiel aus rein organisatorischen Gründen auf das Bundesland Hessen, nachdem sich hinsichtlich der Repräsentativität keine Anhaltspunkte dafür ergeben hatten, daß die Strukturdaten des Bundeslandes Hessen nicht auf ein anderes Flächenland der Bundesrepublik Deutschland übertragbar sind (vgl. 2.1).

Bedingt durch die Zielsetzung dieser Studie erfolgte die Bestandsaufnahme des Ausbildungsangebotes für psychiatrisches Pflegepersonal methodisch durch Häufigkeitsbestimmungen von Daten; es wurde bewußt auf die Messung von Einstellungen der Befragten verzichtet, da dies über den Rahmen der Aufgabenstellung hinausgeführt hätte.

Die folgenden Hypothesen zum Ausbildungsangebot für psychiatrisches Pflegepersonal entstanden aus langjährigen Erfahrungen zweier Mitarbeiter der Projektgruppe A/6 in der Ausbildung psychiatrischer Pflegepersonen, aus der Materialsammlung aus Gruppendiskussionen und Literaturstudium und bildeten die Grundlage der vorliegenden Untersuchung:

Zwischenfälle (Todesfälle, Suizide, Entweichungen, Fixierungen) werden im pflegrisch-theoretischen Unterricht nicht ausreichend besprochen.

Die *Ausbildung in neuen Therapieformen* im Sinne einer Konzeption des Pflegepersonals als therapeutische Mitarbeiter ist insuffizient und trifft nicht auf adäquate Bedürfnisstrukturen.

Die *Vermittlung von Theorie und Praxis* ist nicht vorhanden wegen methodischer Unzulänglichkeiten, insbesondere wegen mangelnder Vermittlung von praktischer Anleitung überhaupt.

Das *Fort- und Weiterbildungs*interesse der Pflegepersonen sowie die Angebote seitens der Institutionen überhaupt sind gering und wirken negativ motivierend, u. a. wegen irrelevanter Thematik im Fortbildungsangebot.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung sowie deren Gruppierung nach sozio-demographischen Merkmalen (z. B. Lebensalter, Beschäftigungsdauer am Krankenhaus, Art der Schulbildung) und Strukturdaten der Institutionen (z. B. Größe gemessen nach Bettenanzahl) werden dann im Zusammenhang mit den Hypothesen besprochen.

Zum Überblick über die psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland mag die folgende Tabelle dienen:

Tabelle 1

Pflegepersonen *) in der Bundesrepublik Deutschland nach Ländern, Art der Träger der Institutionen, Ausbildungsgrad und Geschlecht der Pflegepersonen in der Psychiatrie

Bundesland	Art der Träger	Ausbildungsgrad der Pflegepersonen: 3jährige Ausbildung m	3jährige Ausbildung w	Schüler 3jährige Ausbildung m	Schüler 3jährige Ausbildung w	1jährige Ausbildung m	1jährige Ausbildung w	Schüler 1jährige Ausbildung m	Schüler 1jährige Ausbildung w	ohne Ausbildung m	ohne Ausbildung w	Summe aller Pflegepersonen		Planmäßige Bettenzahl
Hessen ...	öff.	447	311	132	171	220	301	82	78	53	177	1 972		
	frgmn.	15	71	1	—	7	17	—	16	31	100	258	2 262	9 467
	priv.	—	16	—	—	2	7	—	—	1	6	32		
Nordrhein-Westfalen .	öff.	1 321	1 066	450	471	209	397	73	114	388	877	5 366		
	frgmn.	285	483	86	58	120	218	60	50	496	538	2 394	7 795	16 703
	priv.	—	8	—	1	3	15	—	—	2	6	35		
Schleswig-Holstein ..	öff.	305	209	24	63	255	400	29	43	117	261	1 706		
	frgmn.	18	42	—	—	12	31	6	15	34	190	348	2 065	6 593
	priv.	—	2	—	—	—	3	—	—	—	6	11		
Hamburg .	öff.	100	158	13	15	31	70	—	3	17	60	467		
	frgmn.	32	28	—	—	8	4	5	5	45	42	169	636	—
	priv.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Niedersachsen ...	öff.	600	470	161	113	71	203	10	35	60	196	1 919		
	frgmn.	45	48	—	—	45	72	—	—	55	122	387	2 790	5 601
	priv.	27	63	8	23	25	141	5	21	24	147	484		
Bremen ...	öff.	163	132	—	11	—	—	—	—	66	52	424		
	frgmn.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	462	1 228
	priv.	—	8	—	—	—	5	—	—	—	25	38		
Rheinland-Pfalz	öff.	296	179	81	72	13	49	7	24	11	101	833		
	frgmn.	40	75	—	—	48	16	—	—	98	128	405	1 268	704
	priv.	—	21	—	—	—	—	—	—	4	5	30		
Baden-Württemberg	öff.	653	528	45	51	153	253	12	11	278	479	2 463		
	frgmn.	18	132	5	7	23	45	11	30	88	59	418	3 096	5 148
	priv.	21	78	—	—	16	19	—	—	23	58	215		
Bayern ...	öff.	1 145	926	315	627	69	164	—	—	202	403	3 851		
	frgmn.	17	65	—	—	—	2	—	—	15	36	135	4 015	968
	priv.	—	16	—	—	2	9	—	—	—	2	29		
Saarland ..	öff.	126	108	14	15	—	11	—	—	9	29	312		
	frgmn.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	312	—
	priv.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Berlin	öff.	119	283	41	27	90	208	17	12	188	212	1 197		
	frgmn.	12	67	—	—	10	76	—	—	21	102	288	1 492	4 210
	priv.	—	4	—	—	—	2	—	—	—	1	7		
	Σ:	5 805	5 597	1 376	1 725	1 432	2 738	317	457	2 326	4 420	26 193		50 622
		11 402		3 101		4 170		774		6 746				

*) mit Ausländern

Abkürzungen:
öff. = öffentlich
frgmn. = freigemeinnützig
priv. = privat

Zusammengestellt nach:
Personal und Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern 1971, aus: Wirtschaft und Statistik, 9/73, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Verlag W. Kohlhammer.

2 Methodik

2.1 Repräsentativität der untersuchten psychiatrischen Einrichtungen

Im folgenden werden die Strukturen der psychiatrischen Einrichtungen durch die Kriterien gekennzeichnet:

— Anzahl der belegten Betten,

— Art der Trägerschaft,

— Anzahl der Pflegepersonen,

— Geschlecht der Pflegepersonen,

— Ausbildungsart der Pflegepersonen,

— Nationalität der Pflegepersonen.

Zum Vergleich und zur besseren Einordnung der Stichprobe Hessen ist die Situation aller psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland sowie im Bundesland Hessen insgesamt kurz darzustellen.

2.1.1 Die Situation in der Bundesrepublik Deutschland [1] im Vergleich zum Bundesland Hessen [2]

In den insgesamt 95 Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker sind in der *Bundesrepublik Deutschland* insgesamt 26 186 Pflegepersonen tätig (vgl. 10, A/1: Pflegepersonen in psychiatrischen Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland).

In den 33 *hessischen* psychiatrischen Einrichtungen mit insgesamt 9 465 planmäßigen Betten sind 2 262 Pflegepersonen beschäftigt; dies sind 8,6 % aller in der Bundesrepublik Deutschland in der Psychiatrie tätigen Pflegepersonen (vgl. 10, A/2: Pflegepersonen in psychiatrischen Einrichtungen Hessens):

Die Situation in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zum Bundesland Hessen stellt sich wie folgt dar:

[1] Angaben: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stand Dezember 1971.
[2] Angaben: Statistisches Landesamt Wiesbaden, Stand Dezember 1971.

	Pflegepersonen insgesamt	davon in Einrichtungen mit ... Trägern in %			davon in %	
		öffentlich	freigemeinnützig	privat	m	w
Bundesrepublik Deutschland	26 186	*78,3*	*18,3*	*3,4*	*42,9*	*57,1*
Hessen	2 262	*87,2*	*11,4*	*1,4*	*43,8*	*56,2*

	3jährig Ausgebildete	1jährig Ausgebildete	ohne staatliche Ausbildung	Schüler	davon Ausländer in %		
					insgesamt	m	w
Bundesrepublik Deutschland	43,5	15,9	25,8	14,8	2,0	15,0	85,0
Hessen	38,0	24,5	16,3	21,2	7,3	10,9	89,1

Beim Vergleich der Situation der Bundesrepublik Deutschland mit derjenigen Hessens zeigt sich, daß:

— die Anzahl der dreijährig Ausgebildeten in Hessen etwas unter dem Bundesdurchschnitt liegt (38 % gegenüber 45 %)

— die Anzahl der Pflegepersonen ohne staatliche Ausbildung in Hessen etwas unter dem Bundesdurchschnitt liegt (16 % gegenüber 26 %)

— die Anzahl der einjährig Ausgebildeten in Hessen etwas über dem Bundesdurchschnitt liegt (25 % gegenüber 16 %)

— die Anzahl der Schüler etwas über dem Bundesdurchschnitt in Hessen liegt (21 % gegenüber 15 %)

— der Anteil der ausländischen Pflegekräfte an der Gesamtzahl aller Pflegekräfte in Hessen höher liegt als in der Bundesrepublik Deutschland (7 % gegenüber 2 %).

In Hessen arbeiten demnach etwa 26 % aller in der Bundesrepublik Deutschland tätigen ausländischen Pflegekräfte.

Dieser Vergleich zeigt, daß es sich bei einem Teil der Unterschiede in den Daten um günstige strukturelle Bedingungen für das Bundesland Hessen handelt (Zahl der Schüler, Zahl der Pflegepersonen ohne staatliche Ausbildung). Eine Reihe von Daten weicht ungünstig vom Bundesdurchschnitt ab (Anzahl der dreijährig Ausgebildeten).

Insgesamt kann man aber davon ausgehen, daß die Daten des Bundeslandes Hessen auf ein anderes Flächenland der Bundesrepublik Deutschland ohne schwerwiegende Einschränkungen übertragbar sind.

2.1.2 Situation in den aufgesuchten psychiatrischen Einrichtungen Hessens [1])

Wie in späterem Zusammenhang (vgl. 2.3) ausgeführt werden wird, beruht die vorliegende Untersuchung auf einer Erhebung aus 17 psychiatrischen Einrichtungen Hessens, die nach einer quotierten Zufallsstichprobe ausgewählt wurde.

Bei dieser Stichprobe ergab sich im Verhältnis zur Bundesrepublik Deutschland folgendes Bild:

In den ausgewählten 17 psychiatrischen Einrichtungen mit insgesamt 6 378 planmäßigen Betten sind *insgesamt 1 740 Pflegepersonen* beschäftigt; dies sind 76,9 % aller Pflegekräfte in psychiatrischen Einrichtungen Hessens (vgl. 10, A/3: Pflegepersonen in den psychiatrischen Einrichtungen der Stichprobe Hessens).

Davon sind in Einrichtungen mit folgenden Trägern tätig:

LWV	Kommunal	privat	Universität
75,5 %	2,8 %	9,1 %	12,6 %

Davon entfallen auf:

3jährig Ausgebildete	1jährig Ausgebildete	ohne staatliche Ausbildung	Schüler
37,8 %	32,9 %	9,6 %	19,7 %

Insgesamt sind an den 17 psychiatrischen Einrichtungen tätig: *38,2 % männliche und 61,8 % weibliche Pflegepersonen.*

12,2 % aller Pflegepersonen, die an diesen Einrichtungen arbeiten, sind *ausländische Pflegekräfte.* Davon entfallen auf männliche Pflegepersonen 26,4 %, auf weibliche 73,6 %.

Insgesamt zeigt sich bei einem Vergleich der Strukturdaten der Bundesrepublik Deutschland, des Bundeslandes Hessen und der Stichprobe Hessen, daß die Situation in der Stichprobe Hessens im Verhältnis zum Bundesland Hessen und zur Bundesrepublik Deutschland — abgesehen von den in 2.1.1 dargestellten — keine entscheidenden Besonderheiten aufweist.

2.2 Entwicklung der Instrumente

2.2.1 Materialsammlung

Grundlage für die inhaltliche Konzeption waren neben langjährigen Erfahrungen zweier Projektgruppenmitglieder im Bereich psychiatrischer Krankenpflegeausbildung Informationen aus sechs Gruppengesprächen, die in psychiatrischen Landeskrankenhäusern außerhalb Hessens Anfang Januar 1973 stattfanden (Wiesloch, Weinsberg, Johannisanstalten Mosbach).

Diese sechs, jeweils etwa 1½stündigen Gruppengespräche wurden mit einem Diskussionsleiter und einem Protokollanten und durchschnittlich 12 bis 18 Pflegepersonen an Hand eines halb-standardisierten Leitfadens geführt. Die Pflegepersonen verteilten sich auf sämtliche vorkommenden Ausbildungsniveaus (dreijährige und einjährige Ausbildung, Ausbildung bis zu einem Jahr oder keine spezielle Ausbildung, Schüler in ein- und dreijähriger Ausbildung) und waren hinsichtlich des Geschlechtes zahlenmäßig ungefähr gleich repräsentiert.

Die Protokolle dieser Gruppengespräche wurden auf ständig wiederkehrende Problemkreise durchgearbeitet und bildeten zusammen mit den Ausgangshypothesen die endgültige inhaltliche Konzeption.

2.2.2 Hauptinhalte des Fragebogens für Pflegekräfte

Folgende Problembereiche wurden für die Formulierung des Fragebogens zusammengestellt (s. 3.2):

— Beurteilung der durchlaufenen bzw. jetzigen *Ausbildung* sowie des eigenen Berufes;

— Bewertung neuer *Umgangs- und Therapieformen;*

— *Fortbildung* (verstanden als jegliche Form der Erweiterung der Berufskenntnisse), Existenz von Fortbildungsangeboten, Kenntnis und Teilnahme; Organisationsformen von Fortbildungsmaßnahmen, Wünsche und Vorschläge des befragten Personenkreises;

— *Weiterbildung* (verstanden als Erweiterung der beruflichen Kenntnisse mit einem formellen Abschluß), Existenz und Kenntnis von Weiterbildungsmaßnahmen, Motivation für die Teilnahme und optimale organisatorische Bedingungen für die Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen;

— *Sozialstruktur der befragten Pflegepersonen;*

(vgl. hierzu 11.1: Fragebögen für das Pflegepersonal).

2.2.3 Pretest

Diese Fragestellungen wurden in standardisierte, zumeist geschlossene multiple-choice-Fragen übersetzt und 60 Pflegepersonen in zwei psychiatrischen Landeskrankenhäusern außerhalb Hessens im März 1973 zum Pretest vorgelegt (PLK Wiesloch, PLK Weinsberg).

Bedingt durch generelles Ungeübtsein in der Beantwortung schriftlich formulierter Fagen und durch das verschiedenartige Ausbildungsniveau der Pflegepersonen (dreijährige Ausbildung, einjährige Ausbildung, Ausbildung bis zu einem Jahr, keine spezielle Ausbildung und Schüler) verhielten sich die Probanden beim Ausfüllen des Fragebogens in so starkem Maße instruktionswidrig, daß die Umarbeitung einer einheitlichen Fragebogenfassung für alle Pflegepersonen in drei unterschiedliche Fassungen des Fragebogens für Examinierte, Krankepflegehelfer und Schüler unumgänglich war.

Diese Maßnahme hat sich in der Hauptuntersuchung außerordentlich gut bewährt.

[1]) Angaben: Feldarbeit Juni bis Oktober 1973

2.2.4 Fragebogen für die Krankenpflegeschulen

Die Befragung von Unterrichtsschwestern und -pflegern wurde bewußt in die Untersuchung einbezogen, um zu einem möglichst frühen Zeitpunkt die eigentlichen Träger der geplanten Verbesserungsmaßnahmen zu aktivieren und zur Mitarbeit anzuregen.

Mit dem Fragebogen für Unterrichtsschwestern und -pfleger wurden in Form von standardisierten, zumeist geschlossenen Alternativ- oder multiple-choice-Fragen Daten über:

— Größe der jeweiligen Schule,

— Unterrichtspersonal,

— Stellung der Krankenpflegeschule in der Institution,

— Gestaltung des Unterrichts sowie diesbezügliche Wünsche und Anregungen

erhoben. (Vgl. 11.2: Fragebogen für Unterrichtsschwestern/-pfleger.)

2.2.5 Fragebogen für die Verwaltung

Da zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung die Statistiken der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht vorlagen und die Strukturdaten der einzelnen psychiatrischen Einrichtungen Hessens nicht vom Statistischen Landesamt in Wiesbaden erhältlich waren, wurden während der Feldarbeit diese Daten erhoben, und zwar im einzelnen:

— Besetzung der Planstellen nach Ausbildungsgrad und Geschlecht der Pflegepersonen;

— Besetzung der Planstellen durch ausländische Pflegekräfte nach Ausbildungsgrad und Geschlecht;

— Anzahl der Ersatzdienstleistenden (EDL);

— Anzahl der belegten Betten;

— Anzahl der am Befragungstag anwesenden Pflegepersonen

(vgl. 11.3: Strukturdaten der aufgesuchten psychiatrischen Einrichtungen).

2.3 Stichprobenauswahl

Die Entscheidung über die Auswahl der Stichprobe fiel aus rein organisatorischen Gründen auf das Bundesland Hessen, nachdem sich hinsichtlich der Repräsentativität keine Anhalstpunkte dafür ergeben hatten, daß die Strukturdaten des Bundeslandes Hessen nicht auf ein anderes Flächenland der Bundesrepublik Deutschland übertragbar sind (vgl. 2.1). *Zielgruppe für die vorliegende Untersuchung sollten alle im Pflegebereich tätigen Personen deutscher Nationalität sein, die in Einrichtungen zur Behandlung psychisch Kranker im Bundesland Hessen arbeiten.* Ausgeschlossen aus der Zielgruppe waren:

1. die Gruppe der Ersatzdienstleistenden, die als Kurzzeitmitarbeiter für die Beantwortung grundlegender Fragestellungen über die Ausbildung nicht relevant erschienen und die nach dieser Tätigkeit dann andere Berufe ausüben werden.
2. die Gruppe der ausländischen Pflegekräfte, deren Problematik sich verschiedenartig von derjenigen deutscher Pflegekräfte gestaltet und die hier nicht mit einbezogen werden konnte. Für diese Gruppe sind Sprachkurse als vorrangig vor einer spezifisch psychiatrischen Ausbildung anzusehen.

Bei der *Bestimmung der Grundgesamtheit* aller hessischen psychiatrischen Einrichtungen ergaben sich erhebliche Schwierigkeiten hinsichtlich der Strukturdaten.

Da zu diesem Zeitpunkt die Statistiken der Sachverständigen-Kommission noch nicht vorlagen, wurden die Angaben des Statistischen Landesamtes Wiesbaden (Stand Dezember 1971), des „Berichts des Sozialministeriums zur psychiatrischen Versorgung im Lande Hessen zwecks Verbesserung der Lage der psychisch Kranken, der geistig und seelisch Behinderten sowie der Suchtkranken" (Stand Dezember 1972) sowie des Krankenhausadreßbuches (Stand Dezember 1972) herangezogen. Ein Vergleich dieser Daten im Hinblick auf die Bettenzahl zeigte — vor allem bei den großen psychiatrischen Einrichtungen des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) — Diskrepanzen bis zu 260 Betten auf.

Aus Gründen der Zuverlässigkeit und Zugänglichkeit wurden für die Grundgesamtheit die Angaben des Statistischen Landesamtes verwendet, jedoch mit dem Hinweis, daß generell bei den Zahlenangaben Vorsicht geboten sein wird.

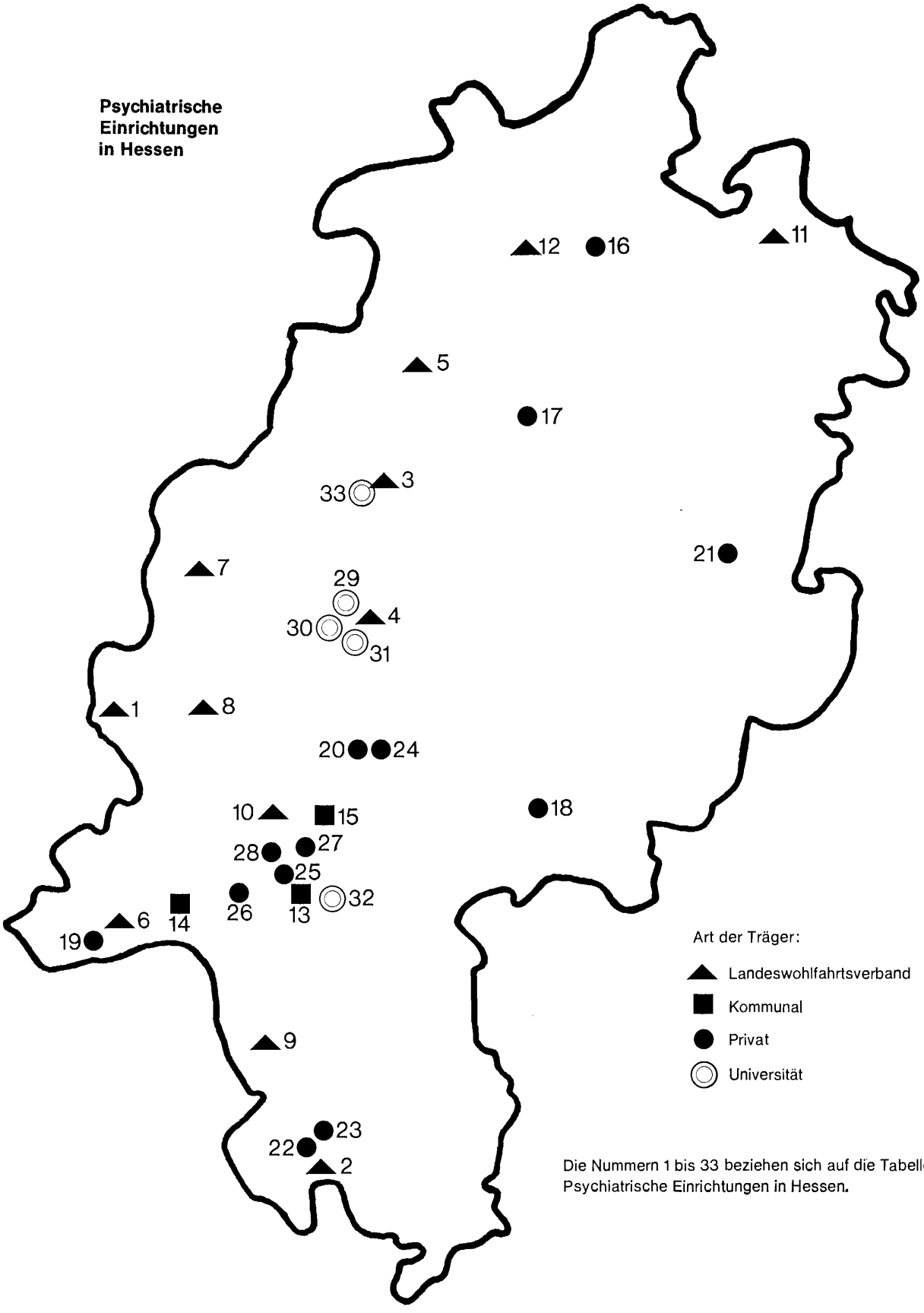
Die Angaben derjenigen psychiatrischen Einrichtungen, die im Statistischen Landesamt in Wiesbaden nicht geführt werden, wurden auf postalischem Wege eingeholt.

So umfaßte die Grundgesamtheit 33 Einrichtungen Hessens, die der Versorgung psychisch Kranker dienen (vgl. 10, A 4: Psychiatrische Einrichtungen in Hessen).

Ausgenommen war, auf Grund der speziellen Problematik, die Gruppe der *Oligophrenen*. Es hatte sich bei den Gruppengesprächen ergeben (Mosbach), daß in Einrichtungen, die ausschließlich der Betreuung Oligophrener dienen, das Berufsbild des *Heilerziehungspflegers* (insbesondere seit der staatlichen Anerkennung in Baden-Württemberg 1971) den pflegerisch-pädagogischen Aufgaben wesentlich näherkommt als der Aufgabenkatalog der Krankenschwester/-pfleger. Es entsprach daher weder den Wünschen noch den Anforderungen in diesem Bereich, die Krankenschwester/-pfleger wieder zentral einzubeziehen.

Zum Überblick über die regionale Lage der 33 psychiatrischen Einrichtungen mag die folgende Darstellung dienen:

Psychiatrische Einrichtungen in Hessen



Die Nummern 1 bis 33 beziehen sich auf die Tabelle A 4 Psychiatrische Einrichtungen in Hessen.

Tabelle 2

Pflegepersonen (insgesamt) der aufgesuchten

Nr.	Name der aufgesuchten Einrichtung	Pflegepersonen insgesamt							davon Ausländer			
		Examinierte		Helfer		Schüler		Σ	Examinierte		Helfer	
		m	w	m	w	m	w		m	w	m	w
1	Merxhausen	23	29	9	81	16	49	207	1	2	—	25
2	Haina	61	2	72	21	15	2	173	—	—	—	—
3	Weilmünster	32	39	47	89	33	23	263	—	—	—	—
4	Köppern	9	12	9	25	16	18	89	1	1	1	14
5	Goddelau	28	39	83	92	33	26	301	1	7	41	37
6	Herborn	84	56	14	29	32	65	280	—	—	1	3
	Σ:	(237)	(177)	(234)	(337)	(145)	(183)	(1 313)	(3)	(10)	(43)	(79)
7	Hohe Mark	3	35	5	10	—	—	53	—	—	—	5
8	Amelung	—	5	—	5	—	—	10	—	—	—	—
9	Schulze-Kahleyss	—	5	—	3	—	—	8	—	—	—	—
10	Hephata	4	10	2	23	—	—	39	—	—	—	—
11	Dickhaut	—	2	—	6	—	—	8	—	1	—	—
12	Fischerhof	—	2	—	4	—	—	6	—	—	—	—
13	Noll-KH	1	14	4	15	—	—	34	—	8	—	8
	Σ:	(8)	(73)	(11)	(66)	(0)	(0)	(158)	(0)	(9)	(0)	(13)
14	Ffm.-Höchst	2	16	—	4	1	2	25	—	5	—	3
15	Kli. Wiesbaden	2	11	1	9	—	2	25	—	4	—	—
	Σ:	(4)	(27)	(1)	(13)	(1)	(4)	(50)	—	(9)	—	(3)
16	Univ. Marburg	22	35	28	20	3	3	111	—	2	—	—
17	Univ. Frankfurt	17	57	10	21	3	—	108	5	20	4	8
	Σ:	(39)	(92)	(38)	(41)	(6)	(3)	(219)	(5)	(22)	(4)	(8)
	Σ:	288	369	284	457	152	190	1 740	8	50	47	103
		657		**741**		**342**			**58**		**150**	

Anmerkungen zur Tabelle:
a) Den Einrichtungen 1 bis 6 (LWV) liegen die neueren Angaben der Nachfrage zugrunde.
b) Den Einrichtungen 14 bis 17 (Städtische und Universitäts-Kliniken) liegen nur die Zahlen der Schüler zugrunde, die an der Befragung teilnahmen; genauere Angaben waren nicht zu erhalten.
c) Angaben: Feldarbeit Juni bis Oktober 1973

Tabelle 2

psychiatrischen Einrichtungen in Hessen

davon Ausländer			davon EDL	Anzahl der Pflegepersonen ohne Ausländer							Anzahl der Pflegepersonen ohne EDL, ohne Ausländer = Zielgruppe
Schüler		Σ		Examinierte		Helfer		Schüler		Σ	
m	w			m	w	m	w	m	w		
1	2	31	2	22	27	9	56	15	47	176	174
—	—	—	—	61	2	72	21	15	2	173	173
—	—	—	—	32	39	47	89	33	23	263	263
—	—	17	—	8	11	8	11	16	18	72	72
—	1	87	3	27	32	42	55	33	25	214	211
—	—	4	7	84	56	13	26	32	65	276	269
(1)	(3)	(139)	(12)	(234)	(167)	(191)	(258)	(144)	(180)	(1 174)	(1 162)
—	—	5	1	3	35	5	5	—	—	48	47
—	—	—	—	—	5	—	5	—	—	10	10
—	—	—	—	—	5	—	3	—	—	8	8
—	—	—	—	4	10	2	23	—	—	39	39
—	—	1	—	—	1	—	6	—	—	7	7
—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	6	6
—	—	16	3	1	6	4	7	—	—	18	15
(0)	(0)	(22)	(4)	(8)	(64)	(11)	(53)	(0)	(0)	(136)	(132)
—	—	8	—	2	11	—	1	1	2	17	17
—	—	4	—	2	7	1	9	—	2	21	21
(0)	(0)	(12)	(0)	(4)	(18)	(1)	(10)	(1)	(4)	(38)	(38)
—	—	2	—	22	33	28	20	3	3	109	109
—	—	37	4	12	37	6	13	3	—	71	67
(0)	(0)	(39)	(4)	(34)	(70)	(34)	(33)	(6)	(3)	(180)	(176)
1	3	212	20	280	319	237	354	151	187	1 528	1 508
4											

Bei einem — durch zeitliche und ökonomische Gesichtspunkte bedingten — Auswahlverhältnis von 1 : 2 wurden per quotierter Zufallsstichprobe unter Berücksichtigung der Merkmale:

— Anzahl der belegten Betten,

— Anzahl der Pflegepersonen,

— Art der Trägerschaft (LWV, Kommunal, privat, Universität),

— regionale Lage

17 psychiatrische Einrichtungen ermittelt (vgl. 10, A/4: Psychiatrische Einrichtungen in Hessen).

In diesen 17 psychiatrischen Einrichtungen wurde eine Vollerhebung im Sinne aller am Befragungstag anwesenden Pflegepersonen angezielt (vgl. Tabelle 2: Pflegepersonen der aufgesuchten psychiatrischen Einrichtungen).

3 Hauptuntersuchung

3.1 Kontaktaufnahme mit den einzelnen Einrichtungen

Bereits während der Fragebogenentwicklung wurde Kontakt mit den 17 psychiatrischen Einrichtungen aufgenommen, und zwar wurden zunächst über die Deutsche Krankenpflegezeitschrift alle Pflegekräfte Hessens zur Kooperation aufgerufen und anschließend die ärztliche Leitung und die Leitung des Pflegedienstes jeweils getrennt durch ein Anschreiben der Projektgruppe unter Beifügung eines Empfehlungsschreibens des Hessischen Sozialministers über die schriftliche Befragung informiert.

Zusätzlich wurden die leitenden Krankenhausärzte der LWV-Häuser auf einer Konferenz der leitenden Krankenhausärzte (LWV Hessen) um ihre Unterstützung gebeten.

Mit der Pflegedienstleitung erfolgte telefonisch die Terminabsprache für den Zeitpunkt der schriftlichen Befragung. Zur Information der Pflegekräfte über Zweck und Ziel der Untersuchung sowie Bekanntgabe von Zeit und Ort für die Befragung wurden kurze Anschreiben an die einzelnen Einrichtungen versandt.

3.2 Situative Bedingungen und Durchführung der schriftlichen Befragung in Gruppensituation

Die *Entscheidung hinsichtlich der Befragungsmethode* war zugunsten der Vorgabe schriftlich formulierter Fragen in einer fluktuierenden Gruppensituation gefallen. Diese Erhebungsmethode erschien für die vorliegende Fragestellung weitaus geeigneter als Interviews oder Gruppengespräche. Durch die Form der Gruppenbefragung konnten die wesentlichen Nachteile von schriftlichen Befragungen weitestgehend ausgeschaltet werden: Unkontrollierbarkeit der Erhebungssituation, Unkenntnis der Art der Ausfälle, keine Erläuterung der Fragen oder nondirektives Nachfragen etc. durch Interviewer (vgl. Friederichs 1973, Mayntz 1969, Scheuch 1967).

Dementsprechend fand die schriftliche Befragung in „fluktuierender Gruppensituation" statt: bei ständiger Anwesenheit von zumeist zwei Untersuchungsleitern konnten die Pflegepersonen — je nach Abkömmlichkeit von Station — innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes von durchschnittlich vier bis fünf Stunden zur schriftlichen Befragung kommen, die Fragen beantworten und wieder auf Station zurückkehren.

Dabei hatten die beiden Untersuchungsleiter neben der Funktion von Administratoren auch diejenige von Beratern der Befragten, so daß mangelnde Vertrautheit mit den Befragungsmodalitäten sowie auch Verständnisschwierigkeiten in den meisten Fällen geklärt und dadurch instruktionswidriges oder lükkenhaftes Beantworten der Fragen meist verhindert werden konnte.

Die Pflegepersonen an den einzelnen psychiatrischen Einrichtungen waren von der Pflegedienstleitung angesprochen und je nach Dienstplan am jeweiligen Befragungstag aufgefordert worden, an der schriftlichen Befragung teilzunehmen. Nur einige wenige Pflegepersonen folgten diesen Aufforderungen nicht. Insgesamt liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, daß es sich bei denjenigen Pflegepersonen, die an der schriftlichen Befragung teilnahmen, um eine selektive Auswahl handelte.

Bei der Beantworung der schriftlich formulierten Fragen durch die Pflegepersonen ergaben sich insgesamt kaum Schwierigkeiten.

Als einzige Quelle des Anstoßes erwies sich die Frage nach dem Vaterberuf, da man hier einen Bruch der Anonymität vermutete. Jedoch konnten die Untersuchungsleiter in vielen Fällen diese Bedenken zerstreuen, so daß diese Frage zumeist doch in die Auswertung einbezogen werden konnte. (Keine Angaben machten 13 % der Schüler, 21 % der Examinierten und 27 % der Helfer).

Auf diese Weise konnte am jeweiligen Befragungstag in den psychiatrischen Einrichtungen in standardisierten, d. h. vergleichbaren Situationen unter Ausschaltung einiger sonst schwer vermeidbarer Nachteile der schriftlichen Befragung eine optimale Anzahl von Daten erhoben werden.

Am Tage der schriftlichen Befragung wurden zugleich die Daten der Strukturfragebogen bei der Verwaltung sowie die der Krankenpflegeschulen ermittelt.

3.3 Teilnahme an der schriftlichen Befragung

Über die ohnehin durch Schicht- und Nachtdienst bedingte Reduktion der Anzahl der Anwesenden im Vergleich zur Anzahl der Beschäftigten fiel der Zeitpunkt der Feldarbeit zum großen Teil in die Sommerferien Hessens (Juni bis Oktober 1973 Durchführung der Hauptuntersuchung), so daß durchschnittlich nur 59 % aller am Hause tätigen Pflegepersonen am jeweiligen Befragungstag angetroffen wurden.

Von diesen am Befragungstag *anwesenden* Pflegepersonen konnten mit der schriftlichen Befragung 81 % (N = 599) erreicht werden (vgl. Tabelle 3:

Teilnahme an der schriftlichen Befragung). Von allen befragten Pflegepersonen entfielen auf:

die Gruppe der dreijährig Ausgebildeten 44 %,

die Gruppe der Helfer 31 %,

die Gruppe der Schüler 25 %,

(vgl. 10, B/1: Verhältnis der Anzahl der befragten Pflegepersonen zu . . .).

Tabelle 3

Teilnehmer an der schriftlichen Befragung

Nr.	Name der aufgesuchten Einrichtung	Träger	Pflegepersonen insgesamt *)	Anwesende am Tag der Befragung	Teilnehmer an der Befragung							Prozentsatz der Teilnehmer zu Anwesenden am Befragungstag	Prozentsatz der Teilnehmer zu Pflegepersonen insgesamt
					Examinierte		Helfer		Schüler		Σ		
					m	w	m	w	m	w			
1	Merxhausen	LWV	174	85 = *48,8 %*	13	10	3	20	5	16	67	*78,8*	*38,50*
2	Haina	LWV	173	72 = *41,6 %*	24	4	20	6	3	—	57	*77,7*	*32,94*
3	Weilmünster I + II [1])	LWV	263	98 = *37,2 %*	19	15	10	9	9	15	77	*78,5*	*29,27*
4	Köppern	LWV	72	30 = *41,6 %*	4	6	1	2	8	6	27	*90,0*	*37,50*
5	Goddelau I + II [1])	LWV	211	164 = *77,7 %*	19	13	26	36	20	10	124	*75,6*	*58,76*
6	Herborn	LWV	269	123 = *45,7 %*	23	22	4	13	13	27	102	*82,9*	*37,54*
			(1 162)	(537 = *46,2 %*)	(102)	(70)	(64)	(86)	(58)	(74)	(454)	*(84,5)*	
7	Hohe Mark	priv.	47	17 = *36,1 %*	2	14	—	—	—	—	16	*94,1*	*34,04*
8	Amelung	priv.	10	6 = *60,0 %*	—	2	—	2	—	—	4	*66,6*	*40,00*
9	Schulze-Kahl.	priv.	8	5 = *62,5 %*	—	3	—	—	—	—	3	*60,0*	*37,50*
10	Hephata	priv.	39	24 = *61,5 %*	2	4	3	11	1	2	23	*95,8*	*58,97*
11	Dickhaut	priv.	7	5 = *71,4 %*	—	1	—	2	—	—	3	*60,0*	*42,85*
12	Fischerhof	priv.	6	3 = *50,0 %*	—	1	—	2	—	—	3	*100,0*	*50,00*
13	Noll-KH	priv.	15	6 = *40,0 %*	—	3	1	1	—	—	5	*83,3*	*33,33*
			132)	(66 = *50,0 %*)	(4)	(28)	(4)	(18)	(1)	(2)	(57)	*(86,3)*	
14	Ffm-Höchst	Städt.	17	14 = *82,3 %*	2	6	—	—	1	2	11	*78,5*	*64,70*
15	Kliniken Wiesbaden	Städt.	21	13 = *61,9 %*	1	3	—	3	—	2	9	*69,2*	*42,85*
			(38)	(27 = *71,0 %*)	(3)	(9)	(0)	(3)	(1)	(4)	(20)	*(74,0)*	
16	Universität Marburg I + II [1])	Univ.	109	67 = *61,4 %*	8	13	6	4	3	3	37	*55,2*	*33,94*
17	Universität Frankfurt/M.	Univ.	67	42 = *62,6 %*	5	21	1	1	3	—	31	*73,8*	*46.26*
			(176)	(109 = *61,9 %*)	(13)	(34)	(7)	(5)	(6)	(3)	(68)	*(62,3)*	
		Σ:	1 508	739 = *49,0 %*	122	141	75	112	66	83	599	*81,05*	*39,08*
					263		**187**		**149**				

*) ohne EDL und ohne Ausländer

[1]) Diese Einrichtungen wurden zweimal aufgesucht, da beim ersten Besuch entweder überdurchschnittlich wenig Pflegepersonen am Befragungstag anwesend waren (Goddelau, Weilmünster) oder überdurchschnittlich wenig Pflegepersonen an der Befragung teilgenommen hatten (Marburg).

Bezogen auf die *Gesamtzahl aller an den 17 Einrichtungen beschäftigten Pflegepersonen* nahmen an der schriftlichen Befragung 40 % teil.

Bezogen auf *alle Pflegepersonen in allen hessischen psychiatrischen Einrichtungen* wurden 28 % schriftlich befragt (vgl. 10, B/2: Prozentualer Anteil der befragten Pflegepersonen).

Über die Zusammensetzung der verhältnismäßig kleinen Gruppe von Pflegekräften, die zwar am Befragungstag anwesend war, aber nicht zur Befragung erschien, konnten von der Pflegedienstleitung keine genauen Angaben gemacht werden.

Neben 0,4 % aktiven Verweigerern konnten nach Aussagen von Kollegen als mögliche Gründe für die Nichtteilnahme gelten:

— Unabkömmlichkeit von Station wegen schwacher Besetzung in der Urlaubszeit, wegen besonderer Zwischenfälle, Besprechungen, Schulunterricht;

— große räumliche Entfernungen zum Befragungsort, besonders in den LWV-Häusern;

— Desinteresse dieser Pflegeperson an der Fragestellung;

—andere uns nicht bekannte Gründe.

Es lagen insgesamt jedoch keine Anhaltspunkte dafür vor, daß diese Gruppe der Nicht-Teilnehmer in irgendeiner charakteristischen Weise besondere Merkmale aufwies und näher hätte untersucht werden müssen.

3.4 Gruppengespräche mit homogenen Helfergruppen

Die Sichtung der Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigte einen auffällig hohen Grad von Desinformiertheit bei der Helfergruppe bezüglich aller im Fragebogen angesprochener Problemkreise.

Aus diesem Grunde konzentrierten sich die nachfolgenden drei Gruppengespräche allein auf die Helfergruppe. Sie fanden im Februar 1974 in den PLK's Köppern, Haina und Herborn statt, hatten eine durchschnittliche Dauer von 1½ Stunden, und es nahmen insgesamt 41 Pflegepersonen teil.

Diese Gruppengespräche wurden mit halbstrukturierten Stimuli bei abschnittweise freiem Lauf des Gespräches mit einem Diskussionsleiter und einem Protokollanten geführt. Auf diese Weise konnte ein größerer Bereich verschiedener spontanerer Reaktionsweisen erfaßt werden als bei der Beantwortung schriftlich formulierter Fragen. Auch konnten sich die Gesprächspartner untereinander zu detaillierten Meinungsäußerungen anregen (vgl. Mangold, 1967).

3.5 Auswertungsarbeiten

Während der Feldarbeit wurde parallel der Kode-Plan für die drei Fragebogenfassungen erstellt und mit dem Verkoden der Antworten begonnen.

Anschließend wurde eine Zufallsstichprobe von 10 % aller verkodeten Fragebögen kontrollverkodet. Die fehlerhaft verkodeten Fragen (0,8 %) wurden daraufhin bei der gesamten Stichprobe überprüft.

Im Rechenzentrum der Philipps-Universität Marburg wurden die verkodeten Antworten auf Lochkarten übertragen, aufgelistet und an Hand von Lochlisten auf Ablochfehler kontrolliert.

Parallel zur Erstellung des Auswertungsplanes wurden im Deutschen Rechenzentrum Darmstadt Rechenprogramme ausgewählt (Programm für einfache Häufigkeitsauszählung HAUF, Autoren: P. Schnell, L. Poecker; Programm für zweifache Häufigkeitsauszählung HAEU, Autor: F. Gebhardt) und Probeläufe gestartet.

Nach der Grundauszählung erfolgten Spezialläufe zu einigen spezifischen Fragestellungen.

Die Computer-Ausdrucke wurden nach Durchsicht für den Tabellenteil des vorliegenden Berichtes aufbereitet und zusammengestellt. Nach eingehender Diskussion der Ergebnisse bildete die Erstellung des Berichtes selbst den Abschluß der Arbeiten der Projektgruppe A/6.

4 Strukturdaten

4.1 Krankenpflegeschulen in den aufgesuchten psychiatrischen Einrichtungen

Die Situation an den Krankenpflegeschulen als Ausbildungsstätten für die zukünftigen Pflegepersonen kann als signifikant für den jetzigen Stand der Ausbildung gelten. Dies bezieht sich sowohl auf die Krankenpflegeschulen als Organisation und auch besonders auf die personelle Situation, vor allem auf die Rolle der Unterrichtsschwestern/-pfleger, deren Einfluß auf die Ausbildung und auch auf die Fortbildung interessierte.

Im folgenden sollen die Krankenpflegeschulen des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen betrachtet werden, in denen die Schüler sich bereits für eine Tätigkeit in der Psychiatrie entschieden haben. Dies war nicht der Fall bei Schülern in den übrigen Krankenpflegeschulen (mit privatem, kommunalem oder Universitäts-Träger), wo sich Schüler für die allgemeine Krankenpflege und für die Pflegetätigkeit in der Psychiatrie *gemeinsam* vorbereiten. Auf die daraus resultierenden Schwierigkeiten, insbesondere die mangelhafte Ausbildung im therapeutischen Umgang mit psychiatrischen Patienten, wurde mehrfach — zuletzt im Arbeitspapier der DKG vom 13. Dezember 1973 — hingewiesen.

4.1.1 Schüler in ein- und dreijähriger Ausbildung

Ausbildungsstand und -ziel

Zur Zeit der Feldarbeit (Juni bis Oktober 1973) wurden in den sechs LWV-Häusern insgesamt 1 313 Pflegepersonen angetroffen; davon waren 21 % Schüler:

ein Drittel stand in der einjährigen Ausbildung,

zwei Drittel standen in der dreijährigen Ausbildung

(vgl. 10, A/5: Strukturdaten der aufgesuchten Krankenpflegeschulen).

Dieses prozentuale Verhältnis entsprach in hohem Maße der Situation im Bundesland Hessen (vgl. 10, A/6: Schüler in der Stichprobe Hessens, im Bundesland Hessen und in der Bundesrepublik Deutschland).

Es wich jedoch von der Situation in der Bundesrepublik Deutschland insofern ab, als in der Bundesrepublik Deutschland drei Viertel aller Schüler die dreijährige Ausbildung durchlaufen, im Bundesland Hessen nur zwei Drittel.

Geschlecht

Insgesamt standen in den sechs LWV-Häusern 47 % männliche und 53 % weibliche Schüler in der Ausbildung.

Im Vergleich zum Bundesland Hessen und zur Bundesrepublik Deutschland bleibt das Zahlenverhältnis bei einjähriger und dreijähriger Ausbildung annähernd gleich.

Nationalität

In den sechs LWV-Häusern standen insgesamt nur sieben ausländische Schüler in der Ausbildung (drei männliche und vier weibliche). Von diesen befanden sich vier in der einjährigen und drei in der dreijährigen Ausbildung.

4.1.2 Angaben zu den Lehrkräften

Insgesamt arbeiteten an den Krankenpflegeschulen der sechs LWV-Häuser 13 Unterrichtsschwestern/-pfleger bei 283 Schülern insgesamt. Die Geschlechtsverteilung war annähernd gleich und so auch vergleichbar zur Geschlechtsverteilung der Unterrichtenden in der allgemeinen Krankenpflege.

Alle Unterrichtsschwestern und -pfleger der sechs LWV-Häuser hatten nach der dreijährigen Ausbildung eine Ausbildung zur Unterrichtsschwester/-pfleger durchlaufen. Genaue Angaben über die eigentliche Qualifikation, die von sechs bis zu 24 Monaten Ausbildungszeit dauern kann, waren nicht erhältlich.

4.1.3 Gestaltung des Unterrichts

Die aufgesuchten Krankenpflegeschulen richten sich nach dem Lehrplan, der im Krankenpflegegesetz angegeben ist.

4.1.4 Stellung der Krankenpflegeschule in der Institution

Nur zwei der sechs Krankenpflegeschulen des LWV besaßen nach eigenen Angaben einen *eigenen Schuletat.* Seine Höhe wurde mit 3 500 und 4 500 DM pro Jahr angegeben.

Nur vier der sechs Krankenpflegeschulen des LWV stellten einen *eigenständigen Bereich* dar, die anderen beiden unterstanden nach eigenen Angaben der Pflegedienstleitung bzw. der Leitung des ärztlichen Direktors.

4.1.5 Wünsche des Unterrichtspersonals

Die Wünsche und Anregungen der Unterrichtenden betrafen zum einen die Gestaltung des Unterrichts: es wurde eine bessere, d. h. stärker praxisbezogene Ausbildung im Fach Psychiatrie gefordert, z. B. Schulstationen mit besonderen Pflegefällen; sowie generell eine Intensivierung der Aus- und Weiterbildung.

Hiermit stimmen die Angaben der Unterrichtsschwestern/-pfleger mit der mehrfach formulierten Kritik überein, der zufolge das Fach Psychiatrie sowie die Fächergruppe psychologische Medizin im Katalog der Ausbildungsfächer zu kurz kommen.

Weiterhin wurde gefordert, daß die Krankenpflegeschulen ein eigenständiger Bereich mit eigenem Schuletat werden sollten, die Schüler aus dem Stellenplan ausscheiden sollten und mehr Fachdozenten herangezogen werden könnten.

Insgesamt kommt der Initiative der Unterichtsschwestern/-pfleger in den einzelnen psychiatrischen Einrichtungen sowohl für die Ausbildung als auch für die Fortbildung hohe Bedeutung zu. *Diese Initiative war derzeit in nur geringem Umfang zu finden. Für diese Gruppe sollten daher besondere Fortbildungsmöglichkeiten geschaffen werden.*

4.2 Zur Sozialstruktur der befragten Personenstichprobe

Im folgenden soll der Begriff der Sozialstruktur insofern erweitert werden, als nicht nur persönliche Daten der Befragten, sondern auch ihre jeweilige Situation am Arbeitsplatz besprochen werden sollen.

4.2.1 Persönliche Daten

Geschlecht

Die Gruppe der befragten Pflegepersonen setzt sich zusammen aus 44 % männlichen und 56 % weiblichen Personen.

Alter

Alter	Anteil an der Gesamtgruppe in %
unter 25 Jahren	32
26 bis 50 Jahre	53
über 50 Jahre	14

Altersdurchschnitt

	Examinierte	Helfer	Schüler
m	45 Jahre	29 Jahre	24 Jahre
w	40 Jahre	28 Jahre	20 Jahre

Knapp ein Drittel aller Pflegepersonen lag so altersmäßig unter 25 Jahren. Mehr als die Hälfte der Befragten stand zwischen dem 26. und dem 50. Lebensjahr. Nur 14 % waren älter als 50 Jahre.

Religionszugehörigkeit

Religionszugehörigkeit	Anteil an der Gesamtgruppe in %
evangelisch	72
katholisch	20
keine oder andere	7

Mehr als zwei Drittel aller befragten Pflegepersonen waren evangelischer Konfession.

Familienstand

Familienstand	Anteil an Gesamtgruppe in %	davon m	davon w
ledig	32	21	79
verheiratet	62	41	59
verwitwet, geschieden	6	13	87

Der größte Teil der Befragten war verheiratet, knapp ein Drittel war ledig.

Schulbildung

Art der Schulbildung	Anteil an Gesamtgruppe in %	davon m	davon w
Volksschule	77	38	39
Mittlere Reife	21	5	16
Abitur	2	0,7	1,6

Insgesamt besaßen die weiblichen Befragten eine bessere schulische Vorbildung als die männlichen.

Bei Berücksichtigung des Ausbildungsgrades fiel auf, daß die Gruppe der Schüler prozentual den höchsten Anteil an der mittleren Reife aufwies (33 %); sie lag damit noch über der Gruppe der Examinierten.

Diesem Trend bei der Schülergruppe ist im weiteren Aufmerksamkeit zu schenken.

Berufliche Tätigkeiten vor der Krankenpflege

Für ... % der Befragten ist der Pflegeberuf in der Psychiatrie der ...

	Anteil an Gesamtgruppe in %	davon m	davon w
Erstberuf	48	62	38
Zweitberuf	12	21	6
Drittberuf und mehr	3	5	1

Von *allen* befragten Pflegepersonen hatten 63 % Vorberufe ausgeübt.

Von *allen befragten männlichen* Pflegepersonen hatten 87 %, von *allen befragten weiblichen* Pflegepersonen 45 % Tätigkeiten vor der Krankenpflege ausgeübt.

Bei Berücksichtigung des Ausbildungsniveaus zeigte sich, daß mit 57 % die Helfergruppe den zahlenmäßig größten Anteil an Pflegepersonen mit Vorberufen aufwies, obwohl das durchschnittliche Alter dieser Gruppe wesentlich niedriger lag als das der Examinierten. Es folgte dann die Schülergruppe (54 %) und die Examiniertengruppe (23 %).

Nach der zahlenmäßigen Darstellung der Vorberufe der Pflegepersonen ist kurz auf die *Art der Vorberufe* einzugehen: Die Vorberufe aller *männlichen* befragten Pflegepersonen, gleich welchen Ausbildungsniveaus, erstreckten sich hauptsächlich auf handwerkliche und technische Bereiche.

Im Gegensatz zu den Vorberufen der *weiblichen* Examinierten und Helfer (kaufmännischer und Angestellten-Bereich, hauswirtschaftlicher und handwerklicher Bereich, Tätigkeit als Arbeiterin) standen die Vorberufe der weiblichen Schüler dem Krankenpflegeberuf wesentlich näher (pflegerisch-medizinische Tätigkeit), so daß bei der weiblichen Schülergruppe nicht in dem Sinne wie bei den weiblichen Examinierten und Helfern von einem Wechsel in einen anderen Beruf gesprochen werden kann.

Schichtzugehörigkeit

Die Schichtzugehörigkeit der Befragten wurde nach dem modifizierten Verfahren der „Sozialen Selbsteinstufung (SSE)" (Kleining und Moore, 1968) ermittelt.

Hierbei sind die verschiedenen Sozialschichten durch jeweils „typische" Berufe charakterisiert; die individuellen Berufe werden der am ehesten „passenden" Berufsgruppe — und damit der entsprechenden sozialen Schicht — zugeordnet. Dabei wird davon ausgegangen, daß der Beruf in industriellen Gesellschaften als das bedeutsamste Status- und Prestigekriterium angesehen werden kann.

Dieses Verfahren umgeht das Problem der ideologischen Bewertung von Status, da es keine Zuordnung des eigenen Berufes zu Schicht*namen* verlangt, sondern nur zu *anderen Berufen*.

In der vorliegenden Untersuchung hatten die befragten Pflegepersonen den Beruf des Ehepartners und den des Vaters anzugeben. Diese Berufsangaben wurden bei der Verkodung der Antworten folgenden sechs Schichten zugeordnet:

Oberschicht,

obere Mittelschicht,

mittlere Mittelschicht,

untere Mittelschicht,

obere Unterschicht,

untere Unterschicht.

Die Befragten gehörten folgenden Schichten an:

Schicht	Anteil an Gesamtgruppe in % (nach Ehepartnerberuf *))	Anteil an Gesamtgruppe in % (nach Vaterberuf)
obere Mittel- und mittlere Mittelschicht .	4	6
untere Mittelschicht ..	5	16
obere Unterschicht ...	35	65
untere Unterschicht ...	2	3

*) entfällt für Gruppe der Ledigen

Der größte Teil der Befragten rekrutierte sich demnach aus der oberen Unterschicht.

Vergleicht man die Schichtzugehörigkeit (nach Vaterberufen) von Schülern der allgemeinen Krankenpflege und Schülern der psychiatrischen Krankenpflege, so liegen die Schüler, die einen Pflegeberuf in der Psychiatrie ergreifen wollen, schichtenmäßig deutlich niedriger (vgl. Pinding, Thomae, Kirchlechner, 1972):

Schichtzugehörigkeit (nach Vaterberufen)	Schüler der allgemeinen Krankenpflege in %	Schüler der psychiatrischen Krankenpflege in %
Oberschicht, obere Mittelschicht, mittlere Mittelschicht .	30	5
untere Mittelschicht ..	35	15
obere Unterschicht, untere Unterschicht ..	26	73

Zusammenfassend lassen sich folgende Besonderheiten hinsichtlich der Sozialstruktur der befragten Pflegepersonen formulieren:

— *Der größte Teil der befragten Pflegepersonen rekrutiert sich aus der oberen Unterschicht.*

— Im speziellen liegt die Gruppe der Schüler der psychiatrischen Krankenpflege schichtenmäßig deutlich niedriger als Schüler der allgemeinen Krankenpflege.

— Insgesamt weist die Gruppe der *weiblichen Pflegepersonen* eine *höhere Schulbildung* auf als die Gruppe der männlichen Pflegepersonen; diese Relation spiegelt sich auch in der Schichtzugehörigkeit wider.

— Die Gruppe der Schüler zeigt durchschnittlich eine höhere Schulbildung auf als Examinierte und Helfer.

— Setzt man die Anzahl mehrerer Vorberufe mit als Indikator für eine nicht überlegte und nicht gewünschte Berufswahl, so könnte man für die Gruppe der weiblichen Pflegepersonen insgesamt sagen, daß hier vermutlich eine bewußtere Berufswahl stattgefunden hat als bei den männlichen Pflegepersonen.

— Hinsichtlich der *Art der Vorberufe* zeigt die Gruppe der weiblichen Schüler in ihren Tätigkeiten eine besondere Nähe zum therapeutisch-ärztlichen Bereich.

4.2.2 Die Situation der Pflegepersonen am Arbeitsplatz

Durchschnittliche Beschäftigungsdauer am Krankenhaus:

Examinierte	Helfer	Schüler
11 Jahre	5½ Jahre	2 Jahre

Im Gegensatz zum allgemeinen Krankenpflegeberuf mit einer hohen geographischen Mobilität zeigt sich vor allem in der psychiatrischen Krankenpflege die Gruppe der Examinierten als besonders stabil.

Art der Abteilungen

Zur Zeit der Feldarbeit arbeiten auf ... Abteilungen:

Art der Abteilung	Examinierte		Helfer	
	m	w	m	w
offen	30	45	25	31
halboffen, geschlossen	68	51	73	69

So arbeitet der größere Teil der *weiblichen* Examinierten und der weiblichen Helfer auf *offenen* Abteilungen, der größere Teil der *männlichen* Examinierten und der männlichen Helfer auf *halboffenen bzw. geschlossenen* Abteilungen.

5 Ergebnisse der Untersuchung

Die Art der Trägerschaft der Institutionen war relevant für die Entscheidung hinsichtlich der Repräsentativität des Samples, um Pflegepersonen aus allen Institutionen, d. h. mit privatem, kommunalem, Universitäts- und LWV-Träger zu erfassen. Die Art der Trägerschaft stellt aber keinen Faktor dar, der in die Differentialdarstellung der Ergebnisse eingehen muß.

5.1 Probleme der Ausbildung für psychiatrisches Pflegepersonal

Im folgenden soll die Beurteilung der durchlaufenen Ausbildung in Beziehung zu der gewünschten Ausbildung und zur täglichen Arbeitssituation der Befragten betrachtet werden. Dabei ist uns bewußt, daß Rückerinnerungen an die eigene durchlaufene Ausbildung Verzerrungen beinhalten können.

Die Ergebnisse werden unter Berücksichtigung des Ausbildungsgrades der Befragten und anderer Merkmale besprochen, die Einfluß auf die jeweiligen Resultate nehmen.

Eine Gesamtdarstellung der Ergebnisse erscheint nur in einigen wenigen Fällen sinnvoll, in denen es nicht so sehr um die durchlaufene Ausbildung geht als vielmehr um die Kennzeichnung von Tendenzen bei der Inanspruchnahme durch Tätigkeiten.

Da sich die Helfergruppe in dieser Untersuchung aus Pflegepersonen mit einjähriger Ausbildung, Ausbildung bis zu einem Jahr und keiner speziellen Ausbildung für eine Tätigkeit in der Psychiatrie zusammensetzte, wurden die Fragen über das Thema Ausbildung dieser Gruppe nicht zur Beantwortung vorgelegt. Die Befragung darüber wurde in Gruppengesprächen im Anschluß an die schriftliche Befragung mit homogenen Helfergruppen durchgeführt (vgl. 3.4).

Daher werden im folgenden ersten Abschnitt „Die Ausbildung im Urteil der Befragten" und „Die gewünschte Ausbildung" nur die Ergebnisse der *Examinierten* und der *Schüler* in ein- und dreijähriger Ausbildung dargestellt und besprochen.

5.1.1 Die Ausbildung im Urteil der Befragten

Bewertung	Fach bzw. Bereich	Anteil an der jeweiligen Gruppe in %	
		Examinierte	Schüler
in der Ausbildung zu kurz gekommen	Moderne Therapieformen	76	59
	Sozialwissenschaftliche Fächer	70	32
	Naturwissenschaftliche Fächer	59	31
	Psychiatrie	43	27
	Familie und Umgebung des Patienten	39	47
	Zwischenfälle	37	51
	Krankheitslehre	29	26
in der Ausbildung nicht zu kurz gekommen	Krankheitslehre	64	48
	Zwischenfälle	51	34
	Psychiatrie	50	52
	Familie und Umgebung des Patienten	49	29
	Naturwissenschaftliche Fächer	31	32
	Sozialwissenschaftliche Fächer	20	39
	Moderne Therapieformen	15	13

Mehr als drei Viertel der Examinierten und mehr als die Hälfte der Schüler beurteilen moderne Therapieformen als nicht ausreichend besprochen.

Knapp zwei Drittel der Examinierten halten Krankheitslehre und mehr als die Hälfte der Schüler das Fach Psychiatrie für ausreichend abgehandelt.

Eine Aufschlüsselung der *Ergebnisse der Examinierten nach deren Lebensalter* zeigt, daß die am häufigsten genannten Gebiete sich in zwei Gruppen aufgliedern:

Mit wachsendem Lebensalter werden in steigendem Maße als *zu kurz* gekommen beurteilt:

Gebiet	Lebensalter	
	bis 25 Jahre	über 50 Jahre
	in %	
Krankheitslehre	11	29
Naturwissenschaftliche Fächer	44	65

Mit steigendem Lebensalter werden vermindert als *zu kurz* besprochen beurteilt:

Gebiet	Lebensalter	
	bis 25 Jahre	über 50 Jahre
	in %	
Familie und Umgebung des Patienten	53	27
Moderne Therapieformen	88	65
Psychiatrie	51	41

Es muß als erstaunlich gelten, daß gerade die älteren Pflegepersonen, deren Ausbildung lange zurück liegt, moderne Therapieformen und Familie und Umgebung des Patienten für ausreichend besprochen halten. Diese Angaben dürften kaum der Realität entsprechen, und es ist vielmehr zu vermuten, daß es sich hier um Überzeugtheit von eigener Kompetenz der älteren und länger am Krankenhaus beschäftigten Pflegekräfte handelt.

Bei einer Aufschlüsselung der *Ergebnisse der Schüler nach Schulbildung* wird deutlich, daß folgende Gebiete eher von Schülern mit mittlerer Reife als zu kurz gekommen gesehen werden als von Schülern mit Volksschulabschluß:

Gebiet	Schulbildung	
	Volksschule	mittlere Reife und Abitur
	in %	
Moderne Therapieformen	54	70
Zwischenfälle	43	59
Familie und Umgebung des Patienten	43	55
Sozialwissenschaftliche Fächer	29	37

Bei einer Aufschlüsselung der *Ergebnisse der Examinierten nach Schulbildung* zeigt sich zwar eine ähnliche Tendenz in den Ergebnissen, nicht jedoch in derselben Klarheit wie bei der Schülergruppe.

Aufschlüsselung der *Ergebnisse der Schüler nach Ausbildungsziel und -stand:*

Bereich	Ausbildung		kam zu kurz	kam nicht zu kurz	weiß nicht
			in %		
Zwischenfälle	1jährig		35	38	27
	3 jährig	1. J.	53	27	20
		2. J.	61	28	11
		3. J.	55	33	12
Familie und Umgebung des Patienten	1jährig		31	42	27
	3 jährig	1. J.	57	23	20
		2. J.	56	22	22
		3. J.	67	18	15
Moderne Therapieformen	1jährig		50	13	38
	3 jährig	1. J.	53	10	37
		2. J.	61	11	28
		3. J.	76	15	9

Es werden deutliche Unterschiede in der Beurteilung moderner Therapie- und Umgangsformen bei Schülern in ein- und dreijähriger Ausbildung ersichtlich.

Besonders auffallend sind die Diskrepanzen der Schüler der ein- und dreijährigen Ausbildung in der Unentschlossenheit oder Unfähigkeit zur kritischen Beurteilung ihrer eigenen Ausbildung:

Während die Schüler der einjährigen Ausbildung je nach Bereich bis zu 50 % mit „weiß ich nicht" geantwortet haben, zeigt sich bei den Schülern der dreijährigen Ausbildung eine deutliche Tendenz, nach ebenso anfänglicher Unentschlossenheit oder Unfähigkeit dann im Laufe der Ausbildungszeit zu einer Beurteilung zu gelangen.

Eine insgesamt ähnliche Tendenz in der Beurteilung der Bereiche von Schülern der ein- und der dreijährigen Ausbildung zeigt sich nur für moderne Therapieformen, die als ungenügend besprochen beurteilt werden.

Diskrepanzen treten auf bei Zwischenfällen und Familie und Umgebung des Patienten. Diese Bereiche werden von Schülern der einjährigen Ausbildung für ausreichend besprochen gehalten, nicht aber von Schülern der dreijährigen Ausbildung.

Schon während der Ausbildungszeit zeigen sich bei Schülern in ein- und dreijähriger Ausbildung Diskrepanzen in den Einstellungen und Auffassungen über die Hauptgewichte im psychiatrischen Pflegeberuf.

Diese Merkmale der Schüler in der einjährigen Ausbildung (Unentschlossenheit, Unfähigkeit zur Beurteilung) werden später in Zusammenhang mit der Problematik der gesamten Helfergruppe weiter besprochen werden.

Zusammenfassend läßt sich über die Ausbildung im Urteil der Befragten sagen:

— Moderne Therapieformen werden von Schülern und Examinierten als *zu kurz* besprochen beurteilt. Die Examinierten halten weiterhin Sozial- und Naturwissenschaftliche Fächer für nicht ausreichend besprochen.

  Die Schüler sehen mehr patientennahe Bereiche als ungenügend besprochen: Zwischenfälle und Familie und Umgebung des Patienten.

— *Ausreichend* besprochen ist nach Meinung der Examinierten Krankheitslehre und nach Auffassung der Schüler Psychiatrie.

— Die *Schulbildung hat Einfluß auf die Beurteilung der Ausbildung,* in besonderem Maße bei den Schülern, in abgeschwächter Form bei den Examinierten:

  Die Befragten mit mittlerer Reife und Abitur als Schulabschluß beurteilen Gebiete, die die zukünftigen Hauptinhalte der pflegerischen Ausbildung in der Psychiatrie ausmachen, eher als zu kurz gekommen als Befragte mit Volksschulabschluß.

— *Das Ausbildungsziel der Schüler (ein- oder dreijährige Ausbildung) nimmt Einfluß auf die Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Ausbildung:*

  Bei Schülern der einjährigen Ausbildung findet sich ein wesentlich höherer Prozentsatz derer, die unfähig sind, die eigene Ausbildung zu beurteilen als bei Schülern der dreijährigen Ausbildung, deren Fähigkeit zur Beurteilung im Laufe der Ausbildung zunimmt. Es zeigen sich bei Schülern in ein- und dreijähriger Ausbildung Diskrepanzen in den Auffassungen über die Hauptgewichte im psychiatrischen Pflegeberuf.

— *Das Lebensalter der Examinierten hat Einfluß auf die Beurteilung der Ausbildung:*

  Je älter die Pflegepersonen sind, um so mehr nimmt die Tendenz zu, moderne Therapieformen, Familie und Umgebung des Patienten und Psychiatrie als ausreichend und Krankheitslehre und Naturwissenschaftliche Fächer als ungenügend besprochen zu beurteilen.

  Diese Angaben lassen vermuten, daß es sich hier eher um Überzeugtheit von eigener Kompetenz bei älteren Pflegekräften handelt als um realitätsgemäße Darstellung der eigenen durchlaufenen Ausbildung.

Kenntnisse über Zwischenfälle

Die befragten Examinierten haben ihre Kenntnisse über folgende Zwischenfälle hauptsächlich aus der psychiatrischen Pflegekunde: Suizide 58 %, Fixierungen 62 %, Entweichungen 57 %, Todesfälle 53 %. Als zweithäufigste Quelle werden Beobachtungen von Kollegen angegeben.

Die befragten Schüler haben ihre Kenntnisse über die Zwischenfälle hauptsächlich durch Beobachtungen von Kollegen erworben (Fixierungen 50 %, Entweichungen 43 %, Todesfälle 39 %). Lediglich ihre Kenntnisse über Suizide stammen überwiegend aus der psychiatrischen Pflegekunde (41 %).

Als zweithäufigste Informationsquelle für Fixierungen, Entweichungen und Todesfälle wird psychiatrische Pflegekunde angegeben, für Suizide Beobachtungen von Kollegen.

Wenn Zwischenfälle überhaupt in der psychiatrischen Pflegekunde besprochen wurden, dann wurden sie sowohl mit den Schülern der einjährigen als auch mit den Schülern der dreijährigen Ausbildung nach ihren eigenen Angaben meist ausführlich besprochen (mit Ausnahme von Todesfällen, die in der einjährigen Ausbildung nur gelegentlich erwähnt worden sind).

Eine *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Lebensalter der befragten Examinierten* zeigt, daß jüngere Examinierte eher dazu neigen, als Quelle Beobachtungen von Kollegen anzugeben. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt dann die Zahl derer zu, die als Quelle psychiatrische Pflegekunde angeben. Eine ähnliche Tendenz zeigt die *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Examinierten nach Tarifgruppen:* Mit höherer Tarifgruppe (KR 5 und KR 6 und damit in den meisten Fällen höherem Lebensalter) nimmt die Häufigkeit ab, Beobachtungen von Kollegen als Quelle für die Kenntnisse über Zwischenfälle anzugeben.

Zusammenfassend läßt sich über die Quelle der Kenntnisse von Zwischenfällen folgendes sagen:

— *Als Quelle der Kenntnisse über die genannten Zwischenfälle geben die Examinierten vor allem psychiatrische Pflegekunde an,* wobei Lebensalter und Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifgruppen Einfluß auf die Angaben nehmen:

  je jünger die Examinierten sind und je niedrigerern Tarifgruppen sie angehören, umso eher geben sie als Quelle Beobachtungen von Kollegen an;

  je älter sie sind und je höheren Tarifgruppen sie angehören, umso eher geben sie psychiatrische Pflegekunde als Quelle an.

  Diese Tendenzen lassen sich mit einer Art Sicherheitsfaktor bei der Gruppe der älteren und besser bezahlten Pflegepersonen erklären.

— *Die Schüler haben ihre Kenntnisse über die Mehrzahl der Zwischenfälle in erster Linie aus Beobachtungen von Kollegen.*

— Diejenigen Schüler, die als Quelle der Kenntnisse von Zwischenfällen psychiatrische Pflegekunde angegeben haben, sind der Meinung, daß diese dort ausführlich besprochen worden sind.

5.1.2 Die gewünschte Ausbildung

Kennzeichnung der drei wichtigsten Gebiete für die Ausbildung

Die Befragten sehen als die drei wichtigsten Gebiete für die Ausbildung an:

Bereich	Examinierte	Schüler
Ausführung medizinischer Maßnahmen ..	57 % (1. Rang)	48 % (1. Rang)
Beaufsichtigung von Patienten .	34 % (2. Rang)	28 % (2. Rang)
Erledigung von Schreibtischarbeiten .	21 % (3. Rang)	—
Umgang mit Patienten	—	19 % (3. Rang)

Die Examinierten und Schüler halten Ausführung medizinischer Maßnahmen und Beaufsichtigung von Patienten für besonders wichtige Gebiete in der Ausbildung.

Während die Schüler dann an die dritte Stelle einem patientennäheren Bereich besondere Bedeutung zuschreiben: Umgang mit Patienten, setzen die Examinierten an die dritte Stelle:

Erledigung von Schreibtischarbeiten.

Als weniger wichtig für die Ausbildung werden sowohl Aufgaben aus dem Bereich Hausarbeit, als erst recht Kontakte mit Besuchern und Beteiligung an Arbeits- und Beschäftigungstherapie von allen Befragten angesehen.

Die Aufschlüsselung der Ergebnisse der Examinierten und Schüler nach Lebensalter zeigt für beide Gruppen ähnliche Tendenzen:

Mit steigendem Lebensalter nimmt die Bedeutung der Ausführung medizinischer Maßnahmen und der Beaufsichtigung von Patienten zu, der Umgang mit Patienten jedoch in seiner Bedeutung ab:

Bereich	Lebensalter			
	bis 25 Jahre		über 50 Jahre	
	Examinierte	Schüler	Examinierte	Schüler
	in %			
Ausführung medizinischer Maßnahmen	37	48	73	77
Beaufsichtigung von Patienten	23	31	45	55
Umgang mit Patienten	41	34	8	0

Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse der Examinierten und Schüler nach Schulbildung zeigt für beide Gruppen einen klaren, in gleicher Richtung verlaufenden Einfluß der Schulbildung.

Folgende Bereiche werden von . . . % der Befragten für wichtig erachtet:

Bereich	Examinierte		Schüler	
	Volksschule	Mittlere Reife Abitur	Volksschule	Mittlere Reife Abitur
	in %			
Beaufsichtigung von Patienten	36	28	16	5
Umgang mit Patienten	14	28	23	43

Bei einer *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Schüler nach Ausbildungsziel* (ein- oder dreijährige Ausbildung) fällt die Beurteilung der beiden folgenden Gebiete besonders auf: Eine ähnliche Bewertung von Erledigung von Schreibtischarbeiten und Umgang mit Patienten geschieht von Schülern der einjährigen Ausbildung und Schülern, die im ersten Ausbildungsjahr der dreijährigen Ausbildung stehen.

Für die Schüler der dreijährigen Ausbildung nimmt dann im weiteren Verlauf der Ausbildung die Bedeutung der genannten Gebiete zu, wobei die wachsende Bedeutung des Umgangs mit Patienten als besonders positive Voraussetzung für eine zukünftige Tätigkeit in der psychiatrischen Krankenpflege zu werten ist, während man in der zunehmenden Betonung der Bedeutung von Schreibtischarbeiten wohl eher eine realistische Widerspiegelung der tatsächlichen Situation wird sehen müssen (vgl. 5.1.3):

Bereich	Schüler der einjährigen Ausbildung	Schüler der dreijährigen Ausbildung	
		im 1. Jahr	im 3. Jahr
	in %		
Erledigung von Schreibtischarbeiten	14	13	30
Umgang mit Patienten	25	27	39

Zusammenfassend läßt sich über die wichtigsten Gebiete der Ausbildung sagen:

— *Die Gemeinsamkeiten in der Beurteilung der wichtigsten Gebiete für die Ausbildung seitens der Examinierten und Schüler überwiegen die Unterschiede:*

Die *Ausführung medizinischer Maßnahmen* und die *Beaufsichtigung von Patienten* werden von beiden Gruppen für besonders wichtig gehalten.

Für Examinierte haben dann *Erledigung von Schreibtischarbeiten* besondere Bedeutung, für Schüler der *Umgang mit Patienten.*

— *Das Lebensalter der Schüler und Examinierten nimmt Einfluß auf die Beurteilung* der wichtigsten Gebiete für die Ausbildung:

Je jünger die Schüler und Examinierten sind, um so mehr gewinnt der Umgang mit Patienten an Bedeutung; je älter sie sind, um so mehr Gewicht kommt der Ausführung medizinischer Maßnahmen und der Beaufsichtigung von Patienten zu.

— *Die Schulbildung der Schüler und Examinierten zeigt Einfluß auf die Beurteilung* der wichtigsten Gebiete für die Ausbildung:

Je höher die Schulbildung der Befragten ist, um so weniger Bedeutung kommt der Beaufsichtigung von Patienten und um so mehr Gewicht kommt dem Umgang mit Patienten zu.

— *Das Ausbildungsziel der Schüler (ein- oder dreijährige Ausbildung) hat Einfluß auf die Beurteilung* der wichtigsten Gebiete für die Ausbildung:

Schüler der einjährigen Ausbildung und Schüler, die am Anfang der dreijährigen Ausbildung stehen, zeigen ähnliche Beurteilungen. Je weiter die Schüler der dreijährigen Ausbildung in ihrer Ausbildungszeit fortgeschritten sind, um so mehr Gewicht gewinnt vor allem der Umgang mit Patienten — eine Entwicklung, die als positiv für eine zukünftige Tätigkeit in der Psychiatrie gesehen werden kann.

5.1.3 Die tägliche Arbeitssituation

Inanspruchnahme durch Tätigkeiten

Eine Betrachtung der Ergebnisse *aller Befragten* ohne Berücksichtigung des Ausbildungsgrades ergibt folgendes Bild:

Tätigkeit	am stärksten *)	am zweitstärksten *)	am drittstärksten *)	Σ
Ausführung medizinischer Maßnahmen .	432 (144)	220 (110)	76 (76)	728
Beaufsichtigung von Patienten	588 (196)	212 (106)	78 (78)	878
Ordnung und Sauberkeit auf Station, Hausarbeit	435 (145)	434 (217)	205 (205)	869
Erledigung von Schreibtischarbeiten	144 (48)	144 (72)	84 (84)	372
Umgang mit Patienten	126 (42)	136 (68)	77 (77)	339
Arbeits- und Beschäftigungstherapie ...	36 (12)	22 (11)	21 (21)	79
Kontakte mit Besuchern	6 (2)	20 (10)	34 (34)	60

*) Zum besseren Überblick wurde folgender Punkteschlüssel verwendet:
am stärksten = 3 Punkte
am zweitstärksten = 2 Punkte
am drittstärksten = 1 Punkt
Zahlen in Klammern = Anzahl der Befragten, die die jeweilige Tätigkeit an die betreffende Stelle setzten.

Haupttätigkeiten der Befragten sind also Beaufsichtigung von Patienten, Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf Station und Hausarbeit und Ausführung medizinischer Maßnahmen. Der Umgang mit Patienten — der den eigentlichen Kern der psychiatrischen Pflegetätigkeit darstellen sollte — nimmt einen der untersten Rangplätze ein.

Eine *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Ausbildungsgrad der Befragten zeigt, daß Examinierte in erster Linie durch die Ausführung medizinischer Maßnahmen, Helfer durch Beaufsichtigung von Patienten und Schüler durch Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf Station und Hausarbeit in Anspruch genommen sind:*

Tätigkeit	am stärksten	am zweitstärksten	am drittstärksten
Ausführung medizinischer Maßnahmen	Examinierte 40 %	Examinierte 21 %	—
Beaufsichtigung von Patienten	Helfer 52 %	—	—
Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf Station, Hausarbeit	Schüler 31 %	Helfer 53 %, Schüler 45 %	Examinierte 31 %, Helfer 36 %, Schüler 33 %

Eine *Aufschlüsselung der Ergebnisse von Examinierten und Helfern nach Beschäftigungsdauer am jetzigen Krankenhaus* macht deutlich, daß sich die Helfer bei wachsender Beschäftigungsdauer in ihren Tätigkeiten, was die Ausführung medizinischer Maßnahmen anbetrifft, an die Examinierten angleichen:

	Examinierte		Helfer	
	bis 1 Jahr	über 10 Jahre	bis 1 Jahr	über 10 Jahre
	in %			
Ausführung medizinischer Maßnahmen (als erste Nennung)	42	30	16	27

Dieses Ergebnis stützt auch die Aussagen der Helfer aus den Gruppengesprächen (vgl. 6.1).

Eine *Aufschlüsselung der Ergebnisse von Examinierten und Helfern nach dem Lebensalter* zeigt für beide Gruppen ähnliche Tendenzen in der Beanspruchung durch folgende Tätigkeiten:

Tätigkeit *)	Examinierte		Helfer	
	bis 25 Jahre	über 50 Jahre	bis 25 Jahre	über 50 Jahre
	in %			
Beaufsichtigung von Patienten	16	21	33	55
Umgang mit Patienten	28	10	24	0

*) erste Nennung

Während mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme durch Beaufsichtigung von Patienten zunimmt, sinkt die Inanspruchnahme durch Umgang mit Patienten.

Eine *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Examinierten nach Tarifgruppen* (die insgesamt der Aufgliederung nach dem Lebensalter entspricht) macht deutlich, daß mit der Zugehörigkeit zu höheren Tarifgruppen die direkten persönlichen Kontakte zum Patienten zugunsten von Verwaltungstätigkeit abnehmen:

Tätigkeit *)	Tarifgruppe	
	KR 4	KR 6
	in %	
Erledigung von Schreibtischarbeiten	8	22
Beaufsichtigung von Patienten	28	9
Umgang mit Patienten	11	5

*) erste Nennung

Zusammenfassend läßt sich über die Tätigkeiten von Pflegepersonen in der Psychiatrie folgendes sagen:

— Die Haupttätigkeiten von Pflegepersonen in der Psychiatrie sind Beaufsichtigung von Patienten, Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf Station und Hausarbeit und Ausführung medizinischer Maßnahmen. Der Umgang mit Patienten steht mit an letzter Stelle der Rangliste.

— Im einzelnen führen *Examinierte* in erster Linie medizinische Maßnahmen aus und weiterhin sorgen sie für Ordnung und Sauberkeit auf Station und erledigen Hausarbeit.

— *Helfer* beaufsichtigen hauptsächlich Patienten und sorgen weiterhin für Ordnung und Sauberkeit auf Station und erledigen Hausarbeit.

— *Schüler* werden hauptsächlich durch Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf Station und Hausarbeit in Anspruch genommen.

— Die *Beschäftigungsdauer am Krankenhaus, das Lebensalter von Examinierten und Helfern und die Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifgruppen von Examinierten* haben Einfluß auf die Art der Tätigkeiten, die sie ausüben:

  Je länger Helfer am Krankenhaus tätig sind, um so mehr führen sie medizinische Maßnahmen aus und gleichen sich an die Tätigkeiten der Examinierten an.

  Die Examinierten ihrerseits verrichten mit wachsender Beschäftigungsdauer am Krankenhaus und mit der Zugehörigkeit zu höheren Tarifgruppen — und mit wachsender Erfahrung — immer mehr Verwaltungstätigkeiten zuungunsten der direkten persönlichen Kontakte mit den Patienten.

Vergleicht man abschließend die Bewertung der wichtigsten Gebiete für die Ausbildung und damit

die Kennzeichnung der Hauptaufgaben einer Pflegekraft in der Psychiatrie mit den Tätigkeiten, die die Pflegekräfte im Stationsbetrieb verrichten, so zeigt sich folgendes:

Die *Gruppe der Examinierten* sieht die Hauptaufgabe von Pflegepersonen in der Psychiatrie in der Ausführung medizinischer Maßnahmen und wird auch in erster Linie in der täglichen Arbeit davon in Anspruch genommen.

Für diese Gruppe besteht demnach weitgehende Kongruenz zwischen Berufserwartung und täglicher Arbeitssituation.

Konträr gestaltet sich das Bild bei der *Schülergruppe,* bei der völlige Diskrepanz zwischen Bewertung der wichtigsten Tätigkeiten für die Ausbildung und praktischer Ausbildung im Stationsbetrieb herrscht:

Während die Schüler medizinische Maßnahmen, Beaufsichtigung von und Umgang mit Patienten für die wichtigsten Gebiete in der Ausbildung zur psychiatrischen Pflegekraft halten, werden im Stationsbetrieb hauptsächlich Putzarbeiten von ihnen verrichtet.

Die Unzufriedenheit der Schüler mit ihrer Ausbildung spiegelt sich zumindest teilweise darin wider, daß mit wachsender Ausbildungszeit der Prozentsatz derer immer mehr abnimmt, die anderen zum psychiatrischen Pflegeberuf zuraten würden (vgl. 5.7). Dies muß als um so bedauerlicher gelten, als gerade die Schülergruppe im Verhältnis zu den anderen Pflegekräften noch die günstigsten Voraussetzungen für eine Pflegetätigkeit in der Psychiatrie mitbringt (Erstberuf, Lebensalter, Schulbildung, Hauptaufgaben einer psychiatrischen Pflegekraft).

Auffallend muß die Annäherung der Tätigkeitsbereiche der *Helfergruppe* an die der Examinierten bei wachsender Beschäftigungsdauer am Krankenhaus erscheinen, ein Ergebnis, das sich auch in den Gruppengesprächen mit homogenen Helfergruppen fand und auf das im späteren Zusammenhang noch eingegangen werden wird.

Bei den Examinierten ihrerseits gehen mit steigender Beschäftigungsdauer am Krankenhaus und wachsender Erfahrung die persönlichen Kontakte mit den Patienten zurück zugunsten von Verwaltungstätigkeiten.

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung kann das Zusammentreffen folgender Voraussetzungen als besonders günstige Bedingung für eine Pflegetätigkeit in der Psychiatrie (im Sinne von positiven Einstellungen und Bewertungen gegenüber modernen Umgangs- und Therapieformen) gelten:

— Schulabschluß mit Mittlerer Reife und Abitur,

— Niedriges Lebensalter, was zumeist auch eine kurze Beschäftigungsdauer am Krankenhaus bedeutet,

— Abschluß der dreijährigen Ausbildung,

— Tätigkeit im Stationsbetrieb, d. h. direkte Kontakte mit den Patienten.

5.2 Die Vermittlung von Theorie und Praxis

Als bewährte Form der Vermittlung von Theorie und Praxis gelten Stations- oder Fallbesprechungen und der tägliche Informationsfluß auf Station zwischen Ärzten und Pflegepersonal.

5.2.1 Stationsbesprechungen

Stationsbesprechungen finden nur für 49 % aller Befragten statt; davon bestehen 29 % als regelmäßige Einrichtung, 20 % finden unregelmäßig statt. Bei *Aufschlüsselung dieser Ergebnisse nach dem Ausbildungsgrad der Befragten* wird deutlich, daß für Examinierte am häufigsten Stationsbesprechungen stattfinden:

Stationsbesprechungen existieren für:

66 % der Examinierten

30 % der Helfer

39 % der Schüler.

Der Informiertheitsgrad von Examinierten über Stationsbesprechungen ist entsprechend höher als derjenige von Helfern und Schülern. (27 % vs. 68 %, 61 %, die keine Kenntnisse haben.)

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach der Größe der psychiatrischen Einrichtungen* (gemessen an der Bettenzahl) zeigt sich, daß in kleineren Häusern häufiger Stationsbesprechungen stattfinden als in größeren:

Stationsbesprechungen finden statt in Häusern:

	regelmäßig	unregelmäßig
	in %	
bis 599 Betten	41	24
ab 600 Betten	23	18

Der Informiertheitsgrad der Pflegepersonen über Stationsbesprechungen ist in kleineren Häusern höher als in größeren (31 % vs. 57 %, die keine Kenntnisse haben).

5.2.2 Informationsfluß zwischen Ärzten und Pflegepersonal

Informationen über Patienten, die Ärzte dem Pflegepersonal geben.

Von allen befragten Pflegepersonen erhalten über Patienten:

44 % regelmäßig,

32 % nur in Krisensituationen,

21 % gar keine Informationen von Ärzten.

Nach *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Ausbildungsgrad der Befragten* erhalten ... % der ... Informationen über Patienten:

	Examinierte	Helfer	Schüler
	in %		
regelmäßig	64	33	23
nur in Krisensituationen	25	37	37

Die Häufigkeit von Informationen, die die Pflegepersonen *in Krisensituationen* erhalten, erweist sich als statusunabhängig, während die Unterschiede in den Häufigkeiten der regelmäßig gegebenen Informationen deutlich aussagen, daß die Examinierten entscheidend mehr *regelmäßige* Informationen erhalten als Helfer und Schüler.

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach der Größe des Krankenhauses* (gemessen an der Bettenzahl) wird deutlich, daß in kleineren Häusern die Pflegepersonen öfter Informationen erhalten als in größeren (84 % vs. 74 %) und daß entsprechend in kleineren Häusern der Prozentsatz derer, die keine Kenntnisse über den Informationsfluß besitzen, geringer ist als in größeren (13 % vs 23 %).

Informationen über Patienten, die Ärzte vom Pflegepersonal holen

Ärzte holen von ... % aller Pflegepersonen:

69 % regelmäßig,

18 % nur in Krisensituationen,

10 % gar keine Informationen.

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Ausbildungsgrad der Befragten* zeigt sich, daß von den Examinierten am häufigsten regelmäßige Informationen geholt werden. Die in Krisensituationen geholten Informationen erweisen sich wiederum als statusunabhängig:

	Examinierte	Helfer	Schüler
	in %		
regelmäßig	81	64	56
nur in Krisensituationen	11	22	23

Die Größe der Häuser zeigt keinen besonderen Einfluß auf die Häufigkeit, mit der Informationen von Ärzten vom Pflegepersonal geholt werden.

5.2.3 Vermittlung von Theorie und Praxis bei Schülern

Das theoretische Wissen kann nach Meinung der Schüler *in folgendem Umfang in der Praxis angewendet werden:*

35 % der Schüler können es meistens anwenden,

55 % nur manchmal,

10 % fast nie.

Kenntnisse über Zwischenfälle haben die Schüler in erster Linie nicht aus der psychiatrischen Pflegekunde, die sie dann in der Praxis anwenden könnten, sondern müssen sich diese aus Beobachtungen von Kollegen selber aneignen (vgl. 5.1.1).

Die befragten Schüler haben normalerweise zum *Gespräch mit der(m) Stationsschwester/-pfleger* folgende Möglichkeiten:

52 % haben mehrmals bis einmal am Tag,

47 % seltener Gelegenheit zu einem Gespräch.

Bei *Aufschlüsselung dieses Ergebnisses nach Größe der Häuser* (gerechnet nach Bettenzahl) zeigt sich, daß in kleineren Häusern häufiger die Möglichkeit zu einem Gespräch besteht als in größeren:

Bettenzahl	mehrmals bis 1 × pro Tag	seltener
	in %	
bis 599	62	38
über 600	46	53

Zusammenfassend läßt sich über die Vermittlung von Theorie und Praxis sagen:

— *Stationsbesprechungen existieren nur für die Hälfte aller Befragten,* davon für Examinierte weitaus häufiger als für Helfer und Schüler.

— *Weniger als die Hälfte aller Befragten erhalten* von den Ärzten *regelmäßige Informationen* über Patienten, davon Examinierte mehr als Helfer und Schüler.

— *Von etwa zwei Drittel aller Befragten holen die Ärzte regelmäßige Informationen* über Patienten, davon von den Examinierten am häufigsten.

— *Nur ein Drittel der Schüler kann das theoretische Wissen in der Praxis meist anwenden,* mehr als die Hälfte der Schüler nur manchmal.

— *Nur die Hälfte aller Schüler hat mehrmals bis einmal am Tag die Möglichkeit, mit der/dem Stationsschwester/-pfleger zu sprechen.*

— *Die besprochenen Formen der Vermittlung von Theorie und Praxis finden in kleineren Häusern häufiger statt als in größeren.*

— *Eine Vermittlung von Theorie und Praxis hinsichtlich der Kenntnisse über Zwischenfälle findet kaum statt,* vielmehr müssen sich die Schüler ihr Wissen hauptsächlich aus Beobachtungen von Kollegen aneignen.

Insgesamt zeigt die Vermittlung von Theorie und Praxis gerade für die Gruppe der Examinierten noch das befriedigendste Bild, obwohl die Vermittlung von Theorie und Praxis für die Helfer- und die Schülergruppe weitaus notwendiger wäre.

Die Schüler besitzen einen ähnlichen oder noch niedrigeren Informationsstand als die Helfer und von einer intensiven und gezielten praktischen Anleitung der Schüler im Stationsbetrieb kann nicht die Rede sein.

5.3 Bewertung neuer Umgangs- und Therapieformen

Die bewußt harte Formulierung dieser Frage im Fragebogen hatte die Funktion, den festen Kern der Pflegepersonen herauszukristallisieren, der die alte, klassische Psychiatrie vertritt.

Die Ergebnisse zeigen, daß insgesamt ein Viertel aller Befragten unzumutbare Schwierigkeiten für das Pflegepersonal bei der Einführung der folgenden Neuerungen sieht:

Patienten erhalten/ dürfen ...	für das Pflegepersonal			
	unzumutbar		zumutbar	
	Examinierte	Helfer	Examinierte	Helfer
	in %			
eigene Kleidung ..	13	18	78	68
Geschirr und Besteck	29	43	56	44
Schreiben ohne Zensur	26	29	57	47
Mitspracherecht	21	38	56	38
Teilnahme an Arbeits- und Beschäftigungstherapie ..	13	18	78	62

Insgesamt sieht die Helfergruppe mehr unzumutbare Schwierigkeiten für das Pflegepersonal bei der Einführung dieser Neuerungen als die Examinierten. *Entgegen anfänglichen Annahmen lassen die vorliegenden Ergebnisse keinen besonderen Einfluß der Merkmale Schulbildung und Lebensalter der Befragten auf die Beurteilung erkennen.*

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Examinierten nach Beschäftigungsdauer am Krankenhaus* wird deutlich, daß mit wachsender Beschäftigungsdauer „positive" Bewertungen hinsichtlich der Neuerungen — mit Ausnahme des Mitspracherechtes — zunehmen:

Neuerung	bis 1 Jahr	über 10 Jahre
	in %	
eigene Kleidung	64	80
Geschirr und Besteck	18	55
Schreiben ohne Zensur	36	60
Arbeits- und Beschäftigungstherapie	68	80
Mitspracherecht	57	45

Entgegen der Meinung von Moll (1973), der glaubt, daß längere Beschäftigung mit dem Patienten zu einem besseren Verständnis dessen Situation führe, glauben wir, daß es sich bei den positiven Bewertungen bei längerer Beschäftigungsdauer vielmehr um eine Art Sicherheitssyndrom bei der Examiniertengruppe handelt, die sich selbst mehr zutraut und durch Neuerungen weniger bedroht fühlt als die Helfergruppe.

Daß es sich nicht um tatsächlich positive Bewertungen dieser Neuerungen handelt, wird auch daraus ersichtlich, daß bei der Kennzeichnung der wichtigsten Gebiete für die Ausbildung (vgl. 5.1.2, S. 207 f.) moderne Umgangs- und Therapieformen an letzter Stelle der Rangliste standen.

Eine Ausnahme stellt lediglich die Bewertung des Mitspracherechtes dar, durch dessen Einführung die Patienten möglicherweise diese Sicherheit stören könnten und das von den Examinierten mit längerer Beschäftigungsdauer eher Ablehnung erfährt.

Bei Aufschlüsselung der Ergebnisse der Helfer nach Beschäftigungsdauer ergibt sich ein andersartiges Bild als bei den Examinierten:

Neuerung	bis 1 Jahr	über 10 Jahre
	in %	
eigene Kleidung	75	82
Geschirr und Besteck	36	27
Schreiben ohne Zensur	56	46
Arbeits- und Beschäftigungstherapie	64	64
Mitspracherecht	44	9

Mit wachsender Beschäftigungsdauer am Krankenhaus nehmen lediglich die positiven Bewertungen hinsichtlich der Einführung eigener Kleidung zu.

Die meisten übrigen Neuerungen werden mit wachsender Beschäftigungsdauer eher abgelehnt mit Ausnahme der Arbeits- und Beschäftigungstherapie, die in der Bewertung unverändert bleibt.

Aus diesen Resultaten wird deutlich, daß der Helfergruppe das Selbstsicherheitsgefühl, das die Examinierten in so hohem Maße besitzen, fehlt und sie sich durch Einführung der Neuerungen verunsichert fühlen.

Diese Ergebnisse der Helfergruppe ergänzen das Bild, das sich aus den gesamten Resultaten der vorliegenden Untersuchung ergibt: Unfähigkeit zur Beurteilung der eigenen Ausbildungssituation, hoher Desinformiertheitsgrad, Unkenntnis von Fortbildungsmaßnahmen u. a. m.

5.4 Weiterbildung für examiniertes Pflegepersonal

Weiterbildung wurde in der vorliegenden Untersuchung definiert als Erweiterung der beruflichen Kenntnisse mit einem formellen Abschluß.

5.4.1 Kenntnis von Weiterbildungsmaßnahmen und eigene Pläne der Examinierten

Mehr als drei Viertel aller Befragten (77 %) besitzen keine Kenntnisse über mögliche Weiterbildungsmaßnahmen hinsichtlich einer psychiatrischen Zusatzausbildung.

Nur 7 % der Befragten haben bisher eine psychiatrische Zusatzausbildung durchlaufen.

Konkrete Pläne für eine psychiatrische Zusatzausbildung haben lediglich 8 % der Befragten.

Pläne für andere Weiterbildungsmaßnahmen besitzen 14 % der Befragten, hauptsächlich handelt es sich hier um die Ausbildung zur(m) Unterrichtsschwester/-pfleger.

Die Kenntnis von Weiterbildungsmaßnahmen hinsichtlich einer psychiatrischen Zusatzausbildung, diesbezügliche Pläne sowie Pläne für andere Weiterbildungsmaßnahmen stehen in Zusammenhang mit Lebensalter und Tarifgruppe der Befragten:

	Lebensalter		Tarifgruppe	
	bis 25 Jahre	über 50 Jahre	KR 4	KR 6
	in %			
Kenntnis von *psychiatrischer* Zusatzausbildung	19	2	15	5
Konkrete Pläne für *psychiatrische* Zusatzausbildung	12	2	9	2
Pläne für *andere* Weiterbildungsmaßnahmen	30	2	18	7

Die Gruppe der jüngeren Examinierten zeigt das größte Interesse und die meisten Pläne hinsichtlich Weiterbildung.

Mit steigendem Lebensalter steigt das Desinteresse an Weiterbildung, das dem Selbstsicherheitsgefühl der Examinierten entspricht, aus dem heraus sie eine Erweiterung der beruflichen Kenntnisse nicht für notwendig erachten.

5.4.2 Hauptgründe zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen

Als Anreize geben ... % der Examinierten an:

— selbständigere und veranwortlichere Tätigkeit ..... 64 %,
— bessere Bezahlung nach der Weiterbildung ..... 30 %,
— Abwechslung vom Berufsalltag ..... 25 %,
— Aufstieg und Ansehen ..... 20 %.

Die Aussicht auf eine selbständigere und verantwortungsvollere Tätigkeit wäre somit Hauptanreiz für eine Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen.

5.4.3 Gründe gegen die Beteiligung an Weiterbildungsmaßnahmen

Insgesamt sehen knapp ein Viertel aller Befragten (24 %) keinerlei Hinderungsgründe zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen. Von denjenigen Examinierten, die Gründe gegen die Beteiligung an Weiterbildungsmaßnahmen sehen, gehen ... % an:

— Verpflichtung gegenüber der Familie .. 42 %,
— Mehrbelastung durch das Lernen ..... 23 %,
— Als Erwachsener auf Schulbank sitzen .. 18 %,
— Arbeitsplatz aufgeben ..... 13 %,
— Widerstände von seiten der Kollegen .. 5 %,
— schwierigere Arbeit nach der Zusatzausbildung ..... 2 %.

Größter Hinderungsgrund zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen wären die Verpflichtungen gegenüber der Familie.

Bei Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Lebensalter der Befragten wird deutlich, daß familiäre Verpflichtungen bis zum 50. Lebensjahr als Hinderungsgrund ansteigen, nach dem 50. Lebensjahr dann wieder abnehmen (bis 25 J.: 30 %, bis 50 J.: 51 %, ü. 50 J.: 38 %).

5.4.4 Bedingungen zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen

Beste Voraussetzungen für eine hohe Teilnahmequote bei Weiterbildungsmaßnahmen wären gegeben, wenn Unterricht und Praktikum am Ort stattfänden, da hier der Haupthinderungsgrund — familiäre Verpflichtungen — entfällt:

— Unterricht und Praktikum am Ort ..... 62 %,
— Unterricht am Ort, Praktikum außerhalb 21 %,
— Unterricht außerhalb, Praktikum aber am Ort ..... 14 %,
— Unterricht und Praktikum außerhalb .. 26 %.

5.4.5 Opfer für die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen

Die Befragten scheinen am ehesten bereit zu sein, Freizeit zu opfern:

— Opfer an Freizeit ..... 27 %,
— Belastungen durch auswärtigen Unterrichtsort ..... 11 %,
— zusätzliche Ausgaben ..... 6 %,
— vorübergehende Einkommensminderung 6 %.

Bei Aufschlüsselung dieses Ergebnisses nach dem Lebensalter der Befragten zeigt sich, daß die Bereitschaft, Freizeit zu opfern, mit steigendem Alter sinkt (bis 25 Jahre: 40 %, über 50 Jahre: 21 %).

Zusammenfassend läßt sich über Weiterbildung sagen:

— 77 % aller Examinierten haben *keine Kenntnisse* über psychiatrische Zusatzausbildungen.
— 84 % haben *keine konkreten Pläne für eine psychiatrische Zusatzausbildung.*

— 84 % haben *keine Pläne hinsichtlich anderer Weiterbildungsmaßnahmen.*

— Kenntnisse und Pläne haben am ehesten jüngere Examinierte, die niedrigen Tarifgruppen zugehören.

— *Größter Anreiz zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen* wäre eine selbständigere und verantwortungsvollere Tätigkeit nach der Weiterbildung; dieser Anreiz sinkt mit steigendem Alter.

— Knapp ein Viertel aller Befragten sieht keinerlei *Hinderungsgründe zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen.*

— Diejenigen Befragten, die Hinderungsgründe sehen, nennen familiäre Verpflichtungen als größtes Hemmnis zur Teilnahme an Weiterbildung; dieses steigt bis zum 50. Lebensjahr an.

— Als günstigste *organisatorische Form* zur Teilnahme an Weiterbildung gilt, wenn Unterricht und Praktikum am Ort stattfinden.

— Freizeit wird am ehesten für eine Teilnahme geopfert, wobei diese Bereitschaft mit steigendem Alter sinkt.

Das größte Interesse an Weiterbildung zeigt die Gruppe der jüngeren Examinierten.

5.5 Fortbildungsmaßnahmen für psychiatrisches Pflegepersonal

Fortbildung wurde definiert als jede Form der Erweiterung der Berufskenntnisse.

5.5.1 Existenz, Kenntnis und Teilnahmequoten

Die verbreitesten Fortbildungsmaßnahmen sind Filmabende und Vorträge:

Fortbildungsmaßnahme	Kenntnis über Existenz	eigene Teilnahme	weiß nicht	gibt es nicht
	in %			
Filmabende ..	30	15	14	34
Vorträge	41	18	14	27
Arbeitskreise .	23	4	27	45
Besichtigungen auswärtiger med. Einrichtungen	25	9	21	44
Besichtigungen ausw. psychiatrischer Einrichtungen .	28	8	20	44
Einführungskurse für neue Mitarbeiter	15	2	30	50

Dennoch gibt es *für knapp die Hälfte aller Befragten keine Filmabende und für mehr als ein Drittel keine Vorträge.*

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Ausbildungsgrad der Befragten* zeigt sich:

— *Examinierte* sind über Vorträge und Filmabende am besten informiert, gefolgt von den Schülern und Helfern (42 %, 38 %, 34 %).

— *Schüler* nehmen am häufigsten an Filmabenden und Vorträgen teil, gefolgt von Examinierten und Helfern (25 %, 15 %, 11 %).

Kenntnis und Teilnahme an den populärsten Fortbildungsveranstaltungen in Abhängigkeit von der Bettenzahl der psychiatrischen Einrichtungen:

Fortbildungsmaßnahme	Bettenzahl	ja und teilgenommen	ja ohne Teilnahme	nein	weiß nicht
		in %			
Filmabende	bis 599 Betten	11	24	46	17
	über 600 Betten	17	45	28	10
Vorträge	bis 599 Betten	15	34	34	15
	über 600 Betten	18	44	23	14
Besichtigungen auswärtiger psychiatrischer Einrichtungen	bis 599 Betten	12	33	37	17
	über 600 Betten	6	25	47	21

Die Größe des Krankenhauses hat Einfluß auf die Art der Fortbildungsmaßnahmen:

— *Filmabende und Vorträge* finden in größeren Krankenhäusern häufiger statt, sind bekannter und werden öfter besucht als in kleineren.

— *Besichtigungen auswärtiger psychiatrischer Einrichtungen* finden in kleineren Krankenhäusern häufiger statt, sind bekannter und werden öfter besucht als in größeren.

Die *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Schüler nach Ausbildungsziel* (ein- oder dreijährige Ausbildung) macht deutlich, daß Schüler der einjährigen Ausbildung weitaus weniger an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen als Schüler der dreijährigen Ausbildung:

Fortbildungsmaßnahme	einjährige Ausbildung	dreijährige Ausbildung (3. Jahr)
Filmabende	8 %	58 %
Vorträge	13 %	46 %

Die Diskrepanzen in den Ergebnissen von Schülern der einjährigen und der dreijährigen Ausbildung ordnen sich in die bisherigen Ergebnisse dieser Gruppe ein und werden besonders im Zusammenhang mit der Problematik der Helfergruppe besprochen werden.

Praktische Fortbildungsmaßnahmen im Krankenhaus

Fortbildungsmaßnahme	Kenntnis über Existenz	gibt es nicht	weiß nicht
	in %		
regelmäßige Fallbesprechungen	25	52	21
Austausch von Beobachtungen verschiedener Berufsgruppen	37	40	22
Systematische Anleitung (z. B. bei Einführung neuer Therapieformen)	18	46	35

Insgesamt gibt es für ... % aller Befragten:

— 73 % keine regelmäßigen Fallbesprechungen,

— 62 % keinen Austausch von Beobachtungen,

— 81 % keine systematische Anleitung.

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Ausbildungsgrad der Befragten* zeigt sich, daß die Helfer am wenigsten über die Existenz von Fortbildungsmaßnahmen wissen, Schüler und Examinierte besser informiert sind (56 %, 45 %, 42 %).

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach der Größe des Krankenhauses* zeigt sich, daß in kleineren Häusern häufiger regelmäßige Fallbesprechungen und Austausch von Beobachtungen stattfinden als in größeren:

Fortbildungsmaßnahme	bis 599 Betten	über 600 Betten
	in %	
regelmäßige Fallbesprechungen	41	12
Austausch von Beobachtungen	49	31

Fachbücher und Fachzeitschriften als Fortbildung

Fortbildungsmaßnahme	Kenntnis über Existenz	gibt es nicht	weiß nicht
	in %		
Fachbücher	31	29	40
Fachzeitschriften	24	41	34

So stehen für mehr als zwei Drittel der Befragten keine Fachbücher und für drei Viertel aller Befragten keine Fachzeitschriften zur Fortbildung zur Verfügung.

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse nach dem Ausbildungsgrad der Befragten* ergibt sich:

— Schüler weisen den niedrigsten Prozentsatz an Desinformiertheit auf (29 %).

— Dieser Prozentsatz liegt bei Examinierten etwas höher als bei den Schülern (35 %).

— Helfer haben den höchsten Prozentsatz an Desinformiertheit (42 %).

So sind die Examinierten und Helfer, für die diese Art von Fortbildung weitaus notwendiger wäre als für die Schüler, am schlechtesten darüber informiert.

Fortbildungsveranstaltungen außerhalb des Krankenhauses

Knapp zwei Drittel aller Befragten erfahren nichts von Fortbildungsveranstaltungen außerhalb des Krankenhauses (60 %). Von dieser Gruppe entfällt auf die Helfer der größte Anteil (79 %).

Nur ein Fünftel aller Befragten hat bereits an Fortbildungsveranstaltungen außerhalb des Krankenhauses teilgenommen (20 %). Hiervon entfällt auf die Examinierten der größte Prozentsatz (36 %), es folgen dann die Schüler (14 %) und die Helfer (4 %).

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Examinierten nach Beschäftigungsdauer* am Krankenhaus zeigt sich:

— Pflegepersonen, die *mehr als fünf Jahre* am Krankenhaus beschäftigt sind, haben *häufiger* an Fortbildungsmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses teilgenommen als Pflegepersonen, die weniger als fünf Jahre am Krankenhaus beschäftigt sind (39 %, 27 %).

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Helfer nach Beschäftigungsdauer* am Krankenhaus zeigt sich ein anderes Bild als bei den Examinierten:

— Pflegepersonen, die *bis zu fünf Jahren* am Krankenhaus beschäftigt sind, haben *noch eher* an Fortbildungsveranstaltungen außerhalb des Krankenhauses teilgenommen als Pflegepersonen, die länger dort beschäftigt sind und die gar nicht mehr teilnehmen (16 %, 0 %).

Aus diesen Ergebnissen wird ersichtlich, daß das anfänglich noch vorhandene Interesse von Helfern

mit wachsender Beschäftigungsdauer immer mehr abnimmt und einer resignativen Haltung Platz macht.

Bei *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Examinierten nach Tarifgruppen* wird deutlich:

— *Pflegepersonen, die niedrigeren Tarifgruppen zugehören (KR 4, KR 5), haben weniger an Fortbildungsveranstaltungen außerhalb teilgenommen* als Pflegepersonen, die höheren Tarifgruppen zugehören (KR 6), (30 % vs. 49 %).

5.5.2 Organisationsformen der Fortbildungsveranstaltungen

Häufigkeit von Fortbildungsveranstaltungen

Für nur 55 % aller befragten Pflegepersonen finden Fortbildungsveranstaltungen überhaupt statt.

— Für 22 % aller Befragten finden sie mehrmals pro Woche oder im Abstand von vier bis 6 Wochen statt,

— für 33 % aller Befragten seltener.

Zeit und Ort

Wenn Fortbildungsveranstaltungen überhaupt stattfinden, dann finden sie für ... % aller Befragten statt:

— 29 % im Krankenhaus in der Dienstzeit,

— 26 % im Krankenhaus außerhalb der Dienstzeit,

— 7 % außerhalb des Krankenhauses in der Dienstzeit,

— 5 % außerhalb des Krankenhauses außerhalb der Dienstzeit.

Der größte Teil der Fortbildungsveranstaltungen findet demnach im Krankenhaus, und zwar jeweils etwa zur Hälfte innerhalb bzw. außerhalb der Dienstzeit statt.

Auswahlmodi für die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen

Mehr als die Hälfte aller Befragten besitzt keine Kenntnisse über die Auswahlmodi zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen.

Von denjenigen Pflegepersonen, die Kenntnisse haben, meinen ... %:

— 26 %, pflegerische Vorgesetzte treffen die Auswahl,

— 13 %, man könne sich selbst entscheiden,

— 5 %, Ärzte treffen die Auswahl.

Abgeltung von Fortbildungsmaßnahmen

Knapp die Hälfte aller Befragten hat keine Kenntnisse über die Abgeltungsweise von Fortbildungsmaßnahmen.

Von denjenigen Pflegepersonen, die Kenntnisse haben, meinen ... %:

— 29 %, es finde überhaupt keine Abgeltung statt,

— 22 %, die Teilnahme werde mit Freizeit oder Überstunden abgegolten.

Finanzielle Opfer für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen

Knapp zwei Drittel aller Befragten können keine Auskunft darüber geben, ob man für die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen finanzielle Opfer bringen muß.

Von denjenigen Pflegepersonen, die Kenntnisse haben, meinen ... %:

— 22 %, man müsse keine finanziellen Opfer bringen,

— 14 %, man müsse finanzielle Opfer bringen.

5.5.3 Bewertung von Fortbildung

Sprechen über Fortbildung

Von allen befragten Pflegepersonen geben ... % an:

— 12 %, nie über Fortbildung gesprochen zu haben,

— *66 %, selten über Fortbildung gesprochen zu haben,*

— 21 %, oft über Fortbildung gesprochen zu haben.

Fortbildung im Urteil der Kollegen

Von allen befragten Pflegepersonen geben ... % an, daß Kollegen Fortbildung beurteilen:

— 18 % als sehr positiv,

— *57 % als teilweise positiv,*

— 8 % stehen ihr gleichgültig gegenüber,

— 16 % haben noch keine Meinung dazu.

Fortbildung im eigenen Urteil

Von allen befragten Pflegepersonen beurteilen ... % Fortbildung:

— 47 % als sehr nützlich oder nützlich,

— 16 % als wenig nützlich oder unnütz,

— 37 % haben keine Meinung dazu.

In der Tendenz entsprechen sich die Art, in der über Fortbildung gesprochen wird und das Urteil der Kollegen über Fortbildung. Dazu steht die Beurteilung der Fortbildung im eigenen Urteil der Befragten im Gegensatz; diese fällt wesentlich positiver aus und es kann hier nicht ausgeschlossen werden, daß es sich bei dieser Antwort eher um eine — im Sinne der Fragebogenkonstruktion — „erwünschte" und nicht um eine ehrliche Antwort handelt.

5.5.4 Wünsche zur Fortbildung

Von allen befragten Pflegepersonen äußerten 15 % Wünsche zur Fortbildung; von diesen war jedoch ein Teil nicht auswertbar, da sie hinsichtlich der Fragestellung irrelevant waren.

Wünsche der Examinierten

Fortbildung sollte häufiger stattfinden, die Themen sollten mehr auf die praktische Stationsarbeit zugeschnitten sein und die Wünsche des Pflegepersonals sollten mehr berücksichtigt werden.

Fortbildungsmaßnahmen sollten mehr Unterrichtung in neuen Umgangs- und Therapieformen, Gesprächsführung und Hinweise für den täglichen Umgang mit Patienten beinhalten. Weiterhin wurden Einführungskurse für neue Mitarbeiter gewünscht, eine immerwährende Fortbildung für ausländisches Pflegepersonal, eine größere Rotation der Schüler, Zutritt zum Unterricht für älteres Pflegepersonal, Besichtigungen anderer psychiatrischer Einrichtungen und Austausch mit dem dortigen Pflegepersonal.

Weiterhin sollten Stellenpläne für die Zusatzausbildung geschaffen werden.

Wünsche der Helfer

Das Pflegepersonal sollte besser über Fortbildungsveranstaltungen informiert werden, gesonderte Fortbildungsmaßnahmen für Helfer sowie für alle älteren Pflegekräfte sollten angeboten werden.

Fortbildung sollte sich inhaltlich mehr mit neuen Umgangs- und Therapieformen und mit Führungsstilen befassen und die Darbietung sollte interessant und leicht verständlich sein.

Zusammenfassend läßt sich über Fortbildungsmaßnahmen für psychiatrisches Pflegepersonal sagen:

— *Filmabende und Vorträge* als die verbreitetsten Fortbildungsmaßnahmen sind für drei Viertel aller Befragten vorhanden, bisher hat jedoch nur ein Drittel aller Befragten jemals daran teilgenommen.

— Examinierte sind zwar am häufigsten über diese Maßnahmen informiert, Schüler besuchen sie aber am meisten.

— In größeren Krankenhäusern finden häufiger Filmabende und Vorträge statt und werden dort häufiger besucht als in kleineren.

— Schüler der dreijährigen Ausbildung nehmen wesentlich häufiger an diesen Fortbildungsmaßnahmen teil als Schüler der einjährigen Ausbildung.

— *Regelmäßige Fallbesprechungen, Austausch von Beobachtungen und systematische Anleitung* gibt es für knapp zwei Drittel aller Befragten nicht.

— In kleineren Krankenhäusern finden diese Maßnahmen häufiger statt als in größeren.

— *Fachbücher und Fachzeitschriften* stehen für weniger als ein Drittel aller Pflegepersonen zur Verfügung.

— Über *Fortbildungsveranstaltungen außerhalb des Krankenhauses* erhalten annähernd zwei Drittel aller Befragten keinerlei Informationen und vier Fünftel haben noch nie daran teilgenommen.

— *Organisationsform der Fortbildung*
Nur für ein Fünftel aller Befragten finden Fortbildungsmaßnahmen mehrmals pro Woche oder im Abstand von vier bis sechs Wochen statt, für ein Drittel aller Befragten seltener.

— Der größte Teil der Fortbildungsveranstaltungen findet im Krankenhaus statt, und zwar jeweils etwa zur Hälfte innerhalb bzw. außerhalb der Dienstzeit.

— Mehr als die Hälfte aller Befragten haben keinerlei Kenntnisse über Auswahlmodi und Abgeltungsweise von Fortbildungsmaßnahmen außerhalb des Hauses.

— Annähernd die Hälfte aller Befragten ist nicht darüber informiert, ob man für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen außerhalb finanzielle Opfer bringen muß.

5.6 Desinformiertheitsindex der befragten Pflegepersonen

Um einen Überblick über den Grad der allgemeinen Informiertheit über den Informationsaustausch im Rahmen der täglichen Arbeitssituation sowie über die Fortbildung von Examinierten, Helfern und Schülern zu erhalten, wurden die zentralen Fragen zu einem (Des)Informiertheitsindex zusammengestellt. Dieser wurde für jede Frage wie folgt errechnet: $\frac{\text{n weiß nicht}}{N}$

Aus diesem Desinformiertheitsindex wird ersichtlich, daß die Examinierten den geringsten Prozentsatz an Desinformiertheit aufweisen (21 %), dann die Schüler folgen (28 %) und schließlich die Helfer, die den höchsten Prozentsatz an Desinformiertheit zeigen (35 %).

Dieser schlechte Informiertheitsstand der Helfergruppe stützt die Ergebnisse der schriftlichen Befragung und die der Gruppengespräche mit homogenen Helfergruppen und unterstreicht die Notwendigkeit, spezielle Maßnahmen zur Fortbildung der Helfergruppe zu schaffen:

Desinformiertheitsindex der befragten Pflegepersonen

Bereich	Frage	Examinierte	Helfer	Schüler
		in %		
Tägliche Arbeitssituation	Häufigkeit der Informationen, die Ärzte vom Pflegepersonal holen	0,8	5	8
	Häufigkeit der Informationen, die Ärzte dem Pflegepersonal geben	0,8	3	5
	Existenz von Stationsbesprechungen	0,8	21	19
Fortbildung	Wie oft wird über Fortbildung gesprochen	5	8	5
	Gibt es Filmabende	8	15	18
	Gibt es Vorträge	10	22	14
	Gibt es Besichtigungen auswärtiger psychiatrischer Einrichtungen	16	24	22
	Gibt es regelmäßige Fallbesprechungen	17	26	24
	Gibt es Austausch von Beobachtungen	16	28	26
	Gibt es systematische Anleitung	27	45	40
	Gibt es Fachbücher	33	57	34
	Gibt es Fachzeitschriften	39	44	32
	Wer initiiert Fortbildung	31	53	73
	Wie oft findet Fortbildung statt	16	45	38
	Wann und wo findet Fortbildung statt	13	40	27
	Wie wird Fortbildung abgegolten	40	58	—*)
	Erfahren Sie von Fortbildung außerhalb	49	80	56
	Wer trifft Auswahl für Teilnahme an Fortbildung außerhalb	86	78	68
	Muß man für die Teilnahme an Fortbildung außerhalb finanzielle Opfer bringen	48	86	—*)
	Wie äußern sich Kollegen über Fortbildung	7	19	15

*) = Frage nicht gestellt

5.7 Zur Berufszufriedenheit des psychiatrischen Pflegepersonals

Bei einer Beratung hinsichtlich eines Pflegeberufes in der Psychiatrie und in der allgemeinen Krankenpflege würden sich die Befragten folgendermaßen verhalten:

	würden zuraten			würden abraten oder sich raushalten		
	Exam.	Helf.	Schü.	Exam.	Helf.	Schü.
	in %					
zur psychiatrischen Krankenpflege .	47	45	37	52	54	61
zur allgemeinen Krankenpflege .	64	60	64	35	39	35

Zum allgemeinen Krankenpflegeberuf würden 63 % aller befragten Pflegepersonen zuraten, 37 % würden sich raushalten oder abraten.

Zum psychiatrischen Pflegeberuf würden nur 44 % aller Befragten zuraten, 55 % würden sich raushalten oder abraten.

Bei einer *Aufschlüsselung der Ergebnisse der Schüler der dreijährigen Ausbildung nach Ausbildungsstand* wird deutlich, daß nach dem Ausbildungsbeginn der Prozentsatz derer stark ansteigt, die zum psychiatrischen Krankenpflegeberuf zuraten würden; zu Ende der Ausbildung steigt dagegen der Prozentsatz derer stark an, die sich raushalten oder abraten würden:

Ausbildungsstand	zuraten	abraten oder raushalten
	in %	
1. Jahr	30	70
2. Jahr	67	33
3. Jahr	24	76

Mehr als die Hälfte aller Befragten scheint demnach nicht mit ihrer Tätigkeit in der Psychiatrie in dem Maße zufrieden zu sein, daß sie anderen zu diesem Beruf zuraten würden.

Die genauen Gründe hierfür waren nicht Gegenstand der schriftlichen Befragung, d. h. der Aufgabenstellung der Projektgruppe.

Diese Berufsunzufriedenheit jedoch scheint bei Berücksichtigung folgender Resultate — zumindest teilweise — erklärbar zu sein:

— Wenn knapp zwei Drittel aller befragten Pflegepersonen einen oder mehrere Vorberufe ausgeübt haben (vgl. 4.2.1) und damit wohl in den meisten Fällen keine gezielte Berufswahl stattgefunden haben kann (vgl. auch Kukla, S. 78, 98),

— wenn Schüler, die — im Vergleich zu Examinierten und Helfer — noch die günstigsten Voraussetzungen für eine Tätigkeit in der Psychiatrie mitbringen, im Laufe ihrer Ausbildungszeit immer weniger von ihrem zukünftigen Beruf überzeugt sind,

— wenn zumindest Ansätze zu einer Konzeption des Pflegepersonals als therapeutische Mitarbeiter bei jüngeren und am Beginn ihrer Berufstätigkeit stehenden Pflegekräfte mit wachsender Beschäftigungsdauer verschwinden (vgl. 5.1.2),

— wenn über ein Viertel aller Befragten keinerlei Kenntnisse über den Informationsfluß auf Station — eine der Hauptvoraussetzungen für eine effektive Stationsarbeit — und Möglichkeiten zur Fortbildung haben (vgl. 5.2),

— wenn die Haupttätigkeiten der Pflegepersonen in der Psychiatrie Beaufsichtigung von Patienten, Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf Station und Ausführung medizinischer Maßnahmen sind (vgl. 5.1.3),

dann muß zumindest teilweise die geringe Berufszufriedenheit der Pflegepersonen in der Psychiatrie als verständlich erscheinen.

6 Ergebnisse der Gruppengespräche mit homogenen Helfergruppen

Zu Anlaß und Durchführung der Gruppengespräche vgl. 3.4.

6.1 Ausbildung und tägliche Arbeitssituation

Insgesamt wurde die durchlaufene Ausbildung keiner besonders kritischen Betrachtung unterzogen.

Ein entscheidender Unterschied zwischen ein- und dreijähriger Ausbildung wurde nicht oder nur schwach gesehen. Nach Meinung der Helfer verfügen die Examinierten evtl. über mehr Fachwissen und über bessere Chancen bei einem Berufswechsel in eine andere psychiatrische Einrichtung.

Entsprechend der Ergebnisse der schriftlichen Befragung, daß sich die Tätigkeiten (Ausführung medizinischer Maßnahmen) der Helfer mit wachsender Beschäftigungsdauer am Krankenhaus an die der Examinierten angleichen, waren auch die Teilnehmer der Gruppengespräche der Meinung, daß sie in der täglichen Stationsarbeit dieselben Tätigkeiten wie die Examinierten verrichteten und daher für sie auch kein Anreiz bestünde, sich forzubilden oder gar die dreijährige Ausbildung noch anzuschließen.

Für das Ergebnis der schriftlichen Befragung, daß nämlich Helfer viel schlechter informiert sind als Examinierte und daß Helfer meist an Stationsbesprechungen nicht teilnehmen dürfen, wußten sie keine sinnvolle Erklärung.

Die Helfer sahen ihre Gruppe nicht als spezielle Berufsgruppe an und besaßen kein kritisches Bewußtsein für ihre Situation.

6.2 Zur Fortbildung

Entsprechend der Resultate der schriftlichen Befragung gaben die Befragten an, daß sie in den meisten Fällen keine Informationen über Fortbildungsmaßnahmen innerhalb und noch viel weniger über Fortbildungsmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses erhielten.

Die wenigen, ihnen bekannten Fortbildungsangebote, deren Thematik im voraus noch nicht einmal bekanntgegeben worden war, seien für sie nicht interessant gewesen wegen irrelevanter Themen (z. B. innere Medizin), die in den seltensten Fällen auf die tägliche Arbeitssituation bezogen gewesen wären.

Die Möglichkeit eines speziellen Fortbildungsangebotes für die Helfergruppe wurde zwar begrüßt, doch die Befragten waren sich einig, daß vor eigener Initiative erst einmal ein fertiges Angebot „von oben" abgewartet werden sollte. Eigeninitiative schien wenig bekannt oder verlernt zu sein und den Befragten stand auch keine Person vor Augen, an die sie sich mit Vorschlägen oder Problemen wenden könnten.

Insgesamt erschien die Gruppe der Helfer antriebslos und apathisch der eigenen Berufsentwicklung gegenüber. Sie verrichten zwar dieselben Tätigkeiten wie die Examinierten, werden dabei aber schlechter bezahlt als diese und haben keinerlei Aufstiegschancen, so daß sie in eine resignative Haltung verfallen sind.

Die Ergebnisse der Gruppengespräche mit homogenen Helfergruppen stützen die Resultate der schriftlichen Befragung in vollem Maße.

Fortbildungsmaßnahmen mit interessanter, praxisbezogener Thematik, in leicht verständlicher Form dargeboten und unter organisatorischen Voraussetzungen, die es den Pflegepersonen schwer machen, sich der Teilnahme zu entziehen, scheinen für die Helfergruppe unumgänglich.

Auf diese Weise könnte das Bewußtsein der Helfergruppe bei ihr selbst für ihre Situation und auch bei den Examinierten geweckt werden.

7 Diskussion der Ergebnisse der empirischen Untersuchung

7.1 Repräsentativität der Ergebnisse

Bei der Stichprobenauswahl und den Vergleichen der hessischen Situation mit derjenigen in der Bundesrepublik Deutschland ergaben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß die Situation Hessens nicht auf ein anderes Flächenland und auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland übertragbar ist (vgl. 2.1).

7.2 Bedingungen der schriftlichen Befragung

Die prozentuale Beteiligung an der schriftlichen Befragung in den ausgewählten psychiatrischen Einrichtungen Hessens ergab keine Anhaltspunkte dafür, daß eine der drei Gruppen (Examinierte, Helfer, Schüler) in besonderem Maße unterrepräsentiert war und daß dafür besondere Gründe verantwortlich waren (Examinierte 44 %, Helfer 31 %, Schüler 25 %). Die etwas geringere Beteiligung der Helfergruppe war darauf zurückzuführen, daß diese Gruppe ungeübter in der Beantwortung schriftlich formulierter Fragen ist und daher zurückhaltender in der Teilnahme an der schriftlichen Befragung. Um mögliche Verzerrungen der Ergebnisse aus diesem Grunde zu verhindern, wurden nach Abschluß der schriftlichen Befragung Gruppengespräche mit homogenen Helfergruppen durchgeführt, deren Resultate diejenigen der schriftlichen Befragung in vollem Umfang bestätigten.

Ein Teil der Gruppe der Schüler hielt sich wegen Praktika zur Zeit der Feldarbeit außerhalb des Krankenhauses auf, so daß sie für eine Befragung nicht erreichbar war (vgl. 3.3).

So können durch die Repräsentativität Hessens für ein anderes Flächenland oder die gesamte Bundesrepublik Deutschland und durch eine ausreichende Repräsentation der drei Gruppen in der Stichprobe (Examinierte, Helfer, Schüler) ohne entscheidende Einschränkungen Rückschlüsse auf die Pflegepersonen in psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland gezogen werden.

7.3 Zu den Ergebnissen

Für die Situation der Psychiatrie speziell in der Bundesrepublik Deutschland liegen aus den letzten Jahren vor allem die beiden Arbeiten von Kukla (1971) und Moll (1973) vor.

Kukla untersucht die Arbeitssituation von Krankenschwestern in der Psychiatrie und kommt zu folgendem Ergebnis:

„Die Orientierungsausrichtung der Krankenschwestern im Verlauf ihrer Sozialisation in die Berufsrolle läuft auf eine Anpassung an die gegebenen Strukturen hinaus, ohne daß die in diesem Prozeß auftretenden Friktionen innovative Impulse auslösen, die verhärtete Strukturen der Institution verändern könnten." Er fordert, daß das Pflegepersonal — wie die gesamte Psychiatrie, die um ein neues Selbstverständnis ringt — seine Orientierung ändern muß; dieses könne jedoch nicht ohne Eingriffe in die Strukturen der psychiatrischen Krankenhäuser ablaufen.

Moll untersucht hauptsächlich die Einstellungen des psychiatrischen Pflegepersonals zu verschiedenen Bereichen ihres Arbeitsfeldes, vor allem deren kustodiale Haltung gegenüber den Patienten.

Eine *Überprüfung der Stichhaltigkeit der Hypothesen der vorliegenden Untersuchung* an Hand der Ergebnisse zeigt folgendes:

In der vorliegenden Untersuchung sehen die befragten Pflegepersonen ihre Hauptaufgaben in der Psychiatrie in der Ausführung medizinischer Maßnahmen und in der Beaufsichtigung von Patienten und führen diese Tätigkeiten auch überwiegend in der Praxis aus. Es wird zwar angegeben, daß moderne Therapieformen in der Ausbildung unzureichend be-

sprochen worden seien, jedoch werden sie nicht als ein zentraler Bereich für den Pflegeberuf in der Psychiatrie gesehen.

Demnach sind nach den vorliegenden Ergebnissen derzeit keine adäquaten Bedürfnisstrukturen für eine Konzeption des Pflegepersonals als therapeutische Mitarbeiter vorhanden, an die angeknüpft werden könnte.

Die Vermittlung von Theorie und Praxis in Form von regelmäßigen Stations- und Fallbesprechungen, systematischer Anleitung bei Neuerungen, speziell praktischer Anleitung bei Schülern und Informationsfluß zwischen Ärzten und Pflegepersonal auf Station muß als nicht ausreichend bezeichnet werden.

Fortbildungsveranstaltungen in Form von Filmabenden oder Vorträgen sind zwar vorhanden, jedoch nimmt sie nur ein geringer Teil der Pflegepersonen wahr. Die Gründe hierfür liegen einerseits in einem Desinformiertheitsgrad über Fortbildungsveranstaltungen, in einer irrelevanten Thematik der Angebote, die zu ungünstigen Zeitpunkten stattfinden — andererseits im Desinteresse der Pflegepersonen an Fortbildung generell, über die selten und dann nur teilweise positiv gesprochen wird.

Über Weiterbildungsmaßnahmen ist nur ein verschwindend kleiner Teil der Pflegepersonen informiert. Hauptanreiz zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen wäre eine verantwortungsvollere und selbständigere Tätigkeit; Hinderungsgrund sind vor allem familiäre Verpflichtungen. Günstige organisatorische Voraussetzung wäre eine Durchführung von Unterricht und Praktikum am Ort.

7.4 Ergebnisse nach sozio-demographischen Merkmalen

In der vorliegenden Untersuchung lassen sich — ebenso wie in der Untersuchung von Moll — keine charakteristischen Merkmale auf Grund einer Gruppierung der Ergebnisse hinsichtlich Geschlecht und Familienstand feststellen.

Dagegen erscheinen *Lebensalter* (das bei den Examinierten nahezu parallel mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifgruppen verläuft), *Art der Schulbildung* und *Beschäftigungsdauer am Krankenhaus* wichtiger:

— *Ältere Pflegepersonen* bewerten moderne Therapieformen, Familie und Umgebung des Patienten und Umgang mit Patienten geringer, Ausführung medizinischer Maßnahmen und Beaufsichtigung von Patienten dagegen höher als ihre jüngeren Kollegen.

— Entsprechend beschäftigen sich ältere Pflegepersonen bei der täglichen Arbeit mehr mit der Ausführung medizinischer Maßnahmen und weniger mit dem Umgang mit Patienten als ihre jüngeren Kollegen.

— Ältere Pflegepersonen haben weniger Kenntnisse und Pläne hinsichtlich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen als jüngere.

Nach den vorliegenden Ergebnissen haben also die älteren und länger am Krankenhaus beschäftigten Pflegepersonen eine andere Berufskonzeption als die jüngeren und kürzer am Krankenhaus beschäftigten:

— Die Älteren, die moderne Therapieformen während ihrer Ausbildung gar nicht oder nur insuffizient kennengelernt haben — auch wenn das nicht in Erscheinung tritt — und demzufolge weniger Kenntnisse darin haben, scheinen sich auf Gebiete zurückzuziehen, in denen sie ausreichende Kenntnisse besitzen (medizinische Maßnahmen) und setzen sich so nicht Situationen aus, denen sie ausbildungsmäßig nicht gewachsen sind. *Dieses Sicherheitsgefühl professioneller Kompetenz ermöglicht es ihnen, gegenüber Neuerungen weniger Widerstände zu äußern; es läßt sie aber nicht motiviert sein, an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen telizunehmen und so ihre Kenntnisse zu erweitern.*

  Für die Jüngeren entsteht daraus die Gefahr, sich trotz besserer Kenntnisse und einer andersartigen Berufskonzeption im Laufe ihrer Berufstätigkeit an die Auffassungen der Dienstälteren und Vorgesetzten anzupassen oder sich anpassen zu müssen und auf diese Weise Neuerungen — vor allem im Hinblick auf die Methoden im Umgang mit Patienten — verhindert werden bzw. von ihnen kaum zu erwarten sind (vgl. Kukla).

Die *Art der Schulbildung* der befragten Pflegepersonen prägt die Sicht des eigenen Berufsbildes:

— Pflegepersonen mit höherer Schulbildung (mittlere Reife oder Abitur) sehen ihre Hauptaufgabe in der Psychiatrie wesentlich mehr in der Ausübung moderner Therapieformen und stehen so einer Konzeption des Pflegepersonals als therapeutische Mitarbeiter wesentlich näher als Pflegepersonen mit Volksschulabschluß.

Ebenso hat das *Ausbildungsziel bei Schülern* Einfluß auf deren Berufsbild:

— Das Resultat, daß die Schülergruppe ihrer Aufgabe als zukünftige psychiatrische Pflegepersonen mehr in der Ausübung moderner Therapieformen und damit mehr als therapeutische Mitarbeiter sehen als Examinierte und Helfer, macht deutlich, daß diese Bereiche mit der Schülergruppe intensiver in der Ausbildung besprochen wurden und zu einer positiveren Sicht des Berufsbildes zu führen scheinen.

  Es ist jedoch deutlich darauf hinzuweisen, daß die Schülergruppe in Schüler der *einjährigen* und in Schüler der *dreijährigen Ausbildung* unterschieden werden muß, da die Schüler der dreijährigen Ausbildung weitaus besser informiert sind, mehr Fortbildungspläne und eine positivere Sicht ihres Berufsbildes haben als die Schüler der einjährigen Ausbildung, die insgesamt ähnliche Charakteristika besitzen wie ihre zukünftige Berufsgruppe, die Helfer, die wohl als die „Stiefkinder" unter den Pflegepersonen zu bezeichnen sind.

Über den Einfluß der Art des *Beschäftigungsverhältnisses* der Pflegepersonen (Beamter-Angestellter) können aus den vorliegenden Ergebnissen keinerlei Aussagen gemacht werden, da in Hessen nur ein sehr geringer Prozentsatz des Pflegepersonals verbeamtet ist und diese Gruppe in unserer Studie daher völlig unterrepräsentiert ist (im Gegensatz beispielsweise zu der Situation in Baden-Württemberg). Beim Landeswohlfahrtsverband Hessen sind tätig (Stand Dezember 1973, Angaben vom LWV):

	männlich	weiblich
Beamte	21	15
Angestellte	1 045	1 213

wobei es sich bei den Pflegekräften im Beamtenverhältnis fast ausschließlich um leitendes Pflegepersonal handelt, die mit dieser Untersuchung nicht erfaßt wurden.

Angaben anderer Bundesländer waren nicht erhältlich, teilweise wurden sie bewußt verweigert.

Moll vermutet, daß „unter dem Einfluß des größeren Lebensalters und der größeren Berufserfahrung der Art des Beschäftigungsverhältnisses nicht mehr die Bedeutung zukommt, die sich bei jüngerem Personal ablesen läßt, daß nämlich beamtetes Pflegepersonal — allgemeiner Vorstellung entsprechend — für tradierte Haltungen bei der Behandlung und Pflege von psychisch Kranken eintritt".

Fort- und Weiterbildungsinteresse von verbeamteten Pflegepersonen werden in der Untersuchung auch bei Moll jedoch nicht untersucht und eine gesonderte Studie wird in diesem Zusammenhang vorgeschlagen.

8 Praktische Konsequenzen

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterstreichen die Notwendigkeit für Veränderungen im Bereich der Ausbildung, aber auch der Fort- und Weiterbildung in den genannten Berufsgruppen auf das deutlichste.

Diese Bildungsmaßnahmen müssen sämtlich auf die täglichen Erfahrungen und Tätigkeiten, insbesondere auf die Stationsarbeit, bezogen sein. Dieses regelmäßige Überdenken der täglichen Arbeit und der Probleme unter Berücksichtigung von Erfahrungen anderer Mitarbeiter — *das praxisbezogene Lernen* — stellt einen wesentlichen Teil der angestrebten Aus- und Weiterbildung dar, insbesondere aber der Fortbildung.

8.1 Fortbildung

Dieses praxisbezogene Lernen soll als Fortbildung für alle Berufsgruppen institutionell gesichert sein. So sieht die DKG eine gesetzliche Regelung in diesem Bereich vor („Grundsätze" vom 11. Dezember 1973).

Damit ist bereits hervorgehoben, daß es sich bei Fortbildungsmaßnahmen *nicht* um eine Luxuseinrichtung handeln soll, die bei Überfluß in Personal- und Finanzbereich erfolgen kann oder bei Schwierigkeiten ausbleibt. Fortbildung muß vielmehr gesehen werden als fest integrierter Teil der therapeutischen Arbeit.

Aus der vorliegenden Untersuchung geht hervor, daß Fortbildung diesen Stellenwert bisher nicht besaß; z. B. nahm nur ein sehr kleiner Teil der Pflegepersonen an Fortbildungsveranstaltungen teil (18 %), es wurde nur wenig über Fortbildung gesprochen und regelmäßige Fallbesprechungen auf den Abteilungen waren erschreckend selten (29 %).

Wenn Fortbildung mehr werden soll als eine Luxuseinrichtung, wenn sie vielmehr als praxisbezogenes Lernen zur Information und Motivation der Pflegepersonen beitragen soll, dann halten wir folgende Grundsätze für wichtig:

— Feste organisatorische Integration in das Arbeitsprogramm

— Praxisbezogene und damit interessante und interessierende Themen

— Vermittlung der Fortbildungsinhalte in Sprache und Bild in einer allgemeinverständlichen Form

— Zeitliche Planung der Fortbildung entsprechend den Wünschen der Teilnehmer (Schichtende oder Schichtüberlappung, möglichst innerhalb der Dienstzeit).

Solche Fortbildungsveranstaltungen sollen etwa einmal monatlich während einer Stunde in Kurzreferaten mit anschließender Diskussion über Neuerungen oder Probleme berichten.

Durch eine Überprüfung der Fortbildungsveranstaltungen in etwa halbjährigen Abständen durch den Fortbildungsinitiator (z. B. durch schriftliche, anonyme Teilnehmerbefragung mit korrespondierender Notierung der Teilnehmerzahl), verbunden mit einer Diskussion über das Fortbildungsangebot, kann das Fortbildungsinteresse wesentlich gefördert werden.

Weiterhin sind auf jeder Station bzw. Abteilung *Fallbesprechungen* anzustreben. Hierbei sollen mehrere Patienten oder ein Patient mit der gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsproblematik besprochen werden und zwar aus der Sicht der verschiedenen therapeutischen Mitarbeiter.

Auch wenn die Pflegepersonen nur partiell von Station abkömmlich sind, ist deren Teilnahme als wichtiges Angebot für praxisbezogenes Lernen im Team ebensosehr zu unterstützen wie aus Gründen einer umfassenderen Information aller Mitarbeiter.

Ein Sonderproblem der Fortbildung stellen die Unterrichtslehrkräfte selbst dar. Da sie im Krankenhaus oft nicht die entsprechenden Fortbildungsmöglichkeiten und Anregungen finden, um selbst wieder im Fortbildungsbereich initiativ zu werden, sind Besuche anderer psychiatrischer Einrichtungen unter dem besonderen Aspekt der Organisation, Durchfüh-

rung und Evaluation von Bildungsveranstaltungen sehr zu fördern. Diese Besuche sollen eher individuell als in Gruppen organisiert sein, um Gastgebern und Besuchern den entsprechenden Spielraum zu lassen.

8.2 Die Schülersituation

Angesichts des Mangels an interessierten und qualifizierten Pflegekräften sind aus der vorliegenden Untersuchung zwei Ergebnisse aus dem Schülerbereich besonders hervorzuheben:

Zum einen fällt auf, daß die Schüler wesentlich häufiger vom psychiatrischen Pflegeberuf abraten oder sich raushalten als Examinierte und Helfer (61 % vs. 54 %, 52 %). Dies ist sicherlich als Zeichen ihrer beruflichen Unzufriedenheit zu werten.

Zum anderen wird deutlich, daß bei der Feststellung der täglichen Aufgaben die drei ersten Plätze von „Sorge für Ordnung und Sauberkeit und Hausarbeiten" besetzt werden. Gleichzeitig damit aber sehen Schüler Ausführungen medizinischer Maßnahmen, Beaufsichtigung, aber auch Umgang mit Patienten als die drei wichtigsten Gebiete in der Ausbildung an.

Die Diskrepanz zwischen Ausbildungserwartung der Schüler und tatsächlicher Inanspruchnahme während der Ausbildung muß in besonderem Maße unterstrichen werden.

Sie ist gekoppelt mit einem nicht gesicherten Schülerstatus: die Schüler werden eher als bezahlte Stationshilfen angesehen und eingesetzt denn als Auszubildende. Diese Situation mündet in eine globale Schülerunzufriedenheit.

Bei der derzeitigen Personallage kann es sich kein Krankenhaus leisten, eine solche Berufsunzufriedenheit bei den Auszubildenden selbst hervorzurufen. Als Konsequenzen ergeben sich daraus insbesondere:

— Sicherung des Schülerstatus für die Auszubildenden,

— Feste Zuständigkeiten für praktische Anleitung auf der Station (Praxisanleitung),

— Arbeitseinteilung der Schüler entsprechend Schülerstatus.

8.3 Krankenschwester/-pfleger

8.3.1 Der Bildungsgang „Krankenschwester/-pfleger (Psychiatrie)"

Die deutliche Patientenorientierung von Schülern und Pflegekräften am Beginn ihrer Berufstätigkeit gegenüber länger Beschäftigten ist als Zeichen für vorhandene Kommunikationswünsche und -tendenzen junger Pflegekräfte zu werten. In einem komplexen Sozialisationsprozeß im Krankenhaus, der vorwiegend durch die Nachahmung der leitenden Pflegekräfte bestimmt zu sein scheint — und der bei Lehrern vergleichbar verläuft (Koch 1972) — zieht sich die junge Pflegekraft zunehmend vom Patienten zurück an den Schreibtisch. Parallel dazu läuft die Erfahrung zum Teil unangenehmer und lästiger Patienten, deren Kontakte einerseits gerne gemieden werden, die aber andererseits selbst oft nur im Umgang mit Pflegepersonen verlerntes Sozialverhalten wieder erlernen können. Dieses gestörte Sozialverhalten, das besonders häufig bei längeren Krankenhausaufenthalten auftritt und die Rehabilitation gefährdet, muß vor allem von der Pflegekraft mit Instrumenten der Soziotherapie angegangen werden. Die Pflegeperson muß eine Station als therapeutisches Mileu erkennen, unterstützen und in ihrem alltäglichen beruflichen Handeln realisieren können. Dazu ist eine Grundausbildung notwendig, die spezielle soziotherapeutische Fertigkeiten trainiert.

Im Grundsatzpapier der DKG vom 11. Dezember 1973 ist ein Bildungsgang vorgeschlagen, der diese Bedingungen erfüllen kann. Im dritten Jahr der Grundausbildung kann danach Psychiatrie als Schwerpunktgebiet gewählt werden. Diese Krankenpflegeausbildung bietet die Möglichkeit, die notwendigen Fertigkeiten und Einstellungen an die Personengruppe zu vermitteln, die kontakt- und patientenorientiert zur Ausbildung kommt und bisher nur zu oft nach kurzer Zeit den Rückzug an den Schreibtisch oder die Abwanderung in ein anderes Krankenpflegefach als einzige Möglichkeit ansieht, den psychiatrischen Patienten „los zu sein".

8.3.2 Weiterbildung

Für Schwestern und Pfleger, die nach Abschluß ihrer Ausbildung als Stationsschwestern/-pfleger stilbildend auf Schüler einwirken, sind Weiterbildungsmöglichkeiten nach den Richtlinien der DKG vom 11. Dezember 1973 anzustreben. Mit diesem Bildungsgang können besonders verantwortungsvolle Aufgaben selbständig von derart ausgebildeten Fachkrankenschwerstern/-pflegern durchgeführt werden (vgl. 11.4 Lernzielkatalog, S. 254).

Dabei müssen die Weiterbildungsmaßnahmen an bestimmte berufliche und materielle *Gratifikationen* gebunden sein, wie sie z. B. schon im 24. Tarifänderungsvertrag zum BAT für angestellte Krankenschwestern/-pfleger festgelegt sind; für verbeamtete Schwestern und Pfleger müßte eine entsprechende Zulage ermöglicht werden. Daß hier ein Umdenken vom Laufbahndenken in eine „funktionsgebundene Allokation" stattfinden muß, soll an dieser Stelle ausdrücklich hervorgehoben werden. Der „Luxuscharakter" einer Weiterbildung kann am sichersten durch derartige Anreize langsam beseitigt werden.

Die kurrikularen Vorarbeiten einer so gearteten Weiterbildung liegen bereits vor. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist zur Durchsetzung folgendes zu fordern:

— Laufende Informationen in allen Zeitschriften der Krankenpflege über bestehende und geplante Weiterbildungsmöglichkeiten,

— Regionale Zusammenschlüsse von Krankenanstalten zu dem Zweck, Weiterbildunglehrgänge zu schaffen (siehe DKG-Richtlinien),

— Vorbereitung und Unterstützung der Maßnahmen durch Schaffung einer Filmdokumentation zur Unterrichtsunterstützung: Projekt „Filmmaterial zur Weiterbildung zur Psychiatrischen Fachschwester/-pfleger".

8.4 Bildungsmaßnahmen im Bereich der Krankenpflegehilfen

Die Gruppe der einjährig oder kürzer Ausgebildeten in der Psychiatrie ist inhomogen hinsichtlich Alter, beruflicher Biographie, Laufbahnwünschen und Lernfähigkeit.

Sie setzt sich zusammen aus der Gruppe,

— die eine dreijährige Ausbildung abgebrochen haben,

— von Frauen und Männern, die einen therapeutischen Zweitberuf nach anderen beruflichen Tätigkeiten in einem höheren Lebensalter ohne längere Ausbildung beginnen wollen, u. U. neben der Fortführung von Haushalt oder Landwirtschaft,

— der Ausländer und Ersatzdienstleistenden, die in der vorliegenden Untersuchung nicht ausführlich berücksichtigt wurde.

Die Situation dieser Berufsgruppe ist gekennzeichnet durch schlechtere Aufstiegschancen und schlechtere Bezahlung (im Höchstfall KR 3) gegenüber den Examinierten — bei einem Tätigkeitsfeld, das jedenfalls von der Helfergruppe selbst als im wesentlichen gleichartig mit dem der Examinierten gesehen wird. Die Haltung, die sich in dieser Gruppe vorherrschend zeigte, läßt sich am ehesten mit Apathie kennzeichnen.

Im Sektor der Krankenpflegehilfe schlagen wir daher gezielte Bildungsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen vor:

8.4.1 Psychiatriespezifische Grundausbildung für Krankenpfleger

In der vorliegenden Untersuchung bezeichnen die Krankenpflegehelfer Beaufsichtigung des Patienten als ihre Hauptaufgabe, während der therapieorientierte Umgang mit dem Patienten nur sehr wenig Bedeutung für sie besitzt.

Der Umgang mit dem Patienten, nicht seine isolierende Verwaltung, ist aber die Verhaltensorientierung, die in einer patientenorientierten Psychiatrie gefordert ist. Sie setzt erlernbare Fertigkeiten, Einstellungen und Kenntnisse voraus.

Zur Verwirklichung dieser Forderungen schlagen wir die *psychiatriespezifische Grundausbildung für Pflegehelfer* vor.

Diese einjährige Ausbildung wird u. a. empfohlen, um die Arbeitsmarktlage mit Kapazitäten bei erwachsenen verheirateten Frauen zu nutzen. Bei dieser Personengruppe wird aus familiären Gründen bei der Arbeitsaufnahme bereits ein *bestimmtes* Krankenhaus als Arbeitsplatz angestrebt.

Mobilität in die allgemeinen Krankenpflege hinein ist von dieser Gruppe nicht zu erwarten. Meist ist sie nicht gewillt, eine relativ lange Ausbildung in höherem Lebensalter zu absolvieren.

Daher ist an der bisherigen Ausbildungszeit von nur einem Jahr festzuhalten, diesen Zeitraum aber besser als bisher für eine möglichst praxisrelevante Ausbildung zu nutzen, die damit stärker als bisher psychiatriebezogen sein muß (vgl. 11.5 Ausbildungsziele).

Die gesetzlichen Voraussetzungen für den Heilhilfsberuf des psychiatrischen Krankenpflegehelfers sollen geschaffen werden.

8.4.2 Weiterbildung für Krankenpflegehelfer

Die Durchlässigkeit des bisherigen Bildungsabschlusses „Krankenpflegehelfer" zum staatlich anerkannten Krankenpfleger ist im Grundsatzpapier der DKG gefordert und wird durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterstrichen.

Für einen Teil der Pflegehelfer können berufsqualifizierende Lehrgänge die Laufbahnmöglichkeiten des Krankenpflegers eröffnen und so für interessierte Helfer den Krankenpfleger/-schwester über den „zweiten Bildungsweg" ermöglichen. Die entsprechenden Schritte für die Durchführung solcher Übergangsmaßnahmen sind zu planen.

Nur vielfältige Maßnahmen zur Veränderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, verbunden mit Öffentlichkeitsarbeit, können langfristig die therapeutische Berufsorientierung und das Image des psychiatrischen Pflegepersonals verbessern. Dabei müssen die soziotherapeutischen Behandlungsformen und die zugehörigen Einstellungen wie Respekt und Anteilnahme im Mittelpunkt der Bildungsmaßnahmen stehen.

9 Zusammenfassung

Ziel der Untersuchung war es:

1. eine Bestandsaufnahme über die Qualität der Ausbildung zu liefern, wie sie die Pflegepersonen besitzen, die heute in der Psychiatrie tätig sind,
2. deren Berufskonzeption zu ermitteln und
3. Informationen über Fort- und Weiterbildungsangebote zu gewinnen, soweit sie im Bewußtsein des Pflegepersonals präsent waren.

Zu diesem Zweck wurden Pflegepersonen, Krankenpflegeschulen und Verwaltungen mit geeigneten *Fragebögen*, die entwickelt und vorgetestet worden waren, befragt. Der schriftlichen Befragung — mit getrennten Fragebögen für Examinierte, Krankenpflegehelfer und Schüler — gingen *Gruppengespräche* voraus (Materialsammlung). Nach Abschluß der schriftlichen Befragung wurde durch Gruppengespräche nochmals die spezielle Problematik einer Ausbildungsstufe, nämlich der Helfergruppe, geklärt.

Die Entscheidung über die *Auswahl der Stichprobe* für die schriftliche Befragung fiel aus organisatorischen Gründen auf das Bundesland Hessen, nach-

dem sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben hatten, daß sich die Strukturdaten von Hessen wesentlich von denen eines anderen Flächenlandes der Bundesrepublik Deutschland unterschieden.

An der schriftlichen Befragung nahmen 599 Pflegepersonen aus 17 hessischen psychiatrischen Einrichtungen verschiedener Trägerschaft, Größe (gemessen an Bettenanzahl) und regionaler Lage teil.

Die Beantwortung der schriftlich formulierten Fragen geschah am jeweiligen Befragungstag in den psychiatrischen Einrichtungen in *fluktuierender Gruppensituation* unter Anleitung von je zwei Untersuchungsleitern.

Die Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich Geschlecht und Ausbildungsniveau entsprach im wesentlichen der Situation im Bundesland Hessen sowie auch derjenigen in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt, so daß hinsichtlich der Repräsentativität der Ergebnisse kaum wesentliche Einschränkungen gemacht werden müssen.

Die *Ergebnisse der schriftlichen Befragung* wurden nach soziodemographischen Merkmalen und Strukturdaten aufgeschlüsselt und ausgewertet. Dabei zeigte sich folgendes:

— Mehr als die Hälfte aller Befragten hatte *berufliche Tätigkeiten vor der psychiatrischen Krankenpflege* ausgeübt, die zumeist keinerlei Bezug zum pflegerisch-ärztlichen Bereich hatten (vgl. Hemprich und Kisker); daraus kann der Schluß gezogen werden, daß der Krankenpflegeberuf in der Psychiatrie kein bewußt angestrebter oder primär gewünschter Beruf für diese Gruppe ist. Als ein Index für die *Berufsunzufriedenheit* des psychiatrischen Pflegepersonals kann das Resultat gelten, daß sich mehr als die Hälfte aller Befragten bei einer Beratung über den psychiatrischen Pflegeberuf jeder Stellungnahme enthalten würden oder sogar abraten.

— Ihre *Hauptaufgabe in der psychiatrischen Krankenpflege* sehen die Befragten in der „Ausführung medizinischer Maßnahmen" und in der „Beaufsichtigung von Patienten". Wenngleich angegeben wird, daß moderne Therapieformen in der Ausbildung nicht ausreichend besprochen worden seien, hatte dieser Bereich doch im Bewußtsein der Befragten keine große Bedeutung, so daß er nicht als ein wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Krankenpflege empfunden wurde. Vielmehr erscheint er mit an letzter Stelle der Rangliste.

  Dem entspricht auch, daß bei der *Einführung moderner Umgangs- und Therapieformen* (z. B. eigene Kleidung, freier Postverkehr und soziotherapeutische Maßnahmen) ein Viertel aller Befragten unzumutbare Schwierigkeiten für das Pflegepersonal sahen.

— Die *tägliche Arbeit im psychiatrischen Pflegeberuf* bestand derzeit hauptsächlich aus „Beaufsichtigung von Patienten", „Ausführung medizinischer Maßnahmen", „Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf Station sowie Hausarbeit" — letzteres wurde fast ausschließlich von der Schülergruppe ausgeführt.

  Der *direkte Umgang mit dem Patienten,* sei es bei der Haushaltsführung oder bei Spielen, Sport, Gruppenaktivitäten oder Gesprächen, der als wesentliche psychiatrisch-pflegerische Tätigkeit anzusehen ist, stand an letzter Stelle der Rangliste.

  Dabei ist hervorzuheben, daß unter den Pflegepersonen die *Schüler* den „Umgang mit dem Patienten" zwar selten, aber doch häufiger als ältere Berufskollegen für wichtig erachteten. *Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, daß diese anfängliche Kontaktbereitschaft der Schüler innerhalb der Ausbildungszeit nicht systematisch gefördert und therapeutisch nutzbar gemacht wird, sondern verkümmert und mit zunehmendem Dienstalter abnimmt.* Der Einsatz der Schüler zu Putzarbeiten in erheblichem Ausmaß ist — ebenso wie die vorherrschende Tätigkeit der bereits Ausgebildeten, nämlich „die Beaufsichtigung der Patienten" — keine aktiv therapeutische Tätigkeit, sondern steht für die Berufskonzeption der psychiatrischen Pflegepersonen als „aufsichtsführendes Ordnungsorgan" (Koester).

— Stations- oder Fallbesprechungen als bewährte Form der *Vermittlung von Theorie und Praxis, fanden nicht einmal für die Hälfte aller Befragten statt;* regelmäßige Informationen über Patienten holten und erhielten Ärzte hauptsächlich von examinierten Schwestern und Pflegern.

— Um einen Überblick über den allgemeinen Grad der Desinformiertheit hinsichtlich des Informationsaustausches im Rahmen der täglichen Arbeitssituation sowie über Fortbildungsmöglichkeiten der Befragten zu erhalten, wurde ein *Desinformiertheitsindex* aus den zentralen Fragen zusammengestellt, aus dem hervorgeht, daß *die Helfer mit Abstand am schlechtesten informiert* waren, dann die Schüler folgten; die Examinierten waren am besten informiert.

— Diese Desinformiertheit zeigt sich auch darin, daß über *Weiterbildungsmöglichkeiten* im Sinne psychiatrischer Zusatzausbildung drei Viertel aller Befragten keine Kenntnisse besaßen, nur 8 % der Befragten hatten diesbezüglich konkrete Pläne und nur 7 % hatten bereits eine psychiatrische Zusatzausbildung durchlaufen.

  Hauptanreiz zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen war eine selbständigere und verantwortungsvollere Tätigkeit. Hinderungsgrund waren vor allem Verpflichtungen gegenüber der Familie. Günstige organisatorische Voraussetzung zur Teilnahme wäre die Durchführung von Unterricht und Praktikum am Ort.

— Nur ein Drittel aller Befragten hatte bisher an *Fortbildungsveranstaltungen* wie Filmveranstaltungen und Vorträgen jemals teilgenommen. Praktische Fortbildungsveranstaltungen (wie z. B. Austausch von Beobachtungen verschiedener Berufsgruppen und regelmäßige Fallbesprechung) sowie Fachbücher und Fachzeitschriften gab es für zwei Drittel aller Befragten — ihren eigenen Angaben zufolge — nicht.

Über Fortbildungsmaßnahmen außerhalb des eigenen Krankenhauses besaßen zwei Drittel aller Befragten keinerlei Informationen und vier Fünftel hatten noch nie daran teilgenommen. Die Haltung gegenüber der Fortbildung war insgesamt — bedingt durch die geringen Angebote seitens der Institutionen und den niedrigen Informiertheitsgrad der Pflegepersonen — eher gleichgültig; es wurde nur selten und auch dann nur teilweise positiv über Fortbildung gesprochen.

Die *Krankenpflegeschulen* waren für den Bereich der Fortbildung wenig initiativ; vielmehr beschränkten sie sich auf die Ausbildung der Schüler. Die Krankenpflegeschulen führten sämtlich zum Staatsexamen in der Krankenpflege (dreijährige Ausbildung). Verwaltungseigene Ausbildungsgänge bestanden in Hessen nicht.

Eine Verselbständigung der Schulen wurde als dringendes Bedürfnis geäußert.

Eine *Gruppierung der Ergebnisse* nach Geschlecht und Familienstand der Befragten ergab keine charakteristischen Besonderheiten (vgl. auch Moll). Dagegen erschienen *Lebensalter, Beschäftigungsdauer am Krankenhaus* und *Art der Schulbildung* bedeutsamer:

— *Ältere und länger am Krankenhaus beschäftigte Pflegepersonen hatten eine andersartige Berufskonzeption als jüngere:* die Älteren zogen sich auf Gebiete zurück, in denen sie ausreichende Kenntnisse hatten (Ausführung medizinischer Maßnahmen) und entwickelten eine Art professionelles Selbstbewußtsein, bzw. eine Kompetenzsicherheit, die es ihnen ermöglichte, gegenüber Neuerungen weniger Widerstände zu äußern, die sie jedoch andererseits nicht motiviert sein ließ, selbst an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen teilzunehmen, um so ihre beruflichen Kenntnisse zu erweitern.

  Daraus entstand für die Jüngeren, kürzer am Krankenhaus Beschäftigten (und zugleich besser Ausgebildeten) die Gefahr, daß sie sich im Laufe ihrer Berufstätigkeit an die Auffassungen der Dienstälteren und Vorgesetzten anpaßten und auf diese Weise notwendige Neuerungen in den Methoden im Umgang mit Patienten verhindert wurden (vgl. Kukla).

— *Ebenso beeinflußt die Art der Schulbildung die Sichtweise des eigenen Berufsbildes:* Pflegepersonen mit höherer Schulbildung (mittlerer Reife und Abitur) sahen ihre Hauptaufgaben wesentlich stärker in der Ausübung moderner Umgangs- und Therapierformen und kamen somit einer Konzeption des Pflegepersonals als therapeutische Mitarbeiter erheblich näher als Pflegepersonen mit Volksschulabschluß.

— *Bei der Schülergruppe speziell hatte das Ausbildungsziel wesentlichen Einfluß auf die Einstellung zum psychiatrischen Pflegeberuf:* Schüler der dreijährigen Ausbildung waren insgesamt besser informiert, hatten mehr Fortbildungspläne und eine positivere Sicht des eigenen Berufsbildes als Schüler der einjährigen Ausbildung, bei denen sich schon während der Ausbildungszeit dieselben Haltungen abzeichneten wie bei ihrer zukünftigen Berufsgruppe, der Helfergruppe: Desinformiertheit, Unfähigkeit zur realistischen Beurteilungen der eigenen Situation und Resignation.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, daß die *Ausbildung des Pflegepersonals zum therapeutischen Mitarbeiter* unzureichend ist. Von der Ausbildung der Pflegepersonen zum gegenwärtigen Zeitpunkt und für die absehbare Zukunft ist kein positiver Einfluß auf die tägliche Arbeit und die gesamte Berufskonzeption zu erwarten. Bestenfalls sind Ansätze zu entsprechenden Bedürfnisstrukturen bei denjenigen Pflegepersonen zu erkennen, die sich noch in der Ausbildung oder am Beginn ihrer Berufstätigkeit befinden; diese schwinden jedoch mit wachsender Beschäftigungsdauer am Krankenhaus. Mögliche Korrekturen oder Ergänzungen in den Kenntnissen durch eine ausreichende Vermittlung von Theorie und Praxis in Form von Stationsbesprechungen und regelmäßigem, selbstverständlichem Informationsfluß zwischen Ärzten und Pflegepersonal sind nach den vorliegenden Ergebnissen kaum gegeben. Eine Erweiterung der Kenntnisse und eine Veränderung der Einstellungen durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist nur möglich, wenn einerseits die Angebote von seiten der Institutionen wesentlich vermehrt werden, wenn sie thematisch praxisbezogen und relevant und günstig organisiert sind, andererseits die Pflegepersonen selbst mehr Interesse an den fehlenden und den existierenden Angeboten zeigen und mehr eigene Wünsche und Vorschläge zur Verbesserung äußern.

Insgesamt machen die vorliegenden Ergebnisse die Notwendigkeiten zu Veränderungen im Bereich der Ausbildung, in ganz besonderem Maße der praktischen Ausbildung, aber auch in der Fort- und Weiterbildung für älteres Pflegepersonal sehr deutlich. Diese Bildungsmaßnahmen müssen auf die Praxis, d. h. auf die konkreten Tätigkeiten im Stationsbetrieb bezogen sein, sie müssen thematisch interessant und in verständlicher Form dargeboten und für alle Pflegepersonen zugänglich sein. Im Sinne einer Bereitschaft zu eigenem innovativem Verhalten werden sie darüber hinaus *nur wirksam* sein können, *wenn sie an die realen Alltagserfahrungen der Zielgruppe anknüpfen und den instrumentellen Wert angestrebter und propagierter Neuerungen für die Bewältigung von Problemen des beruflichen Alltags belegen können.* Nur in einer so gearteten Vorgehensweise liegt die Chance, das Sicherheitsgefühl professioneller Kompetenz (der älteren Examinierten) wie auch Resignation und Desinteresse (der Krankenpflegehelfer i. w. S.) mit einiger Aussicht auf Erfolg zu unterlaufen bzw. zu durchbrechen.

Geeignete Schritte, um das Image psychiatrischer Pflegepersonen zu verbessern und damit langfristig auch Mitarbeiter für diesen Beruf zu motivieren, müssen mit einer zunächst weitgehend desinformierten, initiative-armen und resignierten, berufsunzufriedenen Gruppe rechnen. Diese Gruppe ist oft enttäuscht und überfordert von der alltäglichen Arbeitssituation. Konkrete Schritte zur Verbesserung der

Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen im Zusammenhang mit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung geplant werden und lassen sich folgendermaßen zusammenfassen (siehe Kp. 8, S. 222 ff.):

— Für eine kleine Gruppe von Pflegepersonen, die eine psychiatrische Weiterbildung und damit eine selbständigere und verantwortungsvollere Tätigkeit wünscht, sollen *Weiterbildungsmöglichkeiten* angeboten werden, und zwar nach den Richtlinien der DKG vom 11. Dezember 1973. Es ist anzustreben, daß mindestens jedes Bundesland eine Weiterbildungseinrichtung zur Fachschwester/-pfleger für Psychiatrie hat.

— Der *Schülerstatus* in der Krankenpflege (Ausbildungsplatz) ist rechtlich durchzusetzen. Die Psychiatrie kann es sich nicht leisten, daß Schüler durch falsche Arbeitseinteilung zu Stationshilfen werden und ihre ursprüngliche Motivation zur psychiatrischen Krankenpflege verlieren. *Die Bedeutung der praktischen Ausbildung und damit der praktischen Anleitung am Einsatzplatz kann nicht genügend hervorgehoben werden.*

— *Das Ausbildungsangebot im Lehrplan der allgemeinen Krankenpflege ist für die Psychiatrie ungenügend.* Es ist daher dringend zu empfehlen, die psychiatrieorientierte Grundausbildung nach den Grundsätzen der DKG vom 11. Dezember 1973 zu ermöglichen und die gesetzlichen und kurrikularen Voraussetzungen dafür zu schaffen.

— *Fortbildung* ist als fest integrierter Bestandteil der therapeutischen Arbeit, auch für die älteren Mitarbeiter, praxisbezogen und obligatorisch durchzuführen.

— *Eine psychiatriespezifische einjährige Ausbildung zum Krankenpflegehelfer* ist zu planen. Die gesetzlichen Voraussetzungen dafür sind zu schaffen.

— Voraussetzung für vielfältige Maßnahmen ist die *Bereitstellung von Unterrichtsmaterial,* insbesondere von Filmen zu Themen psychiatrischer Krankenpflege. Ein Projekt „Filmmaterial für psychiatrische Krankenpflegeausbildung" wird vorgeschlagen, um die mangelnde Kapazität an Ausbildern in diesem Bereich zu überbrücken.

Dabei bleibt das Fernziel dieser Bildungsmaßnahmen größere berufliche Kompetenz, aber auch größere Attraktivität psychiatrischer Pflegeberufe. Nur durch laufbahnrelevante Bildungsmaßnahmen kann der (die) Pfleger(Schwester) in der Psychiatrie in Zukunft die Erwartungen erfüllen, die er an sich selbst stellt als Schüler und die in erhöhtem Maße der Patient an ihn stellt: Dabeisein und nicht nur aufpassen.

10 Tabellen

A. Strukturdaten der psychiatrischen Einrichtungen

A/1 Pflegepersonen in psychiatrischen Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland

A/2 Pflegepersonen in psychiatrischen Einrichtungen Hessens

A/3 Pflegepersonen in psychiatrischen Einrichtungen der Stichprobe Hessens

A/4 Psychiatrische Einrichtungen in Hessen

A/5 Strukturdaten der aufgesuchten Krankenpflegeschulen

A/6 Schüler in der Stichprobe Hessens, im Bundesland Hessen und in der Bundesrepublik Deutschland

B. Befragung der psychiatrischen Pflegepersonen

B/1 Verhältnis der befragten Pflegepersonen zu Anzahl aller am Befragungstag anwesenden Pflegepersonen, Anzahl der Pflegepersonen der gesamten Zielgruppe sowie aller Pflegepersonen Hessens und der Bundesrepublik Deutschland

B/2 Prozentualer Anteil der befragten Pflegepersonen von allen am Befragungstag anwesenden Pflegepersonen, allen Pflegepersonen der Zielgruppe, von Hessen, von der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A/1

Pflegepersonen in psychiatrischen Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland nach Trägern der Einrichtungen, Ausbildungsgrad und Geschlecht der Pflegepersonen

Art der Ausbildung	Pflegepersonen insgesamt		davon in ... Krankenhäusern						davon Ausländer	
			öffentlich		freigemeinnützig		privat			
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
3jährige Ausbildung	5805	5590	5275	4370	482	1004	48	216	14	110
1jährige Ausbildung	1432	2738	1111	2056	273	481	48	201	17	263
ohne staatliche Prüfung	2326	4420	1389	2847	883	1317	54	256	44	95
Schüler der 3jährigen Ausbildung	1376	1725	1276	1636	92	65	8	24	13	72
Schüler der 1jährigen Ausbildung	317	457	230	320	82	116	5	21	6	10
Σ:	11256	14930	9281	11229	1812	2983	163	718	94	550
	26186		**20510**		**4795**		**881**		**644**	

Angaben: Statistisches Bundesamt, Stand Dezember 1971

Tabelle A/2

Pflegepersonen in psychiatrischen Einrichtungen Hessens nach Trägern der Einrichtungen, Geschlecht und Ausbildungsgrad der Pflegepersonen

Ausbildungsgrad	Pflegepersonen insgesamt		davon in ... Krankenhäusern						davon Ausländer	
			öffentlich		freigemeinnützig		privat			
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
3jährige Ausbildung	462	398	447	311	15	71	—	16	2	18
1jährige Ausbildung	229	325	220	301	7	17	2	7	7	109
ohne Ausbildung	85	283	53	177	31	100	1	6	3	12
Schüler 3jährige Ausbildung	133	171	132	171	1	—	—	—	1	3
Schüler 1jährige Ausbildung	82	94	82	78	—	16	—	—	5	5
Σ:	991	1271	934	1038	54	204	3	29	18	147
	2262		**1972**		**258**		**32**		**165**	

Angaben: Statistisches Bundesamt, Stand Dezember 1971

Tabelle A/3

Pflegepersonen in den psychiatrischen Einrichtungen in der Stichprobe Hessens nach Trägern der Einrichtungen, Geschlecht und Ausbildungsgrad der Pflegepersonen *)

Träger	Pflegepersonen insgesamt		Ausbildungsgrad der Pflegepersonen							
			3jährige Ausbildung		Ausbildung bis 1 Jahr		keine Ausbildung		Schüler der 1- und 3jähr. Ausbildung	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Landeswohlfahrtsverband	556	754	177	234	188	298	46	39	145	183
privat	19	139	8	73	7	36	4	30	—	—
kommunal	6	44	4	27	—	4	1	9	1	4
Universität	83	136	39	92	14	27	24	14	6	3
Σ:	664	1 073	228	426	209	365	75	92	152	190
	1 737		**654**		**574**		**167**		**342**	

*) mit Ausländern und Ersatzdienstleistenden, Angaben: Feldarbeit, Juni bis Oktober 1973

Tabelle A/4

Psychiatrische Einrichtungen Hessens

Name der Einrichtung	Bettenzahl		in der Krankenpflege tätiges Personal							Summe aller Pflegekräfte
			Examinierte		Helfer			Schüler		
	insgesamt	davon psychiatrisch	insgesamt	davon Ausländer	insgesamt	davon Psychiatrie	davon Ausländer	insgesamt	davon Ausländer	
1 PLK Hadamar	552	552	90	—	9	9	—	19	—	118
2 PLK Heppenheim	566	566	85	10	—	—	—	71	—	156
3 PLK Marburg	591	591	100	—	30	24	—	29	—	159
4 PLK Gießen	699	699	129	6	36	36	—	35	—	200
5 PLK Haina	722	722	136	—	—	—	—	39	—	175
6 PLK Eichberg	727	727	136	20	13	—	13	32	4	181
7 PLK Herborn	845	845	175	—	18	17	—	52	—	245
8 PLK Weilmünster	965	965	193	32	19	8	—	62	—	274
9 PLK Goddelau	1 231	1 231	107	26	65	65	2	61	9	233
10 PLK Köppern	334	334	56	7	5	—	1	21	—	82
11 PLK Meißnerheilstätte	92	92	5	—	3	—	—	—	—	8
12 PLK Merxhausen	516	516	76	27	50	42	—	50	—	176
13 Städtisches Krankenhaus Ffm-Höchst	1 066	70	18	5	4	4	3	3	—	25
14 Klinik der Landeshauptstadt Wiesbaden	1 195	28	13	4	10	10	—	2	—	25
15 Neurologische Klinik Bad Homburg	112	112	11	3	—	—	—	—	—	11
16 L.-Noll-Krankenhaus Kassel	94	38	3	2	4	—	—	—	—	7
17 Anstalt Hephata Treysa	692	692	31	—	70	—	—	—	—	101
18 Fischerhof Büdingen	80	80	4	—	—	—	—	—	—	4
19 St. Valentinushaus Kiedrich	262	262	29	1	36	3	3	7	1	72

Tabelle A/3

davon Ausländer						Bettenzahl insgesamt
3jährige Ausbildung		ohne Ausbildung bis 1 Jahr		Schüler der 1- und 3jähr. Ausbildung		
m	w	m	w	m	w	
3	10	43	79	1	3	5 010
—	9	—	13	—	—	755
—	9	—	3	—	—	125
5	22	4	8	—	—	488
8	50	47	103	1	3	6 378
58		**150**		**4**		

Tabelle A/4

Name der Einrichtung	Bettenzahl		in der Krankenpflege tätiges Personal							Summe aller Pflegekräfte
			Examinierte		Helfer			Schüler		
	insgesamt	davon psychiatrisch	insgesamt	davon Ausländer	insgesamt	davon Psychiatrie	davon Ausländer	insgesamt	davon Ausländer	
20 Sanatorium Schwab Nauheim	12	12	1	—	—	—	—	—	—	1
21 Malertshof Burghaun	22	22	—	—	2	2	—	—	—	2
22 Falkenhof Bensheim	34	34	2	—	5	5	—	—	—	7
23 Burgwald Nieder-Beerbach	42	42	2	—	2	2	—	—	—	4
24 Dickhaut Bad Nauheim	52	52	9	1	1	1	—	—	—	10
25 Riebusch Bad Soden	66	66	6	—	6	6	—	—	—	12
26 Schulze-Kahleyss Hofheim	90	90	9	—	—	—	—	—	—	9
27 Hohe Mark Oberursel	260	260	42	2	—	5	—	—	—	47
28 Amelung Königstein	85	45	12	—	—	—	—	—	—	12
29 Neurologische und Nachtklinik Universität Gießen	105	105	68	3	—	—	—	—	—	68
30 Psychosomatische Klinik der Universität Gießen	10	10	2	—	3	3	—	1	—	6
31 Neurologische Klinik der Universität Gießen	68	68	35	3	—	—	—	—	—	35
32 Psychiatrische und Neurologische Klinik Universität Frankfurt	434	264	94	25	40	39	15	14	—	148
33 Psychiatrische und Nervenklinik Universität Marburg a. d. Lahn	194	194	61	—	34	34	1	16	—	111
Σ:	12 815	10 386	1 740	177	465	315	38	514	14	2 724

Angaben: Statistisches Landesamt, Wiesbaden. Stand Dezember 1971.

Tabelle A/5

Strukturdaten der aufgesuchten Krankenpflegeschulen

Name der Einrichtung	Bettenzahl	Pflegepersonen insgesamt	davon Schüler, einjährige Ausbildung					Schüler, dreijährige Ausbildung				
								1. Ausbildungsjahr				
			m	davon länder Aus-	w	davon Ausländer	Summe	m	davon Ausländer	w	davon Ausländer	Summe
Merxhausen	667	207	3	—	5	1	8	4	—	13	1	17
Haina	810	173	9	—	3	—	12	—	—	—	—	—
Weilmünster	960	263	4	—	13	—	17	5	—	6	—	11
Köppern	369	89	10	2	6	1	16	—	—	—	—	—
Goddelau	1 304	301	6	—	5	1	11	4	—	8	—	12
Herborn	900	280	13	—	17	—	30	1	—	7	—	8
	(5 010)	(1 313)	(45)	(2)	(49)	(3)	(94)	(14)	(0)	(34)	(1)	(48)
Hephata	90	39	6	—	6	—	12	—	—	—	—	—
Ffm-Höchst	70	25	1	—	7	1	8	3	—	12	—	15
Kliniken Wiesbaden	55	25	—	—	—	—	—	4	—	13	3	17
Univ. Marburg	194	111	14	—	3	—	17	17	1	22	1	39
Univ. Frankfurt/Main	294	108	—	—	—	—	—	12	—	—	—	12
insgesamt	(5 713)	(1 621)					(131)					(131)

Angaben: Feldarbeit Juni bis Oktober 1973

Tabelle A/5

Schüler, dreijährige Ausbildung										Summe 3jährige Ausbildung	Summe aller Schüler der ein- und dreijährigen Ausbildung	Anzahl von Unterrichtspersonal	
2. Ausbildungsjahr					3. Ausbildungsjahr								
m	davon Ausländer	w	davon Ausländer	Summe	m	davon Ausländer	w	davon Ausländer	Summe			m	w
6	—	12	—	18	3	—	8	—	11	46	54	2	2
—	—	—	—	—	15	—	2	—	17	17	29	1	—
16	—	2	—	18	4	—	2	—	6	35	52	1	1
3	—	5	—	8	5	—	6	—	11	19	35	1	—
5	1	2	—	7	7	—	1	—	8	27	48	2	—
4	—	9	—	13	7	—	17	—	24	45	75	—	3
(34)	(1)	(30)	(0)	(64)	(41)	(0)	(36)	(0)	(77)	(189)	(293)	(7)	(6)
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	1	—
3	—	14	1	17	—	—	15	2	15	47	55	1	5
4	—	19	2	23	5	1	23	—	28	68	68	—	3
13	—	43	2	56	11	—	56	4	67	162	179	2	6
25	—	—	—	—	6	—	—	—	6	33	33	1	—
				(160)					(193)	(499)	(640)	(12)	(20)

Tabelle A/6

Schüler in der Stichprobe Hessens, im Bundesland Hessen und in der Bundesrepublik Deutschland nach Geschlecht und Art der Ausbildung

Gruppe	1jährige Ausbildung			3jährige Ausbildung			Summe aller Schüler	davon ausländische Schüler 1- und 3jährige Ausbildung		
	m	w	Summe	m	w	Summe		m	w	Summe
Schüler in den besuchten LWV-Häusern der Stichprobe Hessens	45	49	94	89	100	189	283	3	4	7
Schüler im Bundesland Hessen *)	82	94	176	133	171	304	480	6	8	14
Schüler in der Bundesrepublik Deutschland *)	317	457	774	1 376	1 725	3 101	3 875	19	82	101

*) Angaben: Statistisches Bundesamt, Stand Dezember 1971.

Tabelle B/1

Verhältnis der Anzahl der befragten Pflegepersonen zu: Anzahl aller am Befragungstag anwesenden Pflegepersonen, Anzahl der Pflegepersonen der gesamten Zielgruppe sowie aller Pflegepersonen Hessens und der Bundesrepublik Deutschland

	Examinierte			Helfer			Schüler			Σ
	m	w	Summe	m	w	Summe	m	w	Summe	
Pflegepersonen der 17 psychiatrischen Einrichtungen, die an Befragung *teilnahmen* *)	122	141	263	75	112	187	66	83	149	599
Pflegepersonen der 17 psychiatrischen Einrichtungen, die am Befragungstag *anwesend* waren *)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	739
Pflegepersonen insgesamt an den *17 psychiatrischen Einrichtungen*)	280	319	599	237	354	591	151	187	338	1 528
Pflegepersonen insgesamt an allen *hessischen* psychiatrischen Einrichtungen*)	460	380	840	304	487	791	209	257	466	2 097
Pflegepersonen insgesamt in allen psychiatrischen Einrichtungen der *Bundesrepublik Deutschland* *) [1]	5 791	5 480	11 271	3 697	6 800	10 497	1 674	2 100	3 774	25 542

*) ohne Ausländer
[1]) Angaben: Statistisches Bundesamt, Stand Dezember 1971

Tabelle B/2

Prozentualer Anteil der befragten Pflegepersonen von: allen am Befragungstag anwesenden Pflegepersonen, allen Pflegepersonen der Zielgruppe, von Hessen, von der Bundesrepublik Deutschland

Gruppe	Befragte Pflegepersonen	Anwesende Pflegepersonen am Befragungstag	Pflegepersonen aller 17 psychiatrischen Einrichtungen	Pflegepersonen insgesamt aller hessischen psychiatrischen Einrichtungen	Pflegepersonen insgesamt aller psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland
Befragte Pflegepersonen	N = 599 *)	*81,05 %*	*39,20 %*	*28,56 %*	*2,34 %*
Anwesende Pflegepersonen am Befragungstag	*81,05 %*	N = 739 *)	*48,36 %*	*35,24 %*	*2,89 %*
Pflegepersonen aller 17 psychiatrischen Einrichtungen	*39,20 %*	*48,36 %*	N = 1 528 *)	*72,86 %*	*5,98 %*
Pflegepersonen insgesamt aller hessischen psychiatrischen Einrichtungen [1])	*28,56 %*	*35,24 %*	*72,86 %*	N = 2097 *)	*8,21 %*
Pflegepersonen insgesamt aller psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland [1])	*2,34 %*	*2,89 %*	*5,98 %*	*8,21 %*	N = 25542 *)

*) ohne Ausländer, mit EDL
[1]) Angaben: Statistisches Bundesamt, Stand Dezember 1971

11 Anhang

11.1 Fragebogen für Examinierte, Helfer, Schüler
11.2 Fragebogen für Unterrichtsschwestern, -pfleger
11.3 Fragebogen für die Verwaltung
11.4 Lernzielkatalog: Fachschwester, -pfleger für Psychiatrie
11.5 Lernzielkatalog: Psychiatrische Krankenpflegehelfer

11.1 Fragebogen für Examinierte

Lesen Sie bitte die einzelnen Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie das an, was für Sie zutrifft. Es ist besonders wichtig, daß keine Frage ausgelassen wird. Die Fragen sind so formuliert, daß Sie immer eine Angabe machen können; und wenn Sie z. B. über ein Problem nicht informiert sind, dann kreuzen Sie bitte „weiß ich nicht" an, usw. Bei Unklarheiten fragen Sie bitte einen der Untersuchungsleiter. Namen nicht vermerken — und nun viel Spaß!

1. Kennzeichnen Sie bitte als erstes Ihre jetzige Tätigkeit:
   a) Stationsdienst ..... ○
   b) Unterrichtsschwester/-pfleger ..... ○
   c) Dauernachtwache ..... ○
   d) Beschäftigungstherapie ..... ○
   e) Ambulanz ..... ○
   f) Arbeitstherapie ..... ○
   g) andere Tätigkeit, welche? .....
   .....

2. Handelt es sich dabei um eine:
   a) offene Abteilung ..... ○
   b) halboffene Abteilung ..... ○
   c) geschlossene Abteilung ..... ○
   d) keine der genannten Abteilungen ..... ○

3. In welcher Art von Dienstverhältnis stehen Sie?
   a) Beamter(tin) ..... ○
   b) Angestellte(r) ..... ○
   c) Arbeiter(in) ..... ○

4. Seit wann arbeiten Sie in diesem Krankenhaus? Seit 19....

5. Auf welchen Abteilungen haben Sie in diesem Krankenhaus bisher gearbeitet (einschließlich Ausbildungszeit und jetziger Tätigkeit)?
   a) auf der Aufnahmestation ..... ○
   b) auf der neurologischen Station ..... ○
   c) bei chronisch Kranken ..... ○
   d) auf der gemischten Station (männliche und weibliche Patienten) ..... ○
   e) bei Kindern ..... ○
   f) bei Alterskranken ..... ○
   g) im „festen Haus" ..... ○
   h) auf Station mit gemischten Krankheitsbildern ..... ○
   i) in der Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapie ..... ○
   j) auf anderen Abteilungen, wo? .....
   .....

6. Jetzt möchten wir gern etwas über Ihre Ausbildung erfahren: Wenn Sie von Ihrer *heutigen Situation* auf Ihre Ausbildung zurückblicken, haben Sie dann den Eindruck, daß manche Gebiete *zu kurz* gekommen sind? Oder wie beurteilen Sie das *heute*? (Bitte machen Sie bei *jedem* Gebiet eine Angabe.)

Gebiete	kam zu kurz	kam nicht zu kurz	weiß ich nicht mehr
a) Naturwissenschaftliche Fächer (z. B. Chemie, Physik, Physiologie)	○	○	○
b) Verhalten bei Zwischenfällen (Suizide, Entweichungen, Fixierung)	○	○	○
c) Familie und Umgebung des Patienten (Umgang mit Angehörigen, Freunden, Arbeitskollegen)	○	○	○
d) Krankheitslehre (z. B. Neurologie, Chirurgie, innere Medizin)	○	○	○
e) Moderne Therapieformen (Rehabilitation, Milieutherapie, Verhaltenstherapie)	○	○	○
f) Psychiatrie (z. B. Neurosenlehre, Psychosenarten)	○	○	○
g) Sozialwissenschaftliche Fächer (Soziologie, Psychologie, Sozialarbeit)	○	○	○

   h) oder welche Gebiete sonst? .....
   .....

7. Es folgt jetzt eine Liste von Tätigkeiten, die im Pflegebereich vorkommen.

   Suchen Sie bitte zunächst die Tätigkeit aus, auf die *in der Ausbildung das Hauptgewicht* gelegt werden sollte, und schreiben Sie die Zahl „1" dazu.

   Suchen Sie bitte jetzt diejenige Tätigkeit heraus, die Ihnen für die Ausbildung am *zweitwichtigsten* erscheint und schreiben Sie die Zahl „2" dazu.

   Und nun kennzeichnen Sie bitte noch die Tätigkeit, die Ihnen für die Ausbildung am *drittwichtigsten* erscheint, mit der Zahl „3".
   a) Korrekte Ausführung medizinischer Maßnahmen (z. B. Verteilung von Medikamenten) ..... ☐
   b) Beaufsichtigung von Patienten und Verhinderung von Zwischenfällen ... ☐
   c) Kontakte mit Besuchern (z. B. Angehörigen) ..... ☐
   d) Beteiligung an Arbeits/Beschäftigungstherapie ..... ☐
   e) Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf der Station ..... ☐
   f) Sorgfältige Erledigung von Schreibtischarbeiten (z. B. Berichte schreiben, Kurven führen, Material anfordern) ☐
   g) Umgang mit Patienten (Spiele, Sport, Gespräche führen) ..... ☐
   h) andere Tätigkeiten, welche? .....
   .....
   .....
   .....

8. Im alltäglichen Pflegebereich auf der Station kommt es ja immer wieder zu *Zwischenfällen* und unvorhersehbaren Ereignissen, bei denen Schwester und Pfleger rasch reagieren müssen. Andererseits kann in der theoretischen Ausbildung natürlich nicht jeder denkbare Zwischenfall ausführlich behandelt werden. Daraus ergeben sich gerade für die noch nicht so erfahrene Pflegekraft anfangs oft Schwierigkeiten.

   Um die Situation von Berufsanfängern richtig verstehen zu können, ist es für uns also sehr wichtig zu erfahren, wie das bei Ihnen persönlich war:

   Woher stammen Ihre jetzigen Kenntnisse über die pflegerischen Aufgaben und über das richtige Verhalten bei solchen Zwischenfällen *zum überwiegenden Teil?*

   Auf welche Weise haben Sie also z. B. erfahren, wie man sich bei *Todesfällen* verhalten muß? (Bitte machen Sie nur *eine* Angabe.)

   Meine jetzigen Kenntnisse über das richtige Verhalten und über die pflegerischen Aufgaben bei *Todesfällen* stammen:

a) hauptsächlich aus der Rechtskunde .... ○
b) hauptsächlich aus der psychiatrischen Pflegekunde ..... ○
c) hauptsächlich aus Beobachtungen von Kollegen ..... ○
d) woher sonst? .....
.....
.....

Und wie ist es in bezug auf *Suizide*?
(Bitte wieder nur *eine* Angabe.)

a) hauptsächlich aus der Rechtskunde ..... ○
b) hauptsächlich aus der psychiatrischen Pflegekunde ..... ○
c) hauptsächlich aus Beobachtungen von Kollegen ..... ○
d) woher sonst? .....
.....
.....

Und wie verhält es sich mit *Entweichungen*, die man ja auch zu den Zwischenfällen rechnen muß?
(Auch hier wieder nur *eine* Angabe.)

a) hauptsächlich aus der Rechtskunde ..... ○
b) hauptsächlich aus der psychiatrischen Pflegekunde ..... ○
c) hauptsächlich aus Beobachtungen von Kollegen ..... ○
d) woher sonst? .....
.....
.....

Und schließlich noch die *Fixierungen* besonders unruhiger Patienten.
(Denken Sie bitte wieder daran, daß nur *ein* Punkt angekreuzt wird.)

a) hauptsächlich aus der Rechtskunde ..... ○
b) hauptsächlich aus der psychiatrischen Pflegekunde ..... ○
c) hauptsächlich aus Beobachtungen von Kollegen ..... ○
d) woher sonst? .....
.....
.....

9. Es folgt jetzt wieder eine Liste von Tätigkeiten, die im Pflegebereich vorkommen.

Diesmal suchen Sie bitte zunächst die Tätigkeit aus, die im allgemeinen den *größten Teil Ihrer täglichen Arbeitszeit in Anspruch nimmt* und schreiben Sie die Zahl „1" dazu.

Suchen Sie nun die Tätigkeit heraus, die den *zweitgrößten* Teil Ihrer Arbeitszeit ausmacht und schreiben Sie die Zahl „2" dazu.

Und jetzt kennzeichnen Sie bitte noch die Tätigkeit, die Sie am *drittstärksten* in Anspruch nimmt, mit der Zahl „3".

a) Ausführung medizinischer Maßnahmen (z. B. Verteilung von Medikamenten) ..... ☐
b) Beaufsichtigung von Patienten ..... ☐
c) Kontakte mit Besuchern (z. B. Angehörigen) ..... ☐
d) Beteiligung an Arbeits/Beschäftigungstherapie ..... ☐
e) Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf der Station ..... ☐
f) Erledigung von Schreibtischarbeiten (z. B. Berichte schreiben, Kurven führen, Material anfordern) ..... ☐
g) Umgang mit Patienten (Spiele, Sport, Gespräche führen) ..... ☐
h) Hausarbeit (z. B. Essen austeilen, Putzen) ..... ☐
i) andere Tätigkeiten, welche? .....
.....
.....

Wenn Sie gegenwärtig nicht im Stationsdienst tätig sind, bitte sofort weiter zu Frage 13!

10. Informieren sich die Ärzte auf Ihrer Station beim Pflegepersonal über die Patienten?

regelmäßig ..... ○
nur in Krisensituationen ..... ○
eigentlich gar nicht ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

11. Und bekommen Sie von den Ärzten Informationen über einzelne Patienten?

regelmäßig ..... ○
nur in Krisensituationen ..... ○
eigentlich gar nicht ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

12. Finden auf Ihrer Station Besprechungen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und sonstigen therapeutischen Mitarbeitern statt?
(Machen Sie bitte eine *ungefähre* Angabe.)

nein, gar nicht ... ○
weiß ich nicht ... ○
ja, regelmäßig ... ○ und zwar: (Bitte angeben, wie oft)
.....
ja, unregelmäßig ○ und zwar im Durchschnitt: (Bitte angeben, wie oft)
.....

13. Angenommen, auf einer *geschlossenen Abteilung* sollten bestimmte Neuerungen eingeführt werden:

Glauben Sie, daß *unzumutbare Schwierigkeiten für das Pflegepersonal* entstehen würden, wenn die Patienten dort:

Neuerungen	ja	nein	kann ich noch nicht sagen
a) eigene Kleidung hätten	○	○	○
b) Geschirr und Besteck haben dürften	○	○	○
c) täglich unzensiert schreiben könnten, an wen sie wollten	○	○	○
d) ein Mitspracherecht erhielten, z. B. über den Tagesablauf	○	○	○
e) Arbeitstherapie innerhalb des Krankenhauses wahrnähmen	○	○	○

14. Oft ist die pflegerische Tätigkeit mit psychisch Kranken schwierig und bringt Enttäuschungen, Ärger und Unsicherheit. Wenn Sie einmal an sich persönlich denken, haben Sie öfter solche Probleme mit den Patienten?

nein ○

ja ○ Was macht Ihnen da hauptsächlich Schwierigkeiten?

a) Ungewißheit, ob man sich richtig verhält ○

b) Angst, daß man der Verantwortung für die Sicherheit der Patienten nicht gerecht wird ..... ○

c) Ärger über Besserwisserei und Ansprüche der Patienten ..... ○

d) Unsicherheit wegen unzureichender Ausbildung ..... ○

e) anderes, was? .....
.....

15. Haben Sie während des letzten Jahres (1972) hin und wieder fehlen müssen? (Bitte bei beiden Vorgaben je eine Angabe)

Grund für Fehlen	öfter	gelegentlich	nie
a) weil Sie sich nicht wohlfühlten	○	○	○
b) weil Sie schwerer erkrankt waren	○	○	○

16. Als nächstes möchten wir einiges über die Weiterbildung erfahren.

Unter Weiterbildung verstehen wir die Erweiterung der beruflichen Kenntnisse mit einem *formellen Abschluß,* z. B. Intensivpfege, Unterrichtsschwester/-pfleger. Wir interessieren uns jetzt nur für die Weiterbildung zur *Fachpflegekraft in Psychiatrie.*

Sind Ihnen Möglichkeiten bekannt, zu einer Fach- bzw. Zusatzausbildung in Psychiatrie zu kommen?

nein ○

habe bereits diese Zusatzausbildung ○

ja ○ und zwar folgende Möglichkeiten:
.....
.....

17. Haben Sie bezüglich einer solchen Fach- bzw. Zusatzausbildung in Psychiatrie *konkrete* Pläne für die Zukunft?

nein ○

habe bereits diese Zusatzausbildung ○

ja ○ und zwar folgende Pläne:
.....
.....

18. Die Möglichkeiten zur Weiterbildung im psychiatrischen Pflegebereich werden zur Zeit sehr diskutiert. *Unter welchen Bedingungen* würden Sie selbst an einer solchen Weiterbildung teilnehmen, vorausgesetzt, der Unterricht findet während der Dienstzeit statt?
(Bitte zu *jeder* Bedingung Stellung nehmen.)

Bedingungen	würde ohne weiteres teilnehmen	würde möglicherweise teilnehmen	würde wohl nicht teilnehmen
a) Unterricht und Praktikum hier am Ort	○	○	○
b) Unterricht hier am Ort und Praktikum außerhalb	○	○	○
c) Unterricht außerhalb und Praktikum aber hier am Ort	○	○	○
d) Unterricht und Praktikum außerhalb (z. B. an einer zentralen Einrichtung)	○	○	○
e) habe bereits diese Zusatzausbildung	○	○	○

19. Wenn Sie die konkrete Möglichkeit hätten, an einer Weiterbildung zur Fachpflegekraft in Psychiatrie teilzunehmen, welche *Opfer* würden Sie ggf. auf sich nehmen?

Opfer	ja, in erheblichem Umfang	ja, in geringem Umfang	gar keine
a) vorübergehende Einkommensminderung	○	○	○
b) zusätzliche Ausgaben (Lehrgangsgebühren, Fahrtkosten, Unterkunft)	○	○	○
c) Belastungen durch auswärtigen Unterrichtsort (z. B. Trennung von der Familie, Fahrtzeit)	○	○	○
d) Opfer an Freizeit	○	○	○
e) habe bereits diese Zusatzausbildung			○

20. Was könnten für Sie in der *derzeitigen* Situation die *Hauptgründe zur Teilnahme* an einer Weiterbildung zur Fachpflegekraft in Psychiatrie sein?

(Mehrfachnennungen möglich)

a) beruflicher Aufstieg und größeres Ansehen ..... ○
b) später bessere Bezahlung ..... ○
c) selbständigere und verantwortlichere Tätigkeit ..... ○
d) Abwechslung vom Berufsalltag ..... ○
e) andere Gründe, welche? .....
.....
.....
f) eigenlich keine ..... ○
g) habe bereits diese Zusatzausbildung ... ○

21. Es gibt sicher viele Schwierigkeiten, die der Teilnahme an einer solchen Weiterbildung zur Fachpflegekraft in Psychiatrie entgegenstehen. Wir möchten gern wissen, worin *für Sie persönlich* die Hauptprobleme bestehen könnten.

Welche Gründe könnten also *gegen Ihre Beteiligung* an einer solchen Weiterbildung zur Fachpflegekraft in Psychiatrie sprechen?

a) Bedenken, den gewohnten Arbeitsplatz aufzugeben ..... ○
b) Schwierigkeit, als Erwachsener wieder auf der Schulbank sitzen zu müssen .... ○
c) Mehrbelastung durch das Lernen ..... ○
d) Schwierigere Arbeit nach der Zusatzausbildung ..... ○
e) Widerstände von seiten der Kollegen ... ○
f) Verpflichtung gegenüber der Familie ... ○
g) eigentlich keine Gründe ..... ○
h) habe bereits diese Zusatzausbildung ... ○

22. Es gibt außer der Weiterbildung zur Fachpflegekraft in Psychiatrie auch noch andere Fachausbildungen. Haben Sie bezüglich *anderer Weiterbildungsmöglichkeiten* konkrete Pläne für die Zukunft (z. B. Unterrichtsschwester/-pfleger, leitende Schwester/Pfleger)?

nein ○
ja ○ und zwar folgende Pläne: .....
.....

23. Nach der Weiterbildung möchten wir jetzt gern etwas über die *Fortbildung* erfahren.

Unter Fortbildung verstehen wir *jede* Form der Erweiterung der Berufskenntnisse.

Wird in Ihrem Krankenhaus über das Thema „Fortbildung" im allgemeinen gesprochen?

oft ..... ○
manchmal ..... ○
selten ..... ○
nie ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

24. Wie äußern sich im allgemeinen Ihre Kollegen über Fortbildung?

sehr positiv ..... ○
teilweise positiv ..... ○
ist ihnen gleichgültig ..... ○
ziemlich negativ ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

25. Gibt es in Ihrem jetzigen Krankenhaus:
(Bitte bei *jedem* Punkt Angaben machen)

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht	habe bereits teilgenommen
a) Filmabende	○	○	○	○
b) Vorträge	○	○	○	○
c) Arbeitskreise, Gruppenarbeit zu bestimmten Themen	○	○	○	○
d) Besichtigungen auswärtiger medizinischer Einrichtungen	○	○	○	○
e) Besichtigungen psychiatrischer Einrichtungen	○	○	○	○
f) Einführungskurse für neue Mitarbeiter	○	○	○	○

g) andere Fortbildungsveranstaltungen, welche? ..
.....

26. Von wem geht gewöhnlich die *Initiative* zu solchen Fortbildungsveranstaltungen aus?

(Mehrere Angaben möglich)

a) vom Pflegepersonal ..... ○
b) von Ärzten ..... ○
c) von leitenden Schwestern/Pflegern ..... ○
d) von Unterrichtsschwestern/-pflegern .... ○
e) vom Personalrat ..... ○
f) von wem sonst? .....
g) weiß ich nicht ..... ○
h) es gibt keine solchen Veranstaltungen .. ○

27. *Welchen Eindruck haben Sie:* Wer besucht solche Fortbildungsveranstaltungen hauptsächlich?

(Bitte nur *eine* Nennung)

a) Ärzte ..... ○
b) Pflegepersonal ..... ○
c) Schüler ..... ○
d) es gibt keine Fortbildungsveranstaltungen ..... ○

28. Wie oft finden im allgemeinen Fortbildungsveranstaltungen statt?

a) mehrmals pro Monat ..... ○
b) im Abstand von 4 bis 6 Wochen ..... ○
c) seltener ..... ○
d) überhaupt nicht ..... ○
e) weiß ich nicht ..... ○

29. Wann und wo finden solche Fortbildungsveranstaltungen hauptsächlich statt?

(Bitte nur *eine* Angabe, und zwar den *häufigsten* Fall)

a) im Krankenhaus und in der Dienstzeit .. ○
b) im Krankenhaus außerhalb der Dienstzeit ..... ○
c) außerhalb des Krankenhauses, aber in der Dienstzeit ..... ○
d) außerhalb des Krankenhauses und außerhalb der Dienstzeit ..... ○
e) weiß ich nicht ..... ○
f) es gibt keine Fortbildungsveranstaltungen ..... ○

30. Gibt es auch Fortbildungsveranstaltungen für einen *geschlossenen Personenkreis* (z. B. *nur* für Stationsschwestern/-pfleger oder *nur* für ausländisches Pflegepersonal)?

ja ..... ○
nein ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

31. Gibt es in diesem Krankenhaus:
(Bitte für *jeden* Punkt eine Angabe)

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) Fachbücher für das Pflegepersonal in der Bibliothek	○	○	○
b) Fachzeitschriften für das Pflegepersonal	○	○	○
c) Hauszeitung/Informationsblätter	○	○	○

32. Wenn Sie an einer Fortbildungsveranstaltung *außerhalb* Ihrer Dienstzeit teilnehmen, wie wird das im allgemeinen abgegolten?

a) gar nicht ..... ○
b) in Form von Freizeit ..... ○
c) als Überstunden angerechnet ..... ○
d) wie sonst? .....
e) weiß ich nicht ..... ○

33. Fortbildung findet ja nicht nur durch Vorträge oder Buchlektüre statt; gibt es in Ihrem jetzigen Arbeitsbereich:

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) regelmäßige Fallbesprechungen	○	○	○
b) Austausch von Beobachtungen verschiedener Berufsgruppen über bestimmte Patienten (z. B. durch Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte und Pflegepersonal)	○	○	○
c) systematische Anleitung (z. B. bei Einführungen neuer Therapieformen)	○	○	○

d) andere ähnliche Maßnahmen, welche? .....
.....
.....

34. Wissen Sie, ob es *woanders in dieser Klinik* diese Maßnahmen (auch) gibt?

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) regelmäßige Fallbesprechungen	○	○	○
b) Austausch von Beobachtungen verschiedener Berufsgruppen	○	○	○
c) systematische Anleitung	○	○	○

d) andere ähnliche Maßnahmen, welche? .....
.....
.....

35. Man hört oft die Meinung, Fortbildungsmaßnahmen im Sinne der Fragen 33 und 34 seien für die Bewältigung der Probleme im beruflichen Alltag kaum von Nutzen. Wie beurteilen Sie das:

Ist Ihnen die Fortbildung so, wie sie gegenwärtig in diesem Krankenhaus gehandhabt wird, nützlich für Ihren Berufsalltag?

sehr nützlich ..... ○
nützlich ..... ○
wenig nützlich ..... ○
unnütz ..... ○
kann ich nicht beurteilen ..... ○
es gibt keine Fortbildungsveranstaltungen (im Sinne der Fragen 33 und 34) ..... ○

36. Welche Wünsche, Vorschläge oder Anregungen zur Fortbildung haben Sie selbst außer denen, die bereits hier genannt worden sind?
.....
.....
.....
.....
.....

37. Nun gibt es auch Fortbildungsveranstaltungen, die *außerhalb des Krankenhauses* durchgeführt werden; hierzu gehören z. B. Tagungen und Kongresse. Erfahren Sie von solchen Fortbildungsmaßnahmen außerhalb dieses Krankenhauses?

nein ○
ja ○ und zwar durch .....
.....
.....

38. Haben Sie bereits an solchen Fortbildungsveranstaltungen (Tagungen, Kongressen) außerhalb dieses Krankenhauses teilgenommen?

nein ○
ja ○ und zwar handelte es sich um folgendes: .....
.....
.....
.....

39. Wer trifft die *Auswahl* für die Teilnahme an Tagungen und Kongressen?

a) Ärzte ..... ○
b) pflegerische Vorgesetzte ..... ○
c) konnte mich selbst entscheiden ..... ○
d) weiß ich nicht ..... ○

40. Muß man für die Teilnahme an Tagungen und Kongressen *finanzielle Opfer* bringen?

ja ..... ○
nein ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

41. Jetzt hätten wir gern noch gewußt, wie Sie über Ihre berufliche Tätigkeit im allgemeinen denken: Wenn Sie Angehörige oder Freunde zu beraten hätten, ob sie einen *Pflegeberuf in der Psychiatrie* wählen sollen, würden Sie dann nach Ihren jetzigen Erfahrungen eher zuraten oder eher abraten?

würde eher zuraten ..... ○
würde eher abraten ..... ○
würde mich lieber raushalten ..... ○

42. Und wie ist es mit dem *Krankenpflegeberuf allgemein:* Würden Sie Angehörigen oder Freunden eher zuraten oder eher abraten?

würde eher zuraten ..... ○
würde eher abraten ..... ○
würde mich lieber raushalten ..... ○

Soweit unsere Fragen zur Ausbildung, Fort- und Weiterbildung.

Für statistische Zwecke benötigen wir noch einige Daten zur Person:

43. *Geschlecht:*

männlich ..... ○
weiblich ..... ○

44. *Alter:*

unter 20 Jahre ..... ○
21 bis 25 Jahre ..... ○
26 bis 30 Jahre ..... ○
31 bis 40 Jahre ..... ○
41 bis 50 Jahre ..... ○
über 50 Jahre ..... ○

45. *Religionszugehörigkeit:*

evangelisch ..... ○
römisch-katholisch ..... ○
andere, welche? .....
keine ..... ○

46. *Familienstand:*

ledig ..... ○
verheiratet ..... ○
geschieden ..... ○
verwitwet ..... ○

47. *Beruf des Vaters* (falls pensioniert, Rentner oder verstorben, dann früheren Beruf angeben) Bitte genaue Bezeichnung angeben, z. B. Dreher, Landwirt, selbständiger Kaufmann, Verwaltungsinspektor; „Beamter" oder „Angestellter" genügt nicht! .....
.....
.....

48. Wenn Sie verheiratet, geschieden oder verwitwet sind: *Beruf des Ehepartners*:

.....

49. *Schulbildung:*

(Bitte nur *eine* Angabe)

Volksschule ..... ○
Mittlere Reife bzw. entsprechender Abschluß ○
Abitur ..... ○

50. Haben Sie *vor der Krankenpflege* eine oder mehrere berufliche Tätigkeiten ausgeübt?

nein ○
ja ○ und zwar:

Art der Tätigkeit	mit abgeschlossener Ausbildung	ohne abgeschlossene Ausbildung
1.	○	○
2.	○	○
3.	○	○
4.	○	○

51. Welche Krankenpflegeausbildung besitzen Sie?

a) dreijährige Ausbildung mit Examen .... ○
b) einjährige Ausbildung mit Anerkennung aufgrund langjähriger Berufspraxis .... ○

52. Examen in der Krankenpflege im Jahr 19.....

53. Wo haben Sie Examen gemacht?

a) am psychiatrischen Landeskrankenhaus ○
b) am allgemeinen Krankenhaus *mit* psychiatrisch/neurologischer Abteilung ..... ○
c) am allgemeinen Krankenhaus *ohne* psychiatrisch/neurologische Abteilung ○
d) an einer Universitätsklinik ..... ○
e) anderswo und zwar: .....
.....
.....

54. Wenn Sie heute nochmals wählen könnten: Würden Sie Ihre Ausbildung noch einmal an der Einrichtung machen wollen, an der Sie sie erhalten haben, oder befürworten Sie eine Ausbildung an einer andersartigen Einrichtung?

a) würde wieder an der gleichen Einrichtung die Ausbildung machen ..... ○
b) würde die Ausbildung lieber an einer andersartigen Einrichtung machen ..... ○

und zwar an: .....
.....

55. Nach welcher Tarifgruppe sind Sie im Augenblick eingestuft? (z. B. Kr. IV oder BAT 6 b)

Nach .....

56. Und als letztes möchten wir noch wissen, ob Sie vollzeitbeschäftigt oder teilzeitbeschäftigt sind:

vollzeitbeschäftigt ..... ○
teilzeitbeschäftigt ..... ○

Wir danken Ihnen für Ihre freundliche Mitarbeit!

11.1 Fragebogen für Helfer

Lesen Sie bitte die einzelnen Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie das an, was für Sie zutrifft. Es ist besonders wichtig, daß keine Frage ausgelassen wird. Die Fragen sind so formuliert, daß Sie immer eine Angabe machen können; und wenn Sie z. B. über ein Problem nicht informiert sind, dann kreuzen Sie bitte „weiß ich nicht" an.

Bei Unklarheiten fragen Sie bitte einen der Untersuchungsleiter.

Name nicht vermerken — und nun viel Spaß!

1. Kennzeichnen Sie bitte als erstes Ihre jetzige Tätigkeit:

Stationsdienst ..... ○

Dauernachtwache ..... ○
Beschäftigungstherapie ..... ○
Ambulanz ..... ○
Arbeitstherapie ..... ○
Sonstiges, welche? .....
.....

2. Handelt es sich dabei um eine:
offene Abteilung ..... ○
halboffene Abteilung ..... ○
geschlossene Abteilung ..... ○
keine der genannten Abteilungen ..... ○

3. In welcher Art von Dienstverhältnis stehen Sie?
Beamter(in) ..... ○
Angestellte(r) ..... ○
Arbeiter(in) ..... ○

4. Seit wann arbeiten Sie in diesem Krankenhaus?
Seit 19....

5. Auf welchen Abteilungen haben Sie in diesem Krankenhaus bisher gearbeitet? (einschließlich Ausbildungszeit und jetziger Tätigkeit)
a) auf der Aufnahmestation ..... ○
b) auf der neurologischen Station ..... ○
c) bei chronisch Kranken ..... ○
d) auf der gemischten Station (männl. u. weibl. Patienten) ..... ○
e) bei Kindern ..... ○
f) bei Alterskranken ..... ○
g) im „festen Haus" ..... ○
h) auf Station mit gemischten Krankheitsbildern ..... ○
i) in der Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapie ..... ○
j) auf anderen Abteilungen, wo? .....
.....

6. Es folgt nun eine Liste von Tätigkeiten, die im Pflegebereich vorkommen.
Suchen Sie bitte zunächst die Tätigkeit aus, die im allgemeinen den *größten Teil Ihrer täglichen Arbeitszeit in Anspruch nimmt,* und schreiben Sie die Zahl „1" dazu.
Suchen Sie nun die Tätigkeit heraus, die den *zweitgrößten* Teil Ihrer Arbeitszeit ausmacht, und schreiben Sie eine „2" dazu.
Und jetzt kennzeichnen Sie bitte noch die Tätigkeit mit einer „3", die Sie am *drittstärksten* in Anspruch nimmt.

a) Ausführung medizinischer Maßnahmen ☐
b) Beaufsichtigung von Patienten ..... ☐
c) Kontakte mit Besuchern (z. B. Angehörigen) ..... ☐
d) Beteiligung an Arbeits/Beschäftigungstherapie ..... ☐
e) Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf der Station ..... ☐
f) Erledigung von Schreibarbeiten (z. B. Berichte schreiben: Kurven führen; Material anfordern) ..... ☐
g) Umgang mit Patienten (z. B. Spiele, Sport, Gespräche führen) ..... ☐
h) Hausarbeit (z. B. Essen austeilen; Putzen) ..... ☐
i) andere Tätigkeiten, welche? .....
.....
.....

7. Informieren sich die Ärzte auf Ihrer Station beim Pflegepersonal über die Patienten?
regelmäßig ..... ○
nur in Krisensituationen ..... ○
eigentlich gar nicht ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

8. Und bekommen Sie von den Ärzten Informationen über einzelne Patienten?
regelmäßig ..... ○
nur in Krisensituationen ..... ○
eigentlich gar nicht ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

9. Finden auf Ihrer Station Besprechungen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und sonstigen therapeutischen Mitarbeitern statt?
(Machen Sie bitte eine *ungefähre* Angabe)
nein, gar nicht ○
weiß ich nicht ○
ja, regelmäßig ○ und zwar (bitte angeben, wie oft) .....
.....
ja, unregelmäßig ○ und zwar im Durchschnitt (bitte angeben, wie oft) .....
.....

10. Angenommen, auf einer *geschlossenen Abteilung* sollten bestimmte Neuerungen eingeführt werden: Glauben Sie, daß *unzumutbare Schwierigkeiten für das Pflegepersonal* entstehen würden, wenn die Patienten dort:

Neuerungen	ja	nein	kann ich nicht sagen
a) eigene Kleidung hätten	○	○	○
b) Geschirr und Besteck haben dürften	○	○	○
c) täglich unzensiert schreiben könnten, an wen sie wollten	○	○	○
d) ein Mitspracherecht erhielten, z. B. über den Tagesablauf	○	○	○
e) Arbeitstherapie innerhalb des Krankenhauses wahrnähmen	○	○	○

11. Oft ist die pflegerische Tätigkeit mit psychisch Kranken schwierig und bringt Enttäuschungen, Ärger und Unsicherheit. Wenn Sie einmal an sich persönlich denken, haben Sie öfter solche Probleme mit den Patienten?

nein ○

ja ○ was macht Ihnen da hauptsächlich Schwierigkeiten?

a) Ungewißheit, ob man sich richtig verhält ○
b) Angst, daß man der Verantwortung für die Sicherheit der Patienten nicht gerecht wird ..... ○
c) Ärger über Besserwisserei und Ansprüche der Patienten ..... ○
d) Unsicherheit wegen unzureichender Ausbildung ..... ○
e) anderes, was? ..... ○

.....

12. Haben Sie während des letzten Jahres (1972) hin und wieder fehlen müssen?
(Bitte bei *beiden* Vorgaben je eine Angabe)

Grund für Fehlen	öfter	gelegentlich	nie
a) weil Sie sich nicht wohl fühlten	○	○	○
b) weil Sie schwerer erkrankt waren	○	○	○

13. In jedem Beruf kann man eigentlich immer noch etwas dazulernen; unter *Fortbildung* verstehen wir deshalb jede Form der Erweiterung der Berufskenntnisse.

Wird in Ihrem Krankenhaus über das Thema „Fortbildung" im allgemeinen gesprochen?

oft ..... ○
manchmal ..... ○
selten ..... ○
nie ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

14. Wie äußern sich im allgemeinen Ihre Kollegen über Fortbildung?

sehr positiv ..... ○
teilweise positiv ..... ○
ist ihnen gleichgültig ..... ○
ziemlich negativ ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

15. Gibt es in Ihrem jetzigen Krankenhaus
(Bitte bei *jedem* Punkt Angaben machen):

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht	selbst bereits teilgenommen
a) Filmabende	○	○	○	○
b) Vorträge	○	○	○	○
c) Arbeitskreise, Gruppenarbeit zu bestimmten Themen	○	○	○	○
d) Besichtigungen auswärtiger medizinischer Einrichtungen	○	○	○	○
e) Besichtigungen psychiatrischer Einrichtungen	○	○	○	○
f) Einführungskurse für neue Mitarbeiter	○	○	○	○

g) andere Fortbildungsveranstaltungen, welche?
.....
.....

16. Von wem geht gewöhnlich die Initiative zu solchen Fortbildungsveranstaltungen aus?
(Mehrere Angaben möglich)

a) vom Pflegepersonal ..... ○
b) von Ärzten ..... ○
c) von leitenden Schwestern/Pflegern ..... ○
d) von Unterrichtsschwestern/-pflegern ... ○
e) vom Personalrat ..... ○
f) von wem sonst? .....
g) weiß ich nicht ..... ○
h) es gibt keine solchen Veranstaltungen .. ○

17. *Welchen Eindruck haben Sie:* Wer besucht solche Fortbildungsveranstaltungen hauptsächlich?
(Bitte nur *eine* Nennung)

a) Ärzte ..... ○
b) Pflegepersonal ..... ○
c) Schüler ..... ○
d) es gibt keine Fortbildungsveranstaltungen ..... ○

18. Wie oft finden im allgemeinen Fortbildungsveranstaltungen statt?

a) mehrmals pro Monat ..... ○
b) im Abstand von 4 bis 6 Wochen ..... ○
c) seltener ..... ○
d) überhaupt nicht ..... ○
e) weiß ich nicht ..... ○

19. Wann und wo finden solche Fortbildungsveranstaltungen hauptsächlich statt?
(Bitte nur *eine* Angabe, und zwar den *häufigsten* Fall)

a) im Krankenhaus und in der Dienstzeit .. ○
b) im Krankenhaus außerhalb der Dienstzeit ..... ○
c) außerhalb des Krankenhauses, aber in der Dienstzeit ..... ○
d) außerhalb des Krankenhauses und außerhalb der Dienstzeit ..... ○
e) weiß ich nicht ..... ○

20. Wenn Sie an einer Fortbildungsveranstaltung außerhalb Ihrer Dienstzeit teilnehmen, wie wird das im allgemeinen abgegolten?

a) gar nicht ..... ○
b) in Form von Freizeit ..... ○
c) als Überstunden angerechnet ..... ○
d) wie sonst? .....
e) weiß ich nicht ..... ○

21. Gibt es auch Fortbildungsveranstaltungen für einen *geschlossenen Personenkreis* (z. B. *nur* für Stationsschwestern/-pfleger oder *nur* für ausländische Pflegekräfte)?

ja ..... ○
nein ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

22. Gibt es in diesem Krankenhaus:
(Bitte für jeden Punkt eine Angabe)

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) Fachbücher für das Pflegepersonal in der Bibliothek	○	○	○
b) Fachzeitschriften für das Pflegepersonal	○	○	○
c) Hauszeitung/Informationsblätter	○	○	○

23. Fortbildung findet ja nicht nur durch Vorträge oder Buchlektüre statt. Gibt es in Ihrem jetzigen Arbeitsbereich:

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) regelmäßige Fallbesprechungen	○	○	○
b) Austausch von Beobachtungen verschiedener Berufsgruppen über bestimmte Patienten (z. B. durch Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte, Pflegepersonal)	○	○	○
c) systematische Anleitung (z. B. bei Einführung neuer Therapieformen)	○	○	○

d) andere ähnliche Maßnahmen, welche? .....
.....

24. Wissen Sie, ob es *woanders in dieser Klinik* diese Maßnahmen (auch) gibt?

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) regelmäßige Fallbesprechungen	○	○	○
b) Austausch von Beobachtungen verschiedener Berufsgruppen	○	○	○
c) systematische Anleitung	○	○	○

d) andere ähnliche Maßnahmen, welche? .....
.....

25. Man hört oft die Meinung, Fortbildungsmaßnahmen im Sinne der Fragen 23 und 24 seien für die Bewältigung der Probleme im beruflichen Alltag kaum von Nutzen. Wie beurteilen Sie das:

    Ist Ihnen die Fortbildung so, wie sie gegenwärtig in diesem Krankenhaus gehandhabt wird, nützlich für Ihren Berufsalltag?

    sehr nützlich ..... ○
    nützlich ..... ○
    wenig nützlich ..... ○
    unnütz ..... ○
    kann ich nicht beurteilen ..... ○
    es gibt keine Fortbildungsveranstaltungen (im Sinne der Fragen 23 und 24) ..... ○

26. Welche Wünsche, Vorschläge oder Anregungen zur Fortbildung haben Sie selbst außer denen, die bereits hier genannt worden sind? .....
    .....
    .....
    .....

27. Nun gibt es auch Fortbildungsveranstaltungen, die *außerhalb des Krankenhauses* durchgeführt werden; hierzu gehören z. B. Tagungen und Kongresse.

    Erfahren Sie von solchen Fortbildungsmaßnahmen außerhalb dieses Krankenhauses?

    nein ○
    ja ○ und zwar durch: .....
    .....
    .....

28. Haben Sie bereits an solchen Fortbildungsveranstaltungen (Tagungen, Kongressen) *außerhalb* dieses Krankenhauses teilgenommen?

    nein ○
    ja ○ und zwar handelt es sich um folgendes: .....
    .....
    .....

29. Wer trifft die *Auswahl* für die Teilnahme an Tagungen und Kongressen?

    a) Ärzte ..... ○
    b) pflegerische Vorgesetzte ..... ○
    c) konnte mich selbst entscheiden ..... ○
    d) weiß ich nicht ..... ○

30. Muß man für die Teilnahme an Tagungen und Kongressen *finanzielle Opfer* bringen?

    nein ..... ○
    ja ..... ○
    weiß ich nicht ..... ○

31. Nun hätten wir noch gern gewußt, wie Sie über Ihre berufliche Tätigkeit im allgemeinen denken:

    Wenn Sie Angehörige oder Freunde zu beraten hätten, ob sie einen *Pflegeberuf in der Psychiatrie* wählen sollen, würden Sie dann nach Ihren jetzigen Erfahrungen eher zuraten oder eher abraten?

    würde eher zuraten ..... ○
    würde eher abraten ..... ○
    würde mich lieber raushalten ..... ○

32. Und wie ist es mit einem *Krankenpflegeberuf allgemein:* würden Sie Angehörigen oder Freunden eher zuraten oder eher abraten?

    würde eher zuraten ..... ○
    würde eher abraten ..... ○
    würde mich lieber raushalten ..... ○

Soweit unsere Fragen zur Ausbildung und Fortbildung. Für statistische Zwecke benötigen wir noch einige Daten zur Person:

33. *Geschlecht:*

    männlich ..... ○
    weiblich ..... ○

34. *Alter:*

    unter 20 Jahre ..... ○
    21 bis 25 Jahre ..... ○
    26 bis 30 Jahre ..... ○
    31 bis 40 Jahre ..... ○
    41 bis 50 Jahre ..... ○
    über 50 Jahre ..... ○

35. *Religionszugehörigkeit:*

    evangelisch ..... ○
    römisch-katholisch ..... ○
    andere, welche? .....
    keine ..... ○

36. *Familienstand:*

    ledig ..... ○
    verheiratet ..... ○
    geschieden ..... ○
    verwitwet ..... ○

37. *Beruf des Vaters* (falls pensioniert, Rentner oder verstorben, dann früheren Beruf angeben) Bitte genaue Bezeichnung angeben, z. B. Dreher, Landwirt, selbständiger Kaufmann, Verwaltungsinspektor; „Beamter" oder „Angestellter" genügt nicht!
    .....
    .....

38. Wenn Sie verheiratet, geschieden oder verwitwet sind:

    Beruf des Ehepartners:
    .....

39. *Schulbildung:*
(Bitte nur *eine* Angabe!)
Volksschule ..... ○
Mittlere Reife bzw. entsprechender Abschluß ○
Abitur ..... ○

40. Haben Sie vor der Krankenpflege eine oder mehrere berufliche Tätigkeiten ausgeübt?
nein ○
ja ○ und zwar:

Art der Tätigkeit	mit abgeschlossener Ausbildung	ohne abgeschlossene Ausbildung
1.	○	○
2.	○	○
3.	○	○
4.	○	○

41. Sind Sie für die Tätigkeit in der Krankenpflege speziell ausgebildet worden?
nein, ich habe keine spezielle Ausbildung .. ○
ja, Ausbildung als Pflegehelfer/-in (Dauer der Ausbildung weniger als 1 Jahr) ..... ○
ja, Ausbildung als Krankenpflegehelfer/in (Dauer der Ausbildung 1 Jahr) ..... ○

42. Nach welcher Tarifgruppe sind Sie im Augenblick eingestuft? (z. B. Kr. I)
Nach .....

43. Und als letztes möchten wir noch wissen, ob Sie vollzeitbeschäftigt oder teilzeitbeschäftigt sind?
vollzeitbeschäftigt ..... ○
teilzeitbeschäftigt ..... ○

Wir danken Ihnen für Ihre freundliche Mitarbeit!

11.1 Fragebogen für Schüler

Lesen Sie bitte die einzelnen Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie das an, was für Sie zutrifft. Es ist besonders wichtig, daß keine Frage ausgelassen wird. Die Fragen sind so formuliert, daß Sie immer eine Angabe machen können; und wenn Sie über ein Problem nicht informiert sind, dann kreuzen Sie bitte „weiß ich nicht" an, usw.

Bei Unklarheiten fragen Sie bitte einen der Untersuchungsleiter.

Namen nicht vermerken — und nun viel Spaß!

1. Zu Beginn möchten wir gern wissen, seit wann Sie in diesem Krankenhaus arbeiten?
Seit 19....

2. Welche Krankenpflegeausbildung machen Sie?
a) einjährige Ausbildung, also Schüler der Krankenpflegehilfe .... ○
b) dreijährige Ausbildung also Schüler der Krankenpflege ..... ○
wievieltes Ausbildungsjahr? .....

3. Zu welcher Art von Krankenhaus gehört Ihre Krankenpflege-Schule?
a) Psychiatrisches Landeskrankenhaus .... ○
b) Allgemeines Krankenhaus *mit* psychiatrisch/neurologischer Abteilung ○
c) Allgemeines Krankenhaus *ohne* psychiatrisch/neurologische Abteilung .. ○
d) Universitätsklinik ..... ○

4. Auf welchen Abteilungen haben Sie während Ihres Einsatzes in der Psychiatrie gearbeitet?
a) auf der Aufnahmestation ..... ○
b) auf der neurologischen Station ..... ○
c) bei chronisch Kranken ..... ○
d) auf der gemischten Station (männl. und weibl. Patienten) ..... ○
e) bei Kindern ..... ○
f) bei Alterskranken ..... ○
g) im „festen Haus" ..... ○
h) auf Station mit gemischten Krankheitsbildern ..... ○
i) in der Beschäftigungs/Arbeitstherapie .. ○
j) auf anderen Abteilungen, wo? .....
.....

5. Jetzt möchten wir gern etwas über Ihre Ausbildung erfahren: Haben Sie den Eindruck, daß manche Gebiete im Unterricht *zu kurz* kommen? Bitte beurteilen Sie jedes der folgenden Gebiete im Hinblick auf eine Tätigkeit im psychiatrischen Pflegebereich:

Gebiete	kommt zu kurz	kommt nicht zu kurz	kann ich noch nicht sagen
a) Naturwissenschaftliche Fächer (z. B. Chemie, Physik, Physiologie)	○	○	○
b) Verhalten bei Zwischenfällen (Suizide, Entweichungen, Fixierungen)	○	○	○
c) Familie und Umgebung des Patienten (Umgang mit Angehörigen, Arbeitskollegen, Freunden)	○	○	○
d) Krankheitslehre (z. B. Neurologie, Chirurgie, innere Medizin)	○	○	○
e) Moderne Therapieformen (Rehabilitation, Milieutherapie, Verhaltenstherapie)	○	○	○
f) Psychiatrie (z. B. Neurosenlehre, Psychosenarten)	○	○	○
g) Sozialwissenschaftliche Fächer (Soziologie, Psychologie, Sozialarbeit)	○	○	○

h) oder welche Gebiete sonst? .....
.....
.....

6. Es folgt jetzt eine Liste von Tätigkeiten, die im Pflegebereich vorkommen.

Suchen Sie bitte zunächst die Tätigkeit heraus, die Ihnen persönlich *für die Ausbildung am wichtigsten erscheint,* und schreiben Sie die Zahl „1" dazu.

Suchen Sie jetzt dasjenige Gebiet heraus, das Ihnen für die Ausbildung am *zweitwichtigsten* erscheint und schreiben Sie die Zahl „2" dazu.

Und nun kennzeichnen Sie bitte noch dasjenige Gebiet, das Ihnen für die Ausbildung am *drittwichtigsten* erscheint, mit der Zahl „3":

a) Korrekte Ausführung medizinischer Maßnahmen (z. B. Verteilung von Medikamenten) ..... ☐
b) Beaufsichtigung von Patienten und Verhinderung von Zwischenfällen ... ☐
c) Kontakte mit den Besuchern (z. B. Angehörigen) ..... ☐
d) Beteiligung an Arbeits/Beschäftigungstherapie ..... ☐
e) Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf der Station ..... ☐
f) Sorgfältige Erledigung von Schreibtischarbeiten (z. B. Berichte schreiben, Kurven führen, Material anfordern) .. ☐
g) Umgang mit Patienten (z. B. Spiele, Sport, Gespräche führen) ..... ☐
h) andere Tätigkeiten, welche? .....
.....
.....

7. Wurden im Verlauf Ihrer bisherigen Ausbildung die pflegerischen Aufgaben für folgende Ereignisse *im Unterricht in Pflegefächern* besprochen?

(Machen Sie bitte für *jedes* Ereignis eine Angabe)

Zwischenfälle	bisher nicht besprochen	gelegentlich erwähnt	ausführlich besprochen
a) Todesfälle	○	○	○
b) Suizide	○	○	○
c) Entweichungen	○	○	○
d) Fixierungen	○	○	○

Falls „gelegentlich erwähnt" oder „ausführlich besprochen" zutrifft: Wer brachte das zur Sprache? .....
Einmal ganz abgesehen davon, ob die genannten Zwischenfälle im theoretischen Unterricht besprochen wurden oder nicht:

Woher stammen Ihre *gegenwärtigen Kenntnisse* über die pflegerischen Aufgaben und das richtige Verhalten bei derartigen Ereignissen *zum überwiegenden Teil*?

(Bitte für jedes Ereignis nur *eine* Angabe)

Zwischenfälle	habe noch keine entsprechenden Kenntnisse	Kenntnisse hauptsächlich aus: Rechtskunde	Psychiatr. Pflegekunde	Beobachtungen von Kollegen	anderen Bereichen, welchen?
a) Todesfälle	○	○	○	○	.....
b) Suizide	○	○	○	○	.....
c) Entweichungen	○	○	○	○	.....
d) Fixierungen	○	○	○	○	.....

8. Es folgt nun wieder eine Liste von Tätigkeiten, die im Pflegebereich vorkommen.

Diesmal suchen Sie bitte zunächst die Tätigkeit aus, die im allgemeinen den *größten Teil Ihrer täglichen Arbeitszeit in Anspruch nimmt,* und schreiben Sie die Zahl „1" dazu.

Suchen Sie nun die Tätigkeit heraus, die den *zweitgrößten* Teil Ihrer Arbeitszeit ausmacht, und schreiben Sie die Zahl „2" dazu.

Und jetzt kennzeichnen Sie bitte noch die Tätigkeit, die Sie am *drittstärksten* in Anspruch nimmt, mit der Zahl „3":

a) Ausführung medizinischer Maßnahmen (z. B. Verteilung von Medikamenten) ..... ☐
b) Beaufsichtigung von Patienten ..... ☐
c) Kontakte mit Besuchern (z. B. Angehörigen) ..... ☐
d) Beteiligung an Arbeits/Beschäftigungstherapie ..... ☐
e) Sorge für Ordnung und Sauberkeit auf der Station ..... ☐
f) Erledigung von Schreibtischarbeiten (z. B. Berichte schreiben, Kurven führen, Material anfordern) ..... ☐
g) Umgang mit Patienten (Spiele, Sport, Gespräche führen) ..... ☐
h) Hausarbeit (z. B. Essen austeilen, Putzen) ..... ☐
i) andere Tätigkeiten, welche? .....
.....

9. Wie sind Ihre Erfahrungen: Kann man das, was man in der Theorie gelernt hat, im allgemeinen auch in der Praxis anwenden?

ja, meistens ..... ○
nur manchmal ..... ○
fast nie ..... ○

10. Wie oft hat in der letzten Woche Ihr(e) gegenwärtige(r) Stationsschwester/-pfleger mit Ihnen über pflegerische Probleme gesprochen?

mehrmals täglich ..... ○
im Durchschnitt täglich einmal ..... ○
seltener ..... ○

11. Informieren sich die Ärzte auf Ihrer Station beim Pflegepersonal über die Patienten?

regelmäßig ..... ○
nur in Krisensituationen ..... ○
eigentlich gar nicht ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

12. Und bekommen Sie von den Ärzten Informationen über einzelne Patienten?

regelmäßig ..... ○
nur in Krisensituationen ..... ○
eigentlich gar nicht ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

13. Finden auf Ihrer Station Besprechungen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und sonstigen therapeutischen Mitarbeitern statt?
(Machen Sie bitte eine *ungefähre* Angabe)

nein, gar nicht ○
weiß ich nicht ○
ja, regelmäßig ○ und zwar: (bitte angeben, wie oft)
.....
.....
ja, unregelmäßig ○ und zwar im Durchschnitt: (bitte angeben, wie oft)
.....
.....

14. In jedem Beruf kann man eigentlich immer noch etwas dazulernen. Unter *Fortbildung* verstehen wir deshalb jede Form der Erweiterung der Berufskenntnisse.

Wird in Ihrem Krankenhaus über das Thema „Fortbildung" im allgemeinen gesprochen?

oft ..... ○
manchmal ..... ○
selten ..... ○
nie ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

15. Wie äußert sich das Pflegepersonal auf der Station im allgemeinen über Fortbildung?

sehr positiv ..... ○
teilweise positiv ..... ○
ist ihnen gleichgültig ..... ○
ziemlich negativ ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

16. Gibt es in Ihrem jetzigen Krankenhaus:
(Bitte bei *jedem* Punkt Angaben machen)

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht	selbst bereits teilgenommen
a) Filmabende	○	○	○	○
b) Vorträge	○	○	○	○
c) Arbeitskreise, Gruppenarbeit zu bestimmten Themen	○	○	○	○
d) Besichtigungen auswärtiger medizinischer Einrichtungen	○	○	○	○
e) Besichtigungen psychiatrischer Einrichtungen	○	○	○	○
f) Einführungskurse für neue Mitarbeiter	○	○	○	○

g) andere Fortbildungsmöglichkeiten, welche?
.....

17. Von wem geht gewöhnlich die *Initiative* zu solchen Fortbildungsveranstaltungen aus?
(Mehrere Angaben möglich)

a) vom Pflegepersonal ..... ○
b) von Ärzten ..... ○
c) von leitenden Schwestern/Pflegern ..... ○
d) von Unterrichtsschwestern/-pflegern ... ○
e) vom Personalrat ..... ○
f) von wem sonst? ..... ○
g) weiß ich nicht ..... ○
h) es gibt keine solchen Veranstaltungen .. ○

18. *Welchen Eindruck haben Sie:* Wer besucht solche Fortbildungsveranstaltungen hauptsächlich?
(Bitte nur *eine* Nennung)

a) Ärzte ..... ○
b) Pflegepersonal ..... ○
c) Schüler ..... ○
d) es gibt keine Fortbildungsveranstaltungen ..... ○

19. Wie oft finden im allgemeinen Fortbildungsveranstaltungen statt?

a) mehrmals pro Monat ..... ○
b) im Abstand von 4 bis 6 Wochen ..... ○
c) seltener ..... ○
d) überhaupt nicht ..... ○
e) weiß ich nicht ..... ○

20. Wann und wo finden solche Fortbildungsveranstaltungen hauptsächlich statt?
(Bitte nur *eine* Angabe, und zwar den häufigsten Fall)

a) im Krankenhaus und in der Dienstzeit .. ○
b) im Krankenhaus außerhalb der Dienstzeit ..... ○
c) außerhalb des Krankenhauses, aber in der Dienstzeit ..... ○
d) außerhalb des Krankenhauses und außerhalb der Dienstzeit ..... ○
e) weiß ich nicht ..... ○
f) es gibt keine Fortbildungsveranstaltungen ..... ○

21. Gibt es auch Fortbildungsveranstaltungen für einen *geschlossenen Personenkreis,* z. B. *nur* für Stationsschwestern/-pfleger, oder *nur* für ausländisches Pflegepersonal)?

ja ..... ○
nein ..... ○
weiß ich nicht ..... ○

22. Gibt es in Ihrer Krankenpflegeschule bzw. in dem Krankenhaus:
(Bitte für *jeden* Punkt eine Angabe)

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) Fachbücher in der Bibliothek	○	○	○
b) Fachzeitschriften	○	○	○
c) Hauszeitung/Informationsblätter	○	○	○

23. Fortbildung findet ja nicht nur durch Vorträge oder Buchlektüre statt; gibt es in Ihrem jetzigen Arbeitsbereich:

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) regelmäßige Fallbesprechungen	○	○	○
b) Austausch von Beobachtungen verschiedener Berufsgruppen über bestimmte Patienten (z. B. durch Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte und Pflegepersonal)	○	○	○
c) systematische Anleitung (z. B. bei Einführungen von neuen Therapieformen)	○	○	○

d) andere ähnliche Maßnahmen, welche? .....
.....

24. Wissen Sie, ob es *woanders in dieser Klinik* diese Maßnahmen (auch) gibt?

Fortbildungsmaßnahmen	ja	nein	weiß ich nicht
a) regelmäßige Fallbesprechungen	○	○	○
b) Austausch von Beobachtungen verschiedener Berufsgruppen	○	○	○
c) systematische Anleitung	○	○	○

d) andere ähnliche Maßnahmen, welche? .....
.....

25. Nun gibt es auch Fortbildungsveranstaltungen, die *außerhalb des Krankenhauses* durchgeführt werden. Hierzu gehören z. B. Tagungen und Kongresse. Erfahren Sie von solchen Fortbildungsmaßnahmen außerhalb dieses Krankenhauses?
nein ○
ja ○ und zwar durch: .....
.....
.....

26. Haben Sie bereits an solchen Fortbildungsveranstaltungen (Tagungen, Kongressen) *außerhalb* dieses Krankenhauses teilgenommen?
nein ○
ja ○ und zwar handelt es sich um folgendes: .....
.....
.....

27. Wer trifft die *Auswahl* für die Teilnahme an Tagungen und Kongressen?
a) Ärzte ..... ○
b) pflegerische Vorgesetzte ..... ○
c) konnte mich selbst entscheiden ..... ○
d) weiß ich nicht ..... ○

28. Jetzt hätten wir gern noch gewußt, wie Sie über Ihre berufliche Tätigkeit im allgemeinen denken:
Wenn Sie Angehörige oder Freunde zu beraten hätten, ob sie einen *Pflegeberuf in der Psychiatrie* wählen sollen, würden Sie dann nach Ihren jetzigen Erfahrungen eher zuraten oder eher abraten?
würde eher zuraten ..... ○
würde eher abraten ..... ○
würde mich lieber raushalten ..... ○

29. Und wie ist es mit einem *Krankenpflegeberuf allgemein*? Würden Sie Angehörigen oder Freunden eher zuraten oder eher abraten?
würde eher zuraten ..... ○
würde eher abraten ..... ○
würde mich lieber raushalten ..... ○

Soweit unsere Fragen zur Ausbildung und Fortbildung. Für statistische Zwecke benötigen wir noch einige Daten zur Person:

30. *Geschlecht:*
männlich ..... ○
weiblich ..... ○

31. *Alter:*
unter 20 Jahren ..... ○
21 bis 25 Jahre ..... ○
26 bis 30 Jahre ..... ○
31 bis 40 Jahre ..... ○
41 bis 50 Jahre ..... ○
über 50 Jahre ..... ○

32. *Religionszugehörigkeit:*
evangelisch ..... ○
römisch-katholisch ..... ○
andere, welche? .....
keine ..... ○

33. *Familienstand:*
ledig ..... ○
verheiratet ..... ○
geschieden ..... ○
verwitwet ..... ○

34. *Beruf des Vaters* (falls pensioniert, Rentner oder verstorben, dann früheren Beruf angeben) Bitte genaue Bezeichnung angeben, z. B. Dreher, Landwirt, selbständiger Kaufmann, Verwaltungsinspektor; „Beamter" oder „Angestellter" genügt nicht!
.....

35. Wenn Sie verheiratet, geschieden oder verwitwet sind:
Beruf des Ehepartners: .....
.....

36. *Schulbildung:*
(Bitte nur *eine* Angabe)
Volksschule ..... ○
Mittlere Reife bzw. entsprechender Abschluß ..... ○
Abitur ..... ○

37. Haben Sie *vor der Krankenpflege* eine oder mehrere berufliche Tätigkeiten ausgeübt?
nein ○
ja ○ und zwar:

Art der Tätigkeit	mit abgeschlossener Ausbildung	ohne abgeschlossene Ausbildung
1.	○	○
2.	○	○
3.	○	○
4.	○	○

38. Wenn Sie heute nochmals wählen könnten: Würden Sie dann Ihre Ausbildung wiederum an der Einrichtung machen, an der Sie gegenwärtig sind oder lieber an einer andersartigen Einrichtung?
a) würde wieder an der gleichen Einrichtung die Ausbildung machen ..... ○
b) würde die Ausbildung lieber anderswo machen (z. B. Psychiatrisches Landeskrankenhaus, Allgemeines Krankenhaus, Universitätsklinik) ..... ○
und zwar an: .....

Wir danken Ihnen für Ihre freundliche Mitarbeit!

11.2 Fragebogen für Unterrichtsschwestern/-pfleger

Name der Einrichtung:

1. Gibt es bei Ihnen die *einjährige Krankenpflegeausbildung*?
   nein ○
   ja ○ und wie viele Ausbildungsplätze gibt es? .....

2. Wie viele Kursteilnehmer sind z. Z. tatsächlich in der einjährigen Ausbildung?
   Männer: .....
   Wie viele davon sind Ausländer? .....
   Frauen: .....
   Wie viele davon sind Ausländerinnen? .....

3. Gibt es bei Ihnen die *dreijährige Krankenpflegeausbildung?*
   nein ○
   ja ○ und wie viele Ausbildungsplätze gibt es? .....

4. Wie viele Kursteilnehmer sind z. Z. tatsächlich in der dreijährigen Ausbildung?
   im 1. Jahr:
   Männer: .....
   Wie viele davon sind Ausländer? .....
   Frauen: .....
   Wie viele davon sind Ausländerinnen? .....
   im 2. Jahr:
   Männer: .....
   Wie viele davon sind Ausländer? .....
   Frauen: .....
   Wie viele davon sind Ausländerinnen? .....
   im 3. Jahr:
   Männer: .....
   Wie viele davon sind Ausländer? .....
   Frauen: .....
   Wie viele davon sind Ausländerinnen? .....

5. Wann fand das letzte Examen der dreijährigen Ausbildung statt?
   Jahr: 19...., Monat: .....

6. Wie groß war diese letzte Examensgruppe? ...
   .....

7. Wie groß war die vorletzte Examensgruppe?
   .....

8. Wie viele Schwestern/Pfleger schieden nach dem letzten Examen aus?
   Schwestern .....
   Pfleger .....
   weiß ich nicht ○

9. Wie viele Unterrichtsschwestern sind am Haus beschäftigt? .....
   Wie viele Unterrichtspfleger sind am Haus beschäftigt? .....

10. Welche Ausbildung besitzen Sie selbst? .....
    .....
    .....
    .....

11. Welche Ausbildung haben die anderen Unterrichtsschwestern/-pfleger? .....
    .....
    .....
    .....

12. Für welche Fächer werden Dozenten von außerhalb herangezogen? .....
    .....
    .....
    .....

13. Gibt es einen eigenen Schuletat?
    nein ○
    ja ○ wie hoch ist er? .....

14. Welche Unterrichtshilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung? .....
    .....
    .....

15. Gibt es bei Ihnen einen Lehrplan?
    nein ○
    ja ○ wenn möglich, bitte beifügen!

16. Untersteht die Krankenpflegeschule der Leitung des Pflegedienstes oder ist sie ein eigenständiger Bereich?
    ist ein eigenständiger Bereich ..... ○
    untersteht der Leitung des Pflegedienstes .. ○

17. Welchen Problemkreis sehen Sie aus Ihrer Situation heraus als besonders vordringlich in der psychiatrischen Pflegeausbildung an? .....
    .....
    .....
    .....

Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit!

11.3 Fragebogen für die Verwaltung

Strukturdaten der Einrichtung

Datum: .....

Ort: .....

Einrichtung: .....

Gesprächspartner: .....

Gesprächsklima: .....

1. *Planstellen für Pflegepersonal*

   a) Anzahl der bewilligten Planstellen insgesamt:

   b) Planstellen besetzt von:

	Examinierten		Krankenpflegern/Pflegehelfern		Unausgebildete	
	m	w	m	w	m	w
N:						

   c) Anzahl der nichtbesetzten Planstellen: .....

2. *Ausländische Pflegekräfte*

   a) Anzahl der ausländischen Pflegekräfte insgesamt: .....

   b) Grad des Ausbildungsniveaus:

Examinierte		Krankenpfleger/Pflegehelfer		Unausgebildeten	
m	w	m	w	m	w

3. *Ersatzdienstleistende*

   Anzahl (jetzige Situation): .....

4. *Betten*

   a) Bettenzahl: .....

   b) Anzahl der belegten Betten (jetzige Situation): .....

5. *Pflegekräfte*

   a) Anzahl der Pflegekräfte, die am Tage der Befragung im Dienst sind: .....

   b) Anzahl der Pflegekräfte, die an der Befragung teilgenommen haben: .....

11.4 Lernzielkatalog: Fachschwester/-pfleger für Psychiatrie

Organisation der Station zum therapeutischen Milieu:

- Kenntnisse und Fertigkeiten zur Planung, Durchführung und Kontrolle in den Bereichen Aufnahme, Entlassung; therapeutische Haushaltsführung; Umgang mit Patienten; Teamarbeit; Außenkontakte
- Planung und Durchführung von Aktivierungsgruppen
- Durchführung und Leitung von Haus- und Stationsversammlungen mit Patienten und therapeutischen Mitarbeitern
- Erkennen und Ansprechen von Gruppenprozessen
- Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit den Angehörigen der Patienten
- Praxisbezogene Anleitung von Schülern in der Psychiatrie (Schwerpunktsgebiet Psychiatrie)

Rehabilitation und Nachsorge:

- Kenntnisse und Fertigkeiten der intra-extramuralen Rehabilitation
- Nachbetreuung entlassener Patienten
- Organisatorische und therapeutische Aufgaben in Übergangseinrichtungen, insbesondere Planung und Durchführung von Patientenclubs, auch in Zusammenarbeit mit Laienhelfern
- Praktische Tätigkeit nachgewiesen in den Bereichen für Akutkranke, psychogeriatrisch Kranke, chronisch Kranke und Oligophrene; in einer teilstationären sowie einer extramuralen Einrichtung
- Kenntnisse im psychiatrisch-medizinischen Bereich; Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen; therapeutisch-pflegerische Kenntnisse.

11.5 Lernzielkatalog: Psychiatrische Krankenpflegehelfer

- Respekt und Verständnisbereitschaft als Grundeinstellung zum Patienten
- Grundkenntnisse der psychiatrischen Krankheiten und ihre Behandlungsmethoden (somatische, psychotherapeutische, soziotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten)
- Grundkenntnisse über den Umgang mit Gruppen
- Durchführung von Aktivierungsgruppen nach Anleitung (Gesellschaftsspiele, Sport, Singen, Handarbeiten, Basteln)
- Grundkenntnisse über die Organisation der Station zum therapeutischen Milieu (Aufnahme, Eigentum, Post, Körperpflege, Mahlzeiten, offene und geschlossene Abteilungen, Entlassung)
- Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie als intramurale Rehabilitationsmöglichkeiten.

Literaturverzeichnis

Friederichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung, Reinbek, Rowohlt-Verlag, 1973.

Hemprich, R. D. u. Kisker, K. P.: Die „Herren der Klinik" und die Patienten, Nervenarzt, 1968, Jg. 39, 10, S. 434—441.

Kleining, G. u. Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 20. Jg., 1968, Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen, S. 502—552.

Koch, J.-J.: Lehrer-Studium und Beruf. Einstellungswandel in den beiden Phasen der Ausbildung, Ulm, Süddeutsche Verlagsgesellschaft, 1972.

Koester, H.: Die Risiken bei der Humanisierung in der Psychiatrie, in: Das ärztliche Gespräch, 1970, 12, S. 27—46.

Kukla, R.: Krankenschwestern in der Psychiatrie, Diplomarbeit am Soziologischen Seminar der Universität Köln, 1971.

Mangold, W.: Gruppendiskussionen, in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. I, Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart 1967, S. 209—225.

Mayntz, R., Holm, K., Hübner, P.: Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie, Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen, 1969.

Moll, J.: Einstellungen des psychiatrischen Pflegepersonals im Landeskrankenhaus Weinsberg, Inaugural-Dissertation an der Universität Mannheim, 1973, unveröffentlicht.

Pinding, M., Thomae, J., Kirchlechner, B.: Krankenschwestern in der Ausbildung, G.-Thieme-Verlag, Stuttgart 1972.

Scheuch, E. K.: Das Interview in der Sozialforschung, in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. I, F.-Enke-Verlag, Stuttgart, 1967, S. 136—196.

Autoren

v. Freytag-Loringhoven, Eva-Maria, Magister Artium der Soziologie, Psychologie und Zeitungswissenschaft, geb. 1946. Seit November 1972 Vollzeitmitarbeiterin bei der Projektgruppe „Ausbildungsangebot für psychiatrisches Pflegepersonal".

Anschrift: 355 Marburg, Fähnrichsweg 18.

Gante, Karin, Leiterin des Fortbildungszentrums für Krankenpflege im Berufsfortbildungswerk des DGB in Frankfurt/Main, geb. 1943. 1969 bis 1971 Pflegedienstleitung der Augenklinik im Städt. Krankenhaus Frankfurt-Höchst, 1971 bis 1972 dortselbst Leitende Schwester für Organisation, Werbung und Öffentlichkeitsarbeit. Beraterin der Projektgruppe in Ausbildungsfragen.

Anschrift: 6 Frankfurt/Main, Stegstraße 50.

Koch, Dr. rer. soc., Jens-Jörg, Prof. für Psychologie an der Technischen Hochschule Darmstadt, geb. 1939, Veröffentlichungen u. a. aus dem Bereich der Psychologie und Soziologie von Krankenpflegeberufen und der Bildungsforschung, insbesondere zur beruflichen Sozialisation. Sozialwissenschaftlicher Berater der Projektgruppe.

Anschrift: 6101 Reinheim, Schäferweg 11.

Rave-Schwank, Dr. med. Maria, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, geb. 1935. 1968 bis 1973 leitende Ärztin der Tagesklinik der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg-Mannheim, 1970 bis 1973 dort Ausbildungsleiterin der Sozialpsychiatrischen Fachausbildung für Schwestern/Pfleger. Mitglied der Arbeitsgruppe „Berufliche Bildung in der (Sozial-) Psychiatrie" der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Mitglied der Arbeitsgruppe Ausbildung und Personal der Sachverständigenkommission zur Erstellung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Leiterin der Projektgruppe. Veröffentlichungen aus dem Bereich der psychiatrischen Krankenpflege und der Rehabilitation chronisch psychisch Kranker.

Anschrift: 5 Köln 41, Nassestraße 32.

Wir danken Frau Dr. med. Maria Pinding für ihre Beratung und Mitarbeit;

ferner dem Statistischen Landes- und Bundesamt Wiesbaden für die freundliche Mithilfe bei der Beschaffung der statistischen Unterlagen

sowie allen Pflege- und Verwaltungskräften im Bundesland Hessen, die durch ihre Aufgeschlossenheit und Mitarbeit wesentlich zu der vorliegenden Untersuchung beigetragen haben.

Die Verfasser

Ausbildungsprogramme und Ausbildungsplanung an den Ausbildungsstätten für Beschäftigungstherapie bzw. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zur Ermittlung des psychiatrischen Ausbildungsanteils

von

Christiane Haerlin
und Ingrid Viethsen

Gliederung

Motivation zur Durchführung des Projektes

Form der Durchführung

Ergebnisse

1. Die befragten Ausbildungsstätten
2. Die Studierenden
3. Die Ausbilder
4. Einsatzgebiete
5. Psychiatrische Schulen und Methoden
6. Theoretischer Unterricht
7. Vergleich der theoretischen Fächer
8. Sollvorstellungen der Ausbildungsleiter
9. Formen des Unterrichts
10. Unterrichtsinhalt
    - Tabelle I Diagnostik
    - Tabelle II Allgemeine Therapie
    - Tabelle III Beschäftigungstherapeutische Verfahren
    - Tabelle IV Forschung und Methodik
    - Tabelle V Angewandte Techniken
11. Praktikumsstellen

Diskussion der Ergebnisse

Motivation zur Durchführung des Projektes

Es wird in weiten Kreisen von ausgebildeten und in der Psychiatrie tätigen Beschäftigungstherapeuten bestätigt, daß die Ausbildung zum Beschäftigungstherapeuten nicht genügend für den Einsatz in der Psychiatrie vorbereite. Da sich in den letzten Jahren innerhalb der Psychiatrie ein Wandel vollzieht zur Therapie und Rehabilitation, die über den stationären Bereich hinaus die bestmögliche Wiedereingliederung des psychisch Kranken in die Gesellschaft anstrebt, muß sich auch die Beschäftigungstherapie auf diese Zielsetzung hin wandeln.

Daraus ergeben sich folgende Forderungen:

A. Die Beschäftigungstherapie muß über den stationären Rahmen hinaus mit dem Patienten zusammen Probleme seines späteren Lebens in der Gesellschaft bearbeiten. Dabei sind vor allem folgende Bereiche wichtig:
   - — der Arbeitsbereich
   - — der lebenspraktische Bereich (Hilfe zur Selbsthilfe)
   - — der Bereich der gezielten Freizeitgestaltung

   Die auftauchenden Probleme dieser Bereiche müssen vom Beschäftigungstherapeuten sowohl

im stationären Bereich, als auch im teilstationären und ambulanten Bereich bearbeitet werden.

B. Der Beschäftigungstherapeut kann diese Ziele nicht alleine in Einzeltherapie nur verfolgen, sondern wird dies in der Regel in Patientengruppen tun unter Berücksichtigung soziodynamischer Aspekte.

Dabei muß sich der Beschäftigungstherapeut seiner spezifischen Mittel und Wege bedienen. Kurz zusammengefaßt ist die Beschäftigungstherapie gekennzeichnet durch *nichtverbale Aktivitäten,* die im Verlaufe der Therapie besprochen werden müssen und deren Sinn bewußt gemacht werden muß, um voll therapeutisch wirksam zu werden.

Diese Therapie muß mit den anderen Teammitgliedern abgesprochen werden unter Berücksichtigung von Rollenüberlappungen und Rollenabgrenzungen.

Darüber hinaus gibt es Therapieformen, die von mehreren Teammitgliedern ausgeführt werden, auch von dem Beschäftigungstherapeuten (Gruppentherapien, Patientenmeetings, Rollenspiel z. B.).

C. Wenn man die unter A. und B. beschriebenen Aspekte berücksichtigt, spielt die Form der Ausbildung, die Auswahl der Dozenten, die Art der Praktikumsstellen eine signifikante Rolle.

Um diese Forderungen erfüllen zu können, muß der Studierende schon während der Ausbildung auf diese gelenkt werden. Es ergeben sich folgende Überlegungen für die Gestaltung der Ausbildung:

ad A:

Für diese Zielsetzung muß der Beschäftigungstherapeut die Rolle des Menschen heute, die Rolle des Patienten und Behinderten in der Gesellschaft gut verstehen. Dazu tragen folgende Fächer bei:

— Psychologie
— Pädagogik
— Soziologie

Der Beschäftigungstherapeut muß über die Kenntnis des stationären Bereiches hinaus teilstationäre und ambulante Therapieformen kennenlernen und seine therapeutische Rolle auch dort finden. Die gelehrten fachspezifischen Techniken müssen auf die genannten Ziele ausgerichtet werden und über die Vermittlung handwerklich künstlerischer Techniken hinaus nur realistischere Techniken aus der Arbeitswelt und dem lebenspraktischen Bereich gelehrt werden.

ad B:

Für diese Formen der Therapie muß der Beschäftigungstherapeut seine eigene Persönlichkeit und deren Dynamik kennen und wissen, wie diese auf Patienten und andere Teammitglieder wirkt (Forderung der Selbsterfahrungsgruppe). Er muß gruppendynamische Prozesse verstehen können und therapeutisch beeinflussen können, da er mehr in Gruppen von Patienten arbeitet als mit einzelnen Patienten. Er muß ein gutes Wissen über praktizierte Therapieformen anderer Teammitglieder haben, um seine spezielle Therapieform abzustimmen und zu integrieren in das gesamte therapeutische Programm.

ad C:

Gemäß der fundierten Erkenntnisse optimalen Lernens ist es dringend notwendig, daß die Unterrichtsform während der Ausbildung über die Form der Schulstunde oder des Vorlesungsstiles hinausgeht. Es müssen moderne Medien eingesetzt werden zur größeren Effektivität. Es ist besonders wichtig, daß die Dozenten sich einig sind über die genannten Zielvorstellungen, da ihre Haltung Unterricht und Effektivität des Lernens wesentlich beeinflußt. Dies gilt in gleicher Weise für die Praktikumsleiter.

Der Fragebogen ist auf diese Forderungen und Implikationen für die Ausbildung hin konzipiert und versucht den Ist-Stand der derzeitigen Ausbildungsformen zu ermitteln, um besser erkennen zu können, wie groß die Diskrepanz zwischen diesem und den formulierten Sollvorstellungen ist.

1. Form der Durchführung

Zwischen dem 23. Juni 1973 und dem 17. August 1973 fanden an fünf Fachschulen für Beschäftigungstherapie und einer höheren Fachschule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie eine mündliche Befragung statt an Hand des beigefügten Fragebogens. Eine weitere Ausbildungsstätte erklärte sich im Oktober 1973 zu einer schriftlichen Befragung — mittels desselben Bogens — bereit.

An alle Einrichtungen wurden dieselben Fragen gestellt. Einige Fragen ließen sich nicht eindeutig beantworten und gaben Anlaß für ein längeres Gespräch. Durch diese Art der Befragung fließen auch subjektive Erfahrungen und Meinungen in den Auswertungsbericht sowie einige zusätzliche sachliche Informationen. Der benötigte Zeitaufwand betrug fünf bis sieben Stunden pro Einrichtung. Die Befragung konzentrierte sich auf folgende Hauptpunkte:

— Unterrichtsinhalt
— Unterrichtsformen
— Studierende und Ausbilder

Ergebnisse

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es zur Zeit sieben Ausbildungsstätten für Beschäftigungstherapie:

Staatlich anerkannte Schule für Beschäftigungstherapie am Annastift e. V.
(Orthopädische Heil- und Lehranstalt)
3 Hannover-Kleefeld, Heimchenstraße 1—6
Leiter der Schule: Prof. Dr. med. G. Hauberg
Ausbildungsleiterin: Erika Witte

Höhere Fachschule für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
— Ergotherapie —
der Landeshauptstadt München
(öffentliche Schule)
8 München 80, Bogenhauser Kirchplatz 3
Schulleitung: Gerda Huchthausen
Vorsitzender des ärztl. Beirates der Schule: Univ.-Prof. Dr. Georg Maurer

Staatlich anerkannte Schule für Beschäftigungstherapie
1 Berlin-Dahlem, Oskar-Helene-Heim,
Clayallee 229
Leiter der Schule: Prof. Dr. med. Friedebold
Technische Kursleiterin: Ilse Naumann

Staatlich anerkannte Lehranstalt für Beschäftigungstherapie an der Klinik und dem Rehablitationszentrum Lippolsberg
3417 Wahlsburg-Lippoldsberg
Schulleitung: Dr. med. A. Koch, Inge Lausen
Ausbildungsleiterin: Inge Lausen

Staatlich anerkannte Lehranstalt für Beschäftigungstherapie
1 Berlin-Spandau
Evangelisches Waldkrankenhaus
Leiter der Schule: Dr. med. Stope
Ausbildungsleiterin: Ursula Bössenrodt

Staatliche Lehranstalt für Beschäftigungstherapie
1 Berlin-Wittenau
Städt. Karl-Bonhoeffer-Heilstätten,
Oranienburgstraße 285
Leiter der Lehranstalt: Dr. med. Keup
Ausbildungsleiterin: Sigrid Kleinert

Staatlich anerkannte Lehranstalt für Beschäftigungstherapie
6230 Frankfurt/Main-Höchst
Städtisches Krankenhaus, Gotenstraße
Leiter der Lehranstalt: Dr. med. W. Bechtoldt
Technische Leiterin: Frauke Drees

Eine achte Ausbildungsstätte ist im Aufbau an der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg. Sie ist bei der Befragung nicht berücksichtigt worden.

Ein echter Vergleich zwischen den Einrichtungen ist schwierig. Zunächst nimmt die höhere Fachschule in München insofern eine Sonderstellung ein, als sie nicht an ein Krankenhaus angeschlossen ist wie die anderen sechs Einrichtungen. Außerdem ist sie die einzige Ausbildungsstätte, die auch im dritten Ausbildungsjahr ein Unterrichtsprogramm anbietet neben Praktika. Die anderen sehen im dritten Jahr während der ganzen Zeit ein Berufspraktikum vor. Das dritte Ausbildungsjahr der Münchner Einrichtung ist in der ersten Jahreshälfte der Arbeitstherapie vorbehalten. Diese wird an den anderen Einrichtungen nicht gelehrt.

Von den sieben Ausbildungsstätten ist also eine unabhängig, zwei angegliedert an orthopädische Kliniken, zwei an allgemeine Krankenhäuser, eine an ein Krankenhaus für innere Erkrankungen mit Rehabilitationszentrum und eine an ein psychiatrisches Landeskrankenhaus.

Ein Vergleich der Schulen wird zudem dadurch erschwert, daß in den einzelnen Bundesländern die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen unterschiedlich sind. Dies soll sich mit dem für 1975 erwarteten Bundesgesetz zur staatlichen Anerkennung des Berufes ändern.

2. Die Studierenden

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es augenblicklich 210 bis 220 Ausbildungsplätze pro Jahr. Vier Ausbildungsstätten nehmen jedes Halbjahr Studierende auf, drei nur einmal pro Jahr.

Im Durchschnitt beträgt die Schülerzahl pro Ausbildungsgang 24 Plätze. Die höchste Zahl haben die Stätten, die einmal jährlich aufnehmen: Hannover 34 Plätze, München 36, Lippoldsberg 36. Niedrigste Zahlen haben die Berliner Stätten mit 10 bis 12 Plätzen pro Ausbildungsgang.

Die Studierenden bringen sehr unterschiedliche Voraussetzungen für die Ausbildung mit.

Das Mindestalter beträgt je nach Einrichtung zwischen 18 und 20 Jahre.

Schulische Voraussetzungen (durchschnittlich):

20 % Abitur

50 % Mittlere Reife und eine Berufsausbildung, davon 20 % mit Berufserfahrung

10 % Fachoberschule oder Primareife u. ä.

20 % nur Mittlere Reife

Schüleranmeldungen pro Jahr:

Hannover	10 bis 100
München	400
Berlin, Oskar-Helene-Heim	70
Berlin, Karl-Bonhoeffer-Heim	60 bis 80
Berlin, Waldkrankenhaus	160 bis 200
Lippoldsberg	500
Frankfurt	100 bis 160

Diese Zahlen wurden von den Ausbildungsleitern geschätzt. Ganz exakte Zahlen konnten nicht gegeben werden. Da die Wartezeit an den meisten Schulen zwei bis drei Jahre beträgt, springen viele Bewerber ab. An den drei Berliner Ausbildungsstätten erfolgen die Anmeldungen oft gleichzeitig, so daß bei Addition der Anmeldungen pro Schule ein falsches Bild entstünde. Insgesamt muß aber in der Bundesrepublik Deutschland mit mindestens 1 300 Anmeldungen pro Jahr gerechnet werden. Von 1 300 Bewerbern müssen also 1 080 zurückgewiesen werden. Nur jeder fünfte Interessent kann die Ausbildung beginnen. Es konnte nicht ermittelt werden, wie-

viele Bewerber ihre Bewerbung aus persönlichen Gründen selbst zurückziehen.

Nach welchen Gesichtspunkten erfolgt die *Selektion:* An allen Einrichtungen ist das Datum der Anmeldung und das Alter des Bewerbers (nicht unter 18 Jahre) wichtig.

Alle anderen Selektionskriterien werden uneinheitlich gewertet. An drei Ausbildungsstätten wird der Schulabschluß und der Notendurchschnitt berücksichtigt. Am gegensätzlichsten sind die Meinungen hinsichtlich der Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur des Bewerbers. Fast an allen Stätten wird ein psychologischer Eignungstest verlangt und zusätzlich ein persönliches Gespräch mit dem Ausbildungsleiter. In München ist dieses Gespräch für die Aufnahme ausschlaggebend. In Berlin, Waldkrankenhaus, erfolgt die Auslese durch eine Sachbearbeiterin des Diakonievereins und durch den hauseigenen Psychologen im Gruppentest. Außerdem muß dort das Krankenpflegepraktikum, das bei allen Ausbildungsstätten vor Beginn verlangt wird, (meist 1/4 Jahr) im Waldkrankenhaus selbst abgeleistet werden. Dagegen wird in Frankfurt die Aufnahme nicht einmal vom „guten Eindruck" im persönlichen Gespräch mit der Ausbildungsleiterin abhängig gemacht.

3. Die Ausbilder

Der Unterricht in den medizinischen Fächern erfolgt durch Fachärzte. Sie werden durch die Leitung der Einrichtungen in Absprache mit den Praktikumsleiterinnen in der Psychiatrie berufen. Die Dozenten erhalten pro Unterrichtsstunde zwischen 18,50 DM (Frankfurt) und 25 DM (Berlin). Fünf der unterrichtenden Fachärzte für Psychiatrie arbeiten in den großen psychiatrischen Anstalten wie z. B. Landesnervenklinik Berlin oder Bethel. Ein Facharzt ist an einer neurologischen Klinik angestellt und einer in einer psychiatrischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses. Die Dozenten haben keine pädagogisch didaktische Qualifikation. Sie unterrichten auf Honorarbasis. Es gibt kein medizinisches Unterrichtsbuch, das auf den Beruf des Beschäftigungstherapeuten zugeschnitten ist. Die Ärzte erteilen einen Unterricht, der sich weitgehend an dem Studium für Mediziner orientiert. So ist die Zwischenprüfung in Anatomie und Psychologie für Beschäftigungstherapeuten eine Art Physikum en miniature.

Die *Ausbildungsleiter* haben ebenfalls keine pädagogische Qualifikation vorzuweisen. Es sind überwiegend Beschäftigungstherapeuten, die zusätzliche Qualifikationen handwerklichen Inhalts erworben haben. Eine Ausnahme ist die Münchner Ausbildungsleiterin, die außer Beschäftigungstherapeutin fertig ausgebildete Studienrätin ist.

Die *Praktikumsleiter* sind Beschäftigungstherapeuten ebenfalls ohne pädagogische Ausbildung. Sie sind voll im Klinikeinsatz und bilden dazu 2 bis 17 Studierende im zweiten Ausbildungsjahr während des Schulpraktikums aus. Sie werden wie alle praktisch arbeitenden Beschäftigungstherapeuten besoldet. Nur in Hannover wird diesen aus dem Schulfonds eine zusätzliche Vergütung gewährt. Dadurch hat die Schule auch Einfluß auf die Auswahl der Praktikumsleiter. Im Gegensatz dazu müssen die Ausbildungsleiter der anderen Einrichtungen froh sein, wenn sich irgendeine Klinik und deren Kräfte bereit erklären, Studierende aufzunehmen.

4. Einsatzgebiete

Die Ausbildungsleiter betonen, ohne differenzieren zu wollen, daß die Studierenden für alle Einsatzgebiete und Patienten, sei es mit akut oder chronisch Kranken, im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich gleich gut ausgebildet werden müssen.

Die Ärzte hingegen neigen dazu, die Beschäftigungstherapeuten in ihrem Tätigkeitsgebiet einsetzen zu wollen. Bezeichnend ist, daß nur ein Arzt, der eine Nachtklinik leitet, die Notwendigkeit der Freizeitgestaltung in der Nachtklinik durch Beschäftigungstherapeuten betont.

5. Psychiatrische Schulen und Methoden

Umstritten ist auch die Frage, mit welchen neueren psychiatrischen Methoden die Beschäftigungstherapie vereinbart werden kann. Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Milieutherapie, medikamentöse, somatische Therapie standen zur Diskussion.

Psychotherapie kommt nach der Meinung der meisten Fachärzte nicht in Frage. Verhaltenstherapie und Milieutherapie fanden dagegen eher ihre Zustimmung. Umstritten war nur die medikamentöse, somatische Therapie, die als Voraussetzung für die Beschäftigungstherapie angesehen wird.

6. Theoretischer Unterricht in Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik und Soziologie

Das Unterrichtsangebot für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie beträgt durchschnittlich 74 Stunden pro Ausbildung, ist aber je Einrichtung sehr unterschiedlich:

Hannover	45 Stunden
München	50 Stunden
Berlin, O. H. H.	60 Stunden
Berlin, K. B. H.	50 Stunden
Berlin, Ev. W.	98 Stunden
Lippoldsberg	40 Stunden
Frankfurt	176 Stunden

Die hohe Stundenzahl in Frankfurt ergibt sich durch den zusätzlichen Unterricht in Psychotherapie.

Der Unterricht in *Psychologie* erfolgt vorwiegend im ersten Jahr mit durchschnittlich 105 Stunden für die gesamte Ausbildungszeit. Bei Aufschlüsselung ergeben sich erhebliche Unterschiede:

Hannover	65	
München	160	(1. Jahr)
	60	(2. Jahr)
	120	(3. Jahr)
Berlin, O. H. H.	66	
Berlin, K. B. H.	140	
Berlin, Ev. W.	110	
Lippoldsberg	60	
Frankfurt	88	

Unterricht in *Pädagogik* und *Soziologie* finden an den Ausbildungsstätten nicht statt.

7. Vergleich der Fächer Psychiatrie, Psychologie mit den Fächern Anatomie, Physiologie und Orthopädie

Im ersten Ausbildungsjahr:

Hannover	Psychologie	65 Stunden
	Anatomie, Physiologie	274 Stunden
Berlin, K. B. H.	Psychologie	140 Stunden
	Anatomie, Physiologie	208 Stunden
München	Psychologie	340 Stunden
	Anatomie, Physiologie	120 Stunden

In Hannover, die als erste Einrichtung richtungsweisend für die anderen Schulen war, steht das Verhältnis Psychologie : Anatomie wie 1 : 4.

Im zweiten Ausbildungsjahr:

Es finden Praktika in drei verschiedenen Einrichtungen statt. Nebenher erfolgt der theoretische Unterricht.

Hannover	Psychiatrie, Neurologie	45 Stunden
	Orthopädie	110 Stunden
Berlin	Psychiatrie, Neurologie	60 Stunden
	Orthopädie	70 Stunden

8. Sollvorstellungen der Ausbildungsleiter zu den Fächern Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Soziologie

Psychiatrie: Sechs Ausbildungsleiter erklären die Ausbildung in Psychiatrie für ausreichend. Drei davon schränken diese Aussage etwas ein wie folgt:

— nicht ganz ausreichend für die später psychiatrisch orientierte Beschäftigungstherapeutin

— leider fehlt die Zeit, um vor dem Praktikum in Psychiatrie Unterricht zu geben.

— bei Verlängerung der Ausbildung sollte mehr Psychiatrie gelehrt werden.

Eine Ausbildungsleiterin erklärte die für Psychiatrie angesetzten Stunden für zu gering. Auch ist es bemerkenswert, daß eine Ausbildungsleiterin 60 Stunden für ausreichend, eine andere 176 für nicht ausreichend erklärt.

Psychologie: Vier Ausbildungsleiter sind der Meinung, die Stundenzahl in Psychologie sei ausreichend und günstig über die Ausbildungszeit verteilt. Zwei möchten die Stundenzahl erhöhen, betonen aber, daß die Zeit bei der Fülle des Programmes dafür nicht ausreiche. Bemerkenswert ist, daß eine Ausbildungsleiterin 60 Stunden für ausreichend, eine andere 340 für ausreichend erklärt.

Pädagogik: Die Einführung dieses Fach würden die meisten Befragten begrüßen. Es ergab sich im Gespräch, daß darunter die Methodik der Beschäftigungstherapie verstanden wird.

Soziologie: Es wird als Fach nicht rundweg abgelehnt, aber es bestehen keine klaren Vorstellungen, was hier konkret gelehrt werden soll.

9. Formen des Unterrichts

Die Form des Unterrichts ist in den einzelnen Fächern verschieden. Sie ist von der Persönlichkeit des Dozenten abhängig und wird bei fortgeschrittenen Semestern nicht verändert. Die dominierende Form in Psychiatrie ist die Vorlesung, die durch Sachfragen und kurze Diskussionen unterbrochen werden kann. Nur in Psychologie werden auch freie Unterrichtsformen gepflegt. Hier nähert sich die Ausbildungsweise dem universitären Seminarstil. Nur an einer Ausbildungsstätte werden auch Anregungen für das Selbststudium gegeben. Differenzierte Gruppenarbeit findet kaum statt. Audiovisuelle Hilfsmittel sind sehr wenig, an den meisten Stätten überhaupt nicht vorhanden. Interdisziplinären Unterricht gibt es an keiner der aufgesuchten Ausbildungsstätten. Er wird von den meisten Ausbildungsleitern abgelehnt, da sie davon eine geringe Berufsbezogenheit erwarten. Ärzte lehnen ebenso wie Ausbildungsleiter Großgruppen ab.

Tabelle I

10. Unterrichtsinhalt an den einzelnen Ausbildungsstätten

Diagnostik

Bereiche	grober Überblick	gutes theoretisches Wissen	theoretisches Wissen und Fallbesprechung	theoretisches Wissen und Einübung	theoretisches Wissen und Praxis mit Patienten
Psychotische Störungen	Ha Fr	Mü B1 B3 B2	Li	—	—
Psychoneurotische Störungen	B1 B3 Fr	Mü B2	—	—	Li
Psychosomatische Störungen	Ha Mü B1 Fr B3 B2	—	—	—	Li
Persönlichkeitsstörungen	B3	Mü B2 Fr	Ha Li	—	—
Psychische Störungen mit organischer Ursache	Ha Mü Fr	Li B2	B3	—	B1
Verhaltensstörungen in Kindheit und Jugend	Li Mü	Fr	—	—	—
Verhaltensstörungen im Alter	Li B3 Fr	B2	Ha B2	—	—
Suchten	Mü B1 Li Fr Ha	B3 B2	—	—	—

Legende:

Ausbildungsstätte	Hannover	Ha	Berlin, Oskar-Helene-Heim	B1
	München	Mü	Berlin, Karl-Bonhoeffer-Heilstätten	B2
	Frankfurt	Fr	Berlin, Waldkrankenhaus	B3
	Lippoldsberg	Li		

Im Fachbereich *Psychiatrie* wird den Schülern hauptsächlich ein grober Überblick vermittelt. 25mal entschieden sich die Ärzte für diese Spalte, 15mal wird angegeben, daß gutes theoretisches Wissen beigebracht wird.

Fallbesprechungen und Praxis mit Patienten werden selten Inhalt der Unterrichtsstunde. Im ganzen ist eine Wertung schwierig, weil auch die Aussagen der Ärzte, ob sie einen groben Überblick geben oder gutes theoretisches Wissen vermitteln, relativ sind. Auffällig ist, daß Verhaltensstörungen in Kindheit und Jugend an vier Ausbildungsstätten, psychoneurotische Störungen an einer Ausbildungsstätte nicht behandelt werden.

Allgemeine *Therapie* wird im Unterrichtsfach Psychiatrie nur sehr wenig berücksichtigt. Sollten Studierende überhaupt in therapeutische Behandlungsverfahren der Ärzte eingeweiht werden?

Bei keiner anderen Frage wurden so kontroverse Meinungen vorgetragen. Am meisten Zuspruch bekam das Fach Rehabilitation, am wenigsten die Prävention, psychotherapeutische Verfahren und Psychodrama. Drei Ärzte streben an, ihre Studierenden über therapeutische Gemeinschaft und Verhaltenstherapie zu informieren. Zwei Ärzte würden anstreben, in Gruppentherapie, Rehabilitation, Psychodrama und psychotherapeutische Verfahren zu unterrichten. Ein Arzt hält es nicht für notwendig, Studierende in Therapieverfahren — wie psychotherapeutische Behandlung, Psychodrama, Psychopharmaka — einzuführen. Ein Arzt lehnt es grundsätzlich ab, Studierende über die Therapieverfahren zu informieren, weil sie diese später nicht ausüben würden. Seiner Meinung nach braucht die Beschäftigungstherapeutin ebenso wenig Wissen über psychotherapeutische Verfahren und Verhaltenstherapie wie über Hospitalisierung, Milieutherapie, Gruppentherapie und Psychodrama.

Tabelle II

Therapie, allgemein

Bereiche	grober Überblick	gutes theoretisches Wissen	theoretisches Wissen und Fallbesprechung	theoretisches Wissen und Einübung	theoretisches Wissen und Praxis mit Patienten
Somatische Behandlungsverfahren	Ha Mü	—	—	—	—
Psychopharmaka	Li B3 Fr	B2	—	—	—
Psychosoziale Behandlungsverfahren	—	—	—	—	—
Klassische Analyse	Mü B2 Fr	—	—	—	—
andere psychotherapeutische Verfahren	—	—	—	—	—
Gruppentherapie	Li B3 B2 Fr	—	—	—	—
Hospitalisierung und Milieutherapie	Ha Mü	B3 B2 Fr	—	—	—
Prävention	B1	—	—	—	—
Therapeutische Gemeinschaft	B3 B2 Fr	—	—	—	—
Verhaltenstherapie	Fr	Mü B2	—	—	—
Psychodrama	Li Fr	—	—	—	—
Rehabilitation	Fr Mü B1 B3 B2	—	—	—	—

bezüglich der Abkürzungen vgl. Tabelle I

Tabelle III

Von der Beschäftigungstherapeutin verwendete Therapieverfahren

Bereiche	Hannover	München	Frankfurt	Lippoldsberg	Berlin 1	Berlin 2	Berlin 3
Kreative Gestaltungstherapie	×	×	×	×	×	×	×
Maltherapie	×			×		×	
Konzentrative Bewegungstherapie							
Arbeitstherapie		×			×		×
Haushaltstraining			×	×	×	×	×
Andere lebenspraktische Übungen				×	×		×
Freizeitgestaltung	×		×	×	×	×	×
Musiktherapie, Tanz, Rhythmik						×	

Tabelle IV

Forschung und Methodik

Bereiche	grober Überblick	gutes theoretisches Wissen	theoretisches Wissen und Fallbesprechung	theoretisches Wissen und Einübung	theoretisches Wissen und Praxis mit Patienten
Psychologische Testverfahren	Mü B 1 B 3 Ha	Fr			
Statistik	B 3				
Beurteilungsbögen	Mü B 2 Fr	Ha			
Fragebögen	Mü	Ha			
Soziogramm					
Anamneseerhebung	Fr				
Interviewtechnik	Fr				

bezüglich der Abkürzungen vgl. Tabelle I

Auf dieser Tabelle wurden fast alle Eintragungen nur unter Vorbehalten gemacht, denn in diesen Fächern wird den Studierenden kaum oder nur sehr vages Wissen vermittelt.

Immerhin werden die Studierenden, außer an zwei Einrichtungen, mit psychologischen Testverfahren vertraut gemacht. Über Patientenbeurteilungsbögen wird im allgemeinen im praxisbegleitenden Unterricht informiert. Zwei Praktikastellen benutzen keine Beurteilungsbögen mehr.

Tabelle V

Angewandte Techniken der Beschäftigungstherapeutin in der Psychiatrie

Bereiche	Hannover	München	Frankfurt	Lippoldsberg	Berlin 1	Berlin 2	Berlin 3
Handwerkliche Techniken							
Holz	×	×	×	×	×	×	×
Metall	×	×	×	×	×	×	×
Ton	×	×	×	×	×	×	×
Textilien	×	×	×	×	×	×	×
Papier	×	×	×	×	×	×	×
Flechten	×	×	×	×	×	×	×
Technische, industrielle Techniken							
Metall							
Kunststoff		×			×		
Technisches Zeichnen							
Elektronik							
Textil, Papierindustrie		×					
Kaufmännische Techniken					×	×	
Gestalterischer Bereich							
Malen	×	×	×	×	×	×	×
Plastisches Gestalten	×	×	×	×	×	×	×
Musik				×		×	×
Bewegung				×		×	
Graphisches Gestalten		×		×	×		×
Haushaltsbereich							
Kochen				×	×		×
Waschen					×		×
Raumpflege					×		×
Haushaltsbudget							
Wohnungseinrichtung					×		×
Lebenspraktischer Bereich							
Hygiene, Körperpflege							
Kosmetik, Haarpflege							
Verkehr					×		×
öffentliche Einrichtungen					×		×
Umgang mit Geld					×		×
Freizeitbereich							
Sport					×		×
Spiele	×	×	×		×	×	×
Hobbies	×	×	×	×	×		×
Geselligkeit	×	×		×	×	×	×
Kulturelle Veranstaltungen	×	×	×	×	×	×	×

Die Beschäftigungstherapeuten verwenden hauptsächlich Techniken, die sie im ersten Ausbildungsjahr gelernt haben. Da an allen Ausbildungsstätten die handwerklichen und kunsthandwerklichen Techniken vermittelt werden, ist es naheliegend, daß diese in erster Linie angewendet werden. Tätigkeiten aus dem Haushaltsbereich und lebenspraktischen Bereich werden dagegen fast gar nicht in den Kliniken ausgeführt.

11. Praktikumstellen

Die Praktikumstellen befinden sich hauptsächlich in großen Anstalten mit mehr als 1 000 Betten:

Hannover	Wahrendorf'sche Anstalten Ilten
München	LKH Wasserburg a. Inn Universitätsnervenklinik München
Lippoldsberg	Bethel
Berlin 1	Landesnervenklinik Berlin-Dahlem
Berlin 2	Karl Bonhoeffer Heilstätten
Berlin 3	Landesnervenklinik Berlin-Spandau
Frankfurt	Städtischen Krankenhaus Höchst, psychiatrische Abteilung

Die Studierenden haben an den meisten Einrichtungen Einfluß auf die Reihenfolge der verschiedenen Praktika. Ein Psychiatriepraktikum ist an allen Schulen Pflicht. Praktikanten müssen eine Gruppe von drei bis zehn Patienten betreuen. Eine Lehrtherapeutin hat zwei bis 17 Studierende in der angewandten Beschäftigungstherapie anzuleiten.

Feste Vereinbarungen zwischen Schule und Praktikumsstellen bestehen kaum. Liegt die Schule in der Nähe, so wird mündlich Kontakt gepflegt. Regelmäßig angesetzte Besprechungen finden nur an drei Ausbildungsstätten statt (München, Hannover, Lippoldsberg).

An einer Einrichtung (München) gibt es zwei Praxisleiterinnen, die den Kotakt zwischen Ausbildungsstätte und Praktikumsstelle aufrechterhalten.

Tägliche Besprechungen mit den Schülern finden an zwei Praktikumsstellen statt. Der praxisbegleitende Unterricht und der Fachunterricht in Psychiatrie findet außer an einer Schule immer an den Praktikumsstellen statt.

In fünf Krankenhäusern wird den Studierenden Einblick in die Krankengeschichte gewährt und Zulaß zu Personalteambesprechungen gegeben. Bis auf eine Stelle dürfen die Studierenden an Visiten teilnehmen. Bei Personalbesprechungen in der Beschäftigungstherapie sind die Studierenden immer anwesend. Behandlungspläne werden von Beschäftigungstherapeuten nie schriftlich und nur ab und zu mündlich im Team festgelegt. Schriftliche Patientenbeobachtungen und Beurteilung wird außer an zwei Praktikumstellen durchgeführt.

Überall findet praxisbegleitender Unterricht statt. Eine psychiatrische Praktikumsarbeit wird nur noch von einer Ausbildungsstätte verlangt.

Zwei Einrichtungen lassen die Studierenden nur eine Praktikumsarbeit aus dem zweiten Ausbildungsjahr nach freier Wahl schreiben. An zwei Ausbildungsstätten findet nach Beendigung der Praktikumszeit eine Prüfung statt (Patientenvorstellung und schriftlicher Bericht).

Die Studierenden werden nach einem Beurteilungsbogen nach Ablauf der Praktikumszeit beurteilt.

Jeder Studierende hat nach Meinung der Ausbildungsleiter genügend Gelegenheit, sich alleine oder im Klassenverband mit den Dozenten und der Schulleitung auszusprechen. An einer Schule gibt es einmal pro Monat eine Vollversammlung (Studierende-Mitverwaltung). An anderen Ausbildungsstätten gibt es nur Vollversammlungen, wenn Probleme auftauchen.

Teilweise gibt es im Unterrichtsfach „Gruppendynamik" schon Selbsterfahrungsgruppen bzw. Möglichkeiten, sich mit Psychotherapeuten auszusprechen.

Diskussion der Ergebnisse

Betrachtet man die Ergebnisse der Untersuchung im Vergleich zu den *eingangs gestellten Forderungen* und Implikationen für die Ausbildung, so werden die Diskrepanzen zwischen dem ermittelten Ist-Zustand und dem formulierten Soll-Zustand sehr deutlich:

ad A:

Es ist zwar eine Selbstverständlichkeit, an allen Ausbildungsstätten die Fächer *Psychiatrie* und *Psychologie* zu lehren. Die Stundenzahl und Verteilung der Stunden auf die Ausbildungszeit schwankt aber beträchtlich. Sehr deutlich wird daraus die von den Ursprüngen der Beschäftigungstherapie herrührende Orientierung an der Körpermedizin, besonders der Orthopädie.

Die geforderten Fächer *Pädagogik* und *Soziologie* werden nicht gelehrt, es bestehen unterschiedliche Einstellungen dazu, zum Teil vage Vorstellungen über den Inhalt und Sinn dieser Fächer. Derzeit kann an den Ausbildungsstätten kein Trend zur Einführung dieser Fächer festgestellt werden. Das Fehlen soziologischer Betrachtungsweisen mag erklären, warum Beschäftigungstherapeuten in der Psychiatrie große Probleme haben, ihre Rolle und Funktion im Organismus einer Einrichtung zu verstehen und diese zu integrieren mit anderen Therapieformen.

Über den Einsatz in teilstationären und ambulanten Einrichtungen herrschen vage Vorstellungen oder je nach Dozenten rein zufällige Einstellungen. Die Rolle eines Beschäftigungstherapeuten in einer Tagesklinik oder in einem ambulanten Dienst wird an Hand des Unterrichts nicht geklärt. Dies mag einer der Gründe sein, warum es in diesen Einrichtungen kaum Beschäftigungstherapeuten gibt, obwohl es eine Vielzahl von nichtverbalen Aktivitäten gäbe, die dort durchgeführt werden könnten. Dies wird heute teilweise von anderen Teammitgliedern besorgt.

Es ist sehr auffallend, wie stark die in der Ausbildung vermittelten Techniken am handwerklich-künstlerischen Modell orientiert sind, obwohl sich heute bei — in der Psychiatrie tätigen — Beschäftigungstherapeuten die Notwendigkeit für Techniken aus dem vorberuflichen Bereich und dem lebenspraktischen Bereich schon sehr deutlich zeigt. Selbst der kaum mehr umstrittene Haushaltsbereich, der zunehmend zum Programm des Beschäftigungstherapeuten gehört, wird nur von ganz wenigen Ausbildungsstätten berücksichtigt.

ad B:

Es wird weder in den Ausbildungsstätten noch in der Praxis genügend bedacht, daß die Kenntnis der eigenen Persönlichkeit und ihrer Dynamik für den Studierenden sehr wichtig ist in bezug auf seinen späteren therapeutischen Einsatz. Es finden keine Selbsterfahrungsgruppen oder nur ganz sporadische Ansätze bisher in den Ausbildungsstätten statt. Es herrscht auch unter Ärzten und Psychologen Unsicherheit, inwiefern dies einem Studierenden der Beschäftigungstherapie bereits zugemutet werden kann. Wenn es in der Praxis am Arbeitsplatz in der Psychiatrie für den jungen Beschäftigungstherapeuten ausreichende Möglichkeiten der Selbsterfahrung gäbe, wäre es tatsächlich ratsam, diese nach der Ausbildungszeit stattfinden zu lassen. Da dies bis auf weiteres aber noch nicht abzusehen ist, sollten die Ausbildungsstätten etwa die Form der themenzentrierten Selbsterfahrung weitgehend einführen.

Gruppendynamik, Gruppentherapie wird hie und da in die Fächer Psychiatrie und Psychologie eingebaut. Die Informationen darüber sind in diesem Projekt zu ungenügend, als daß viel darüber gesagt werden kann. Es ist aber aus anderen Informationen bekannt, daß über das Vermitteln der Techniken hinaus kaum Zeit bleibt, diese in gruppendynamischer Form zu bearbeiten, um sie später so gezielter bei Gruppen von Patienten anwenden zu können.

Interdisziplinärer Unterricht wird durchweg abgelehnt, da befürchtet wird, daß die fachspezifischen Aspekte darunter leiden würden. Es ist aber bekannt von Ausbildungsstätten in anderen Berufsbereichen, daß bei gewissen interdisziplinären Unterrichtsformen das Verständnis für angrenzende Berufe wächst und Rollenüberlappungen und -abgrenzungen bereits während der Ausbildung bearbeitet werden können. Dies trägt später zu einer schnelleren und sichereren Findung der eigenen Rolle bei. Gerade für Grundlagenfächer wie Psychiatrie, Pädagogik, Psychologie und Soziologie sollte die Form des interdisziplinären Unterrichts mit verwandten Berufen wie Physiotherapeuten, Berufstherapeuten, Sprachtherapeuten angestrebt werden. Im Ausland, besonders in jenen Ländern, die auf eine Ausbildung im Rahmen von Politechnischen oder Universitären Einrichtungen hinzielen (USA, Australien, England), wird dies bereits verwirklicht. In Deutschland wird dies für die in Planung befindliche Ausbildungsstätte an der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg angestrebt.

ad C:

Es ist in weiten Kreisen von Fachleuten der Unterrichtsgestaltung längst bekannt, daß der Medienverbund eine sinnvolle und effektive Form des Unterrichts ist. Dies bedeutet, daß neben den traditionellen Formen wie Vorlesung oder Frontalunterricht die Form des Seminarstils, der Kleingruppenarbeit, des Einsatzes von audiovisuellen Mitteln wichtig sind. In den befragten Ausbildungsstätten wird kaum anders als in Form des Frontalunterrichts gelehrt. Es ist dringend notwendig, daß andere Unterrichtsformen hinzukommen und Differenzierungen gemacht werden zwischen Unterrichtsformen des ersten, zweiten, dritten Jahres. Selbst wenn audiovisuelle Mittel aus finanziellen Gründen schwierig einzusetzen sind, könnte der Seminarstil und Unterricht in kleinen Arbeitsgruppen bereits jetzt eingeführt werden.

Darüber hinaus bieten die Dozenten und ihre Einstellung ein äußerst heterogenes, problematisches Bild. Es ist kaum zu verübeln, wenn Ärzte und Psychologen für ein sehr geringes Entgelt diesen Unterricht als Nebensache ansehen. Eine bessere Finanzierung sollten einhergehen mit einer Einführung und Instruktion der in Frage kommenden Dozenten über die Ausbildungsanliegen und Zielsetzungen der studierenden Beschäftigungstherapeuten.

Ausbildungsprogramme und -planung an Fachhochschulen für Sozialwesen *)

von

Gerlinde Theine

Gliederung

I. Merkmale und Ziele der Reform

II. Ausbildungsstätten, Träger, Fachbereiche, Numerus clausus, Ausbildungskapazität

III. Organisation der Ausbildung, Eingangsvoraussetzungen, Lehrkörper

IV. Inhalte der Ausbildung

Grundstudium

Haupt- bzw. Schwerpunktstudium

Praktika

V. Zusammenfassung

VI. Diskussion

I. Merkmale und Ziele der Reform

Die Ausbildung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen wird seit etwa 1970/1971 umstrukturiert. Wesentliche Merkmale und Ziele dieses Prozesses sind

a) Umwandlung von Höheren Fachschulen zu Fachhochschulen für Sozialwesen, Neugründungen von Fachhochschulen und Fachbereichen an Gesamtfachhochschulen und Gesamthochschulen für Sozialwesen

b) Graduierung der Absolventen, d. h. Verleihung des akademischen Grades Sozialarbeiter grad. bzw. Sozialpädagoge grad. nach bestandenem Abschlußexamen

c) Zusammenführung der traditionell getrennten Teilbereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik

d) Schaffung größerer und leistungsfähiger Ausbildungsstätten

e) Erweiterung der Ausbildungskapazität

f) Statusanhebung

g) Qualifizierung der Ausbildung

Die derzeitige Ausbildungssituation ist gekennzeichnet durch Diskussionen um Studienordnungen und Studieninhalte und durch Neugründungen von Fachhochschulen bzw. Fachbereichen, so daß sich z. Zt. die inhaltliche Gestaltung der Studiengänge und auch die Anzahl der Ausbildungsstätten und -plätze ständig verändert. Deshalb können zu diesem Zeitpunkt nur mit Vorsicht Aussagen gemacht werden.

II. Ausbildungsstätten, Träger, Fachbereiche, Numerus clausus, Ausbildungskapazität

Die Ausbildung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen findet auf Fachhochschulebene statt und zwar in

a) eigenständigen Fachhochschulen für Sozialwesen

b) Fachbereichen für Sozialwesen an Gesamtfachhochschulen

c) Fachbereichen für Sozialwesen an Gesamthochschulen

*) Dieser Zusammenstellung liegen zugrunde
a) Ergebnisse einer Untersuchung der Universität Konstanz „Sozialwesen an Fachhochschulen", lfd. Nr. PG 6, in: H. Pfaffenberger: Zur Situation der Studienrichtung Sozialwesen an Fachhochschulen und Gesamthochschulen, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 53. Jahrg., 2, 1973;
b) Auswertung von Studienbeschreibungen und Vorlesungsverzeichnissen von einem Drittel aller Fachhochschulen und Fachbereiche für Sozialwesen unter Berücksichtigung der verschiedenen Bundesländer und staatlicher und freier Träger;
c) lfd. Untersuchung über Stellenausschreibungen für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, die durchgeführt wird von Studenten der Ev. Fachhochschule für Sozialwesen in Hannover.

Der Fachbereich Sozialwesen ist in der Regel in

a) einem Fachbereich Sozialwesen zusammengefaßt oder

b) in zwei Fachbereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik gegliedert.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es z. Zt. [1])

48 Fachhochschulen bzw. Fachbereiche für Sozialwesen, davon

31 in staatlicher und

17 in freier Trägerschaft (9 ev., 8 kath.)

An den 48 Ausbildungsstätten sind die Fachbereiche wie folgt organisiert:

28mal in einem Fachbereich Sozialwesen

17mal in zwei Fachbereichen Sozialarbeit und Sozialpädagogik

3mal ist der Bereich Sozialwesen als Teil oder Studiengang innerhalb eines umfassenderen Fachbereichs organisiert.

Ausbildungskapazität [2]):

„Die studentischen Jahrgangsstärken aller FHS bzw. FBe für Sozialwesen zusammengenommen, haben sich seit WS 1969 ungefähr alle zwei Jahre annähernd verdoppelt. Sie betragen nämlich im SS 1972 (immer bezogen auf die hier erfaßten $^2/_3$ aller FHS):

1 735 Studenten im 3. Ausbildungsjahr,

2 455 Studenten im 2. Ausbildungsjahr,

3 610 Studenten im 1. Ausbildungsjahr,

4 635 Studenten als vorgesehene Neuaufnahme-Quote für das Studienjahr 1972/1973

Demnach würden die Studentenzahlen

im SS 1972 7 800 Studenten

im SS 1973 10 700 Studenten und

im SS 1975 rd. 14 000 Studenten betragen

Immer unter der Annahme, daß

a) keine neuen FHS und Fachbereiche für Sozialwesen zu den vorhandenen hinzukommen,

b) die existierenden FHS und FBe keine Kapazitätserweiterung mehr vornehmen,

c) der Studienandrang unvermindert, d. h. bis zur Ausschöpfung der Kapazität anhält und

d) die Studentenzahlen bis zum Regelabschluß nach sechs Semestern unverändert bleibt (d. h., daß in diesem Zusammenhang die Fälle von Studienabbruch und Studienzeitverlängerung, Wiederholung der Prüfung usw. unberücksichtigt bleiben).

Unter den gleichen Voraussetzungen beträgt die voraussehbare durchschnittliche Studentenzahl [1])

im SS 1972 290 Studenten je FHS bzw. 190 Studenten je OE

im SS 1973 400 Studenten je FHS bzw. 260 Studenten je OE

im SS 1975 515 Studenten je FHS bzw. 340 Studenten je OE

Die durchschnittliche jährliche Aufnahmequote ab WS 1972/1973 würde wiederum unter den gleichen Voraussetzungen 170 Studenten je FHS und 115 Studenten je OE betragen. Daraus läßt sich hochrechnen, daß die jährliche Ausstoßquote ab WS 1975/1976 rd. 7 200 bis 7 800 Studenten bzw. Absolventen (berechnet auf die Gesamtheit aller FHS und OE) betragen wird.

Statistisch ist dabei zu beachten, daß die berechneten Zunahmequoten (also die geschätzte Verdoppelung der Studentenzahlen in jeweils zwei bis drei Jahren) relativ zuverlässig, die absoluten Zahlen dagegen weit unzuverlässiger, aber eher zu niedrig angesetzt sind. Hier muß ein Fehlerspielraum von 20 bis 30 % nach oben angenommen werden."

Der genannten Untersuchung — Sozialwesen an Fachhochschulen — kann weiter entnommen werden, daß die Anzahl der Bewerbungen die der Studienplätze noch übersteigt und praktisch an fast allen FHS Numerus clausus herrscht.

III. Organisation der Ausbildung, Eingangsvoraussetzungen, Lehrkörper

Die Ausbildung zum Sozialarbeiter grad. und Sozialpädagogen grad. dauert insgesamt vier Jahre.

Es sind

a) einphasige, d. h. achtsemestrige Ausbildungsgänge mit integrierten Praxissemestern (Bayern und Baden-Württemberg)
und

b) zweiphasige, d. h. sechssemestrige Ausbildungsgänge plus einjährigem Berufspraktikum nach bestandenem Abschlußexamen (alle übrigen Bundesländer)

eingerichtet worden.

Die Ausbildungszeit gliedert sich in

a) Grundstudium

b) Haupt- bzw. Schwerpunktstudium

c) Praktikumszeiten während des Grund- und Hauptstudiums

d) Berufspraktikum (das Berufspraktikum entfällt bei der einphas. Ausbildung)

---

[1]) Es wurden die Angaben der Untersuchung „Sozialwesen an Fachhochschulen" zugrunde gelegt und ergänzt.

[2]) Vgl. hierzu H. Pfaffenberger, a. a. O., S. 32 ff.

[1]) Anmerkung: Als Organisationseinheit (OE) wird jede örtliche und administrative Einheit bezeichnet und gezählt, z. B. jede Untergliederung in organisatorisch getrennte Fachbereiche und/oder örtlich getrennte Abteilungen einer Fachhochschule.

Die Dauer der einzelnen Studienabschnitte beträgt:

Grundstudium zwischen zwei und vier Semestern

Hauptstudium zwischen drei und fünf Semestern

Berufspraktikum ein Jahr

Praktikumszeiten während der Ausbildung werden später beschrieben.

Prüfungen

Nach dem Grundstudium wird der Nachweis bestimmter Leistungen und/oder eine Zwischenprüfung verlangt, das Studium an der FHS schließt nach dem sechsten bzw. achten Semester mit einem staatlich anerkannten Abschlußexamen das Berufspraktikum mit einem Kolloquium ab.

Eingangsvoraussetzungen

Als Eingangsvoraussetzung wird in der Regel

a) Fachoberschulreife oder

b) allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife oder

c) Versetzung in die 13. Klasse oder

d) Erzieher- bzw. Sozialpädagogenausbildung

e) und der Nachweis eines Vorpraktikums (sofern nicht bereits in den anderen Voraussetzungen enthalten)

verlangt.

Die Ausbildung wird durch Fachhochschulgesetze geregelt.

Lehrkräfte

Lehrkräfte an Fachhochschulen und Fachbereichen für Sozialwesen sind

a) Lehrkräfte mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium und praktischer Berufserfahrung, inzwischen in der Regel Nachweis einer fünfjährigen Tätigkeit

b) Lehrkräfte ohne abgeschlossenes Hochschulstudium (z. B. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen), in der Regel mit abgeschlossener Zusatzausbildung und mehrjähriger Berufserfahrung.

Der Lehrkörper setzt sich zusammen aus hauptberuflichen Lehrkräften und Lehrbeauftragten. Die Gruppe der Lehrbeauftragten ist gewöhnlich sehr groß und übersteigt zuweilen die Gruppe der hauptamtlichen Lehrkräfte.

Die Lehrtätigkeit gliedert sich in die Bereiche

a) wissenschaftliche Grundlagendisziplinen

b) berufsbezogene Fächer

c) Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik/Supervision

d) Medienpädagogik

Das Schwergewicht der Lehrtätigkeit akademisch vorgebildeter Lehrkräfte liegt im Bereich der wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen, das der Lehrkräfte ohne abgeschlossenes Hochschulstudium im Bereich der Methoden einschließlich Praxisanleitung und Praxisberatung.

Die Stundenbelastung aller Lehrkräfte ist hoch und beträgt zwischen etwa 18 und 24 Stunden, wobei die Stundenbelastung der Lehrkräfte mit abgeschlossenem Hochschulstudium etwas geringer (16 bis 18, gelegentlich 20 Stunden) als die der nicht akademisch vorgebildeten Lehrkräfte (18 bis 24, gelegentlich 26 Stunden) ist.

Mit der Erweiterung der Ausbildungskapazität ist die Vergrößerung der Lehrkörper verbunden. Die Zahl der Planstellen und Dozenten verändert sich ständig. Inwieweit der erforderliche Bedarf an Lehrkräften abgedeckt werden kann, ist gegenwärtig wohl nicht zu übersehen. Zu beachten sind aber an dieser Stelle Probleme, die den FHS und FBe durch die Veränderung der Lehrkörperstruktur (analog der der wissenschaftlichen Hochschulen: Fachhochschullehrer, wissenschaftliche und künstlerische Mitarbeiter, Lehrkräfte für besondere Aufgaben und Lehrbeauftragte) erwachsen sind.

Durch die Statusanhebung der akademisch vorgebildeten Lehrkräfte — Fachhochschullehrer bzw. Professoren bei einer Fachhochschule — und der Statusminderung der Lehrkräfte ohne abgeschlossenes Hochschulstudium — bisher überhaupt keine Zuordnung oder Einordnung in die Gruppe der Lehrkräfte für besondere Aufgaben mit einer Tätigkeitsbeschreibung, worin selbständige Lehrfunktion ausgeschlossen wird —, wird die Tätigkeit des lehrenden Sozialarbeiters/Sozialpädagogen entschieden unattraktiv.

Außerdem hat sich diese Gruppe bisher mit einer Bezahlung zufriedengegeben, die sich durch große Unterschiede von BAT V bis BAT III bzw. A 12, ausnahmsweise A 13, und nicht durch einheitliche Laufbahnregelungen auszeichnete. Die jetzt entstandene Situation läßt zur Zeit noch völlig offen, wie Laufbahnregelungen aussehen werden und wie schließlich eine Einordnung erfolgen soll. Es ist deshalb trotz zur Zeit noch großer Nachfrage der Ausbildungsstätten nach diesen Lehrkräften fraglich, ob zukünftig Berufsvertreter an der Ausbildung ihres Nachwuchses ausreichend mitwirken werden.

Die Statusanhebung der Lehrkräfte mit abgeschlossenem Hochschulstudium hat die Forderung nach qualifizierteren Vorleistungen als bisher zur Folge, was bedeuten kann, daß nicht genug Bewerber gefunden werden, die wissenschaftliche und praktische Qualifikationen (fünfjährige Berufstätigkeit) nachweisen können, so daß Planstellen unbesetzt bleiben müssen.

Die augenblickliche tatsächliche Personalsituation, wie sie aus den Personal- und Vorlesungsverzeichnissen der FHS und FBe hervorgeht, läßt erkennen, daß Mediziner und speziell Psychiater in der Lehre unterrepräsentiert sind. Zudem gehören sie häufig zur Gruppe der Lehrbeauftragten.

IV. Inhalte der Ausbildung

Das Studium an einer FHS für Sozialwesen soll den Studenten befähigen, als qualifizierte Fachkraft in den Arbeitsfeldern der Sozialarbeit und Sozialpädagogik bei wechselnden Anforderung selbständig und verantwortlich zu arbeiten. Die Ausbildung soll auf wissenschaftlicher Grundlage praxisorientiert bzw. praxisbezogen durchgeführt werden.

Grundstudium

Während des Grundstudiums soll der Student in Grundlagenwissenschaften eingeführt werden, den Berufsbereich der Sozialarbeit und Sozialpädagogik kennenlernen und erste Erfahrungen in Gruppen und im Umgang mit Gemeinwesen, Gruppen und einzelnen sammeln.

Das Grundstudium ist in der Regel an folgenden Inhalten orientiert:

Theorie der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Pädagogik/Sonderpädagogik, Psychologie/Sozialpsychologie, Soziologie/Politologie, Recht/Jugend-Sozialhilferecht, Philosophie/Theologie, Sozialmedizin

Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik/Medienpädagogik Berufsorientierende und -motivierende Veranstaltungen

Praxiseinsätze

Haupt- bzw. Schwerpunktstudium

Das Hauptstudium unterscheidet sich hinsichtlich der Dauer, der Art und Dauer von Praxiseinsätzen, einer Vielfalt von unterschiedlichen Schwerpunktstudiengängen und der benutzten Terminologie.

Im Hauptstudium soll der Student durch problem- und projektzentrierte Ausbildungsprogramme exemplarisch an bestimmten Problembereichen auf wissenschaftlicher Grundlage praxisorientiert und praxisnah Fähigkeiten und Kenntnisse erwerben. Es wird keine Spezialisierung, sondern die Vorbereitung auf eine selbständige Tätigkeit in mehreren und zum Teil sogar in allen Arbeitsfeldern der Sozialarbeit und Sozialpädagogik angestrebt.

Das Hauptstudium ist allgemein gekennzeichnet durch ein Ausbildungsangebot, das aus mehreren Schwerpunktstudiengängen besteht. Es gibt also kein einheitliches, für alle Studenten verbindliches Studienprogramm, sondern es entscheidet sich der Student je nach Regelung der FHS für einen oder mehrere Schwerpunkte.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind inhaltliche Aussagen problematisch, da die Überarbeitung vorhandener und Entwicklung neuer Studienprogramme überall ein zentrales Thema darstellt und eigentlich kaum ein Ausbildungskonzept als fertig betrachtet werden darf.

Ich werde dennoch versuchen, einige Trends aufzuzeigen, soweit sie sich aus dem ausgewerteten Material ablesen lassen.

Aus der Fülle angegebener Schwerpunkte lassen sich drei große Gruppen systematisieren, die sich orientieren an:

a) Erziehung und Bildung

z. B. Vorschulerziehung,
Jugend- und Erwachsenenbildung,
Kleinkind- und Sozialpädagogik im Schulkindalter,
Jugend- und Freizeithilfen,
Heimerziehung,
usw.,

b) Sozialer Planung/Administration und Jugend-, Familien- und Altenhilfe

z. B. Soziale Planung, Verwaltung und Aktivierung,
Planung, Organisation und Administration sozialer Dienste,
Administration, soziale Planung, Gesundheitswesen,
Jugend-, Familien- und Altenhilfe,
Hilfen für die Familie,
Offene Kinder-, Jugend-, Ehe- und Familienhilfen,
Hilfen für schutzbedürftige und gefährdete junge Menschen,
Hilfen für alte Menschen,

c) Spezialbereichen

z. B. Hilfen in besonderen zeitbedingten Notständen,
Straffälligenpädagogik,
Resozialisierung,
Rehabilitation,
Arbeit mit Verhaltensgestörten,
Ausländische Arbeitnehmer und Entwicklungshilfe,
Sozialarbeit im Betrieb,
Gesundheitliche und soziale Hilfen auf Sondergebieten,
Sozialpsychiatrie, Beratung und Integration,
Sozialtherapie.

Allein aus dieser Auswahl an Beispielen wird deutlich, daß es bisher keine einheitliche Konzeption darüber gibt, woran sich das Schwerpunktprogramm orientieren soll, an Tätigkeitsfeldern, bestimmten Problembereichen oder Handlungsvollzügen oder einer Kombination dieser drei Ansätze.

Aus dem Angebot an Schwerpunkten kann mit aller Vorsicht geschlossen werden, daß es kaum primär an psychiatrischen Fragestellungen orientierte Schwer-

Die Begriffe Studiengang, Schwerpunkt, Projekt werden unterschiedlich benutzt, weitere Begriffe tauchen zur Kennzeichnung von Sachverhalten auf, die anderswo mit Schwerpunkt, Projekt, Studiengang usw. bezeichnet werden. Ich benutze den Begriff Schwerpunkt bzw. Schwerpunktstudiengang zur Kennzeichnung von Ausbildungsprogrammen, zwischen denen der Student im Hauptstudium wählen kann.

Es ist nicht deutlich, ob Praxiseinsätze im Rahmen von Projektarbeit zuweilen als studienbegleitende Praktika bezeichnet werden.

punkte gibt (bei rund 70 Schwerpunktangeboten wurde zweimal Sozialpsychiatrie ausgewiesen und dreimal Gesundheitswesen bzw. Gesundheitshilfen). Allerdings sind häufig den Schwerpunktprogrammen Projekte zugeordnet, manchmal auch mit psychiatrischer Thematik. Insgesamt haben jedoch Fragestellungen, die nicht primär psychiatrisch sind, Priorität.

Im Schwerpunktstudium wird, soweit erkennbar, allgemein der Praxisbezug durch Praxiseinsätze hergestellt. Sie finden entweder im Rahmen von Projektarbeit, studienbegleitenden Praktika und/oder Blockpraktika statt.

Praktika

Die während der Ausbildung geforderten Praxiseinsätze sind nicht einheitlich geregelt. Sie unterscheiden sich durch Art, Dauer und zeitliche Lage.

Es wird unterschieden zwischen: Blockpraktikum, unterrichts- bzw. studienbegleitendem Praktikum, Projektarbeit, Berufspraktikum.

Blockpraktikum

Blockpraktika sind zusammenhängende Praktika. Ziele sind: Einübung und Erprobung praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, Umsetzung theoretischen Wissens in praktisches Handeln, Kennenlernen bestimmter Berufsbereiche, praxisnahe Ausbildung.

Während der Ausbildung werden für zusammenhängende Praktikumszeiten von 8 bis zu 40 Wochen für Blockpraktika gefordert. In der Regel ist ein zusammenhängendes Praktikum nicht kürzer als vier und nicht länger als 12 Wochen.

In der sechssemestrigen Ausbildung werden häufig Praktikumszeiten von zwei bis sechs Monaten angegeben, höhere Zeiten werden nur von achtsemestrigen Ausbildungsstätten verlangt.

Projektarbeit, studienbegleitende Praktika

„Projekte sind eigenständige, berufsbezogene Lehrveranstaltungen, die abgrenzbare Handlungsfelder der sozialen Arbeit enthalten. Unter Praxisanleitung und -beratung (Supervision) soll der Student konkrete praktische Erfahrungen machen und die Verbindung von Theorie und Praxis vollziehen." [1])

Projekte finden in der Regel während des Schwerpunktstudiums statt.

Studienbegleitende Praktika sind nicht zusammenhängende, aber über einen längeren Zeitraum regelmäßige Praxiseinsätze. Sie sollen dem Studenten praktische Erfahrungen in einem überschaubaren Tätigkeitsfeld ermöglichen, bzw. er soll einen bestimmten Arbeitsplatz erproben und unter Praxisanleitung auswerten und reflektieren. Diese Form des Praxiseinsatzes hat zum Teil ein Blockpraktikum ersetzt, zuweilen ist aber auch damit Projektarbeit gemeint.

Blockpraktika finden im Grund- und/oder Hauptstudium statt, Projekte in der Regel während des Schwerpunktstudiums, studienbegleitende Praktika, wenn überhaupt angegeben, sind sowohl im Grund- als auch im Hauptstudium zu finden.

Berufspraktikum

Das Berufspraktikum ist das vierte Ausbildungsjahr für Absolventen eines sechssemestrigen Studiums an einer FHS für Sozialwesen.

Das Berufspraktikum soll in der Regel aus einem sechsmonatigen Praktikum in der Sozial- und Jugendverwaltung und einem weiteren sechsmonatigen Praktikum in einem vom Praktikanten frei gewählten Gebiet der Sozialarbeit und Sozialpädagogik abgeleistet werden.

Das Praktikum schließt mit einem Kolloquium und bei erfolgreicher Ableistung desselben mit der Verleihung der staatlichen Anerkennung ab.

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß eine heftige und zum Teil kontroverse Diskussion um die Frage nach einphasiger oder zweiphasiger Ausbildung geführt wird.

Für die Einphasigkeit spricht insbesondere die darinliegende Chance größerer Praxisnähe der Ausbildung und eine an der Praxis orientierten Theorie-Praxis Diskussion.

V. Zusammenfassung

Die Reform der Ausbildung hat bis heute erkennbar zu folgender Situation geführt:

a) Die Eingangsvoraussetzungen haben sich geändert. Anstelle der früheren Regelvoraussetzung Mittlere Reife und abgeschlossene Berufsausbildung ist als Regelvoraussetzung die Fachoberschulreife getreten.

b) Die Ausbildungskapazität ist erweitert worden bei gleichzeitiger Konzentration der Ausbildungsstätten, wobei jedoch zu beachten ist, daß im Bereich der kirchlichen FHS ehemalige selbständige Höhere Fachschulen zu Abteilungen einer FHS zusammengeschlossen wurden, so daß die tatsächliche Konzentration geringer ist, als es zunächst erscheint.

c) Die bisher getrennt geführten Bereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik sind an rd. $^2/_3$ der FHS bzw. FBe zusammengefaßt, $^1/_3$ führt Sozialarbeit und Sozialpädagoik weiterhin in zwei getrennten Fachbereichen.

d) Die Einstellungsvoraussetzungen für akademisch vorgebildete Lehrkräfte haben sich geändert. Ihr Status ist angehoben worden.

   Die Situation der nicht akademisch vorgebildeten Lehrkräfte ist völlig ungeklärt.

e) Die Ausbildung ist nicht mehr einheitlich. Sie unterscheidet sich in der Gesamtkonzeption (ein- und zweiphasige Ausbildungsgänge), in der Dauer der einzelnen Studienabschnitte (Grund- und Hauptstudium), in der Art, Dauer und zeitlichen Lage von Praxiseinsätzen.

[1]) Vorlesungsverzeichnis der Ev. Fachhochschule für Sozialwesen in Hannover, SS 1974

Einheitlich dagegen ist die Gliederung des Studiums in Grund- und Hauptstudium, weitgehend einheitlich die Einrichtung von Schwerpunktstudiengängen im Hauptstudium.

Die inhaltliche Konzeption des Studiums und insbesondere des Schwerpunktstudiums ist jedoch unterschiedlich und vielfältig.

f) Die Fachoberschulen sollen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten entwickeln. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt hat jedoch noch die Ausbildungsreform Priorität.

VI. Diskussion

Der Bereich Sozialwesen, Sozialarbeit und Sozialpädagogik befindet sich seit der Umwandlung von Höheren Fachschulen zu Fachhochschulen in einem Reformprozeß, in dem bisherige Ausbildungskonzepte in ihrer Gesamtheit überprüft und in Frage gestellt und neue Studienprogramme entwickelt werden.

Inwieweit sozialmedizinische und speziell sozialpsychiatrische Basisprogramme im Rahmen des für alle Studenten verbindlichen Grundstudiums konzipiert werden und im Hauptstudium psychiatrische Fragestellungen Berücksichtigung finden, hängt u. a. von der Personalsituation des Lehrkörpers und insbesondere der Bedeutung ab, die diesem Problem- und Berufsbereich von seiten der Ausbildungsstätten und Studenten zugewiesen wird. Außerdem sind die Vorstellungen der psychiatrischen Berufspraxis zur Funktion des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen und ihr formuliertes Interesse an dieser Berufsgruppe von Bedeutung.

1

Die Zusammensetzung der Lehrkörper an FHS und FBe zeigt, daß Mediziner und speziell Psychiater unterrepräsentiert sind. Sie gehören zudem häufig zur Gruppe der Lehrbeauftragten und nicht zum hauptamtlichen Lehrkörper.

Es kann deshalb angenommen werden, daß an der Diskussion um eine Studienreform im Bereich Sozialwesen der Mediziner bzw. Psychiater wenig beteiligt ist.

Es darf jedoch nicht davon ausgegangen werden, daß die Dozentenzahlen allein Aufschluß über medizinische und psychiatrische Lehrinhalte geben können, da gerade auch sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Probleme von Soziologen, Psychologen und weiteren Disziplinen aufgegriffen werden. Weiterhin muß berücksichtigt werden, daß der praxisbezogene und methodenorientierte Ausbildungsanteil weitgehend von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen geleistet wird.

2

Die ausgewiesenen Schwerpunkte im Rahmen des Hauptstudiums sind nur in sehr geringer Anzahl als primär an psychiatrischen Problemstellungen orientierte konzipiert.

Die Schwerpunktprogramme ermöglichen aber grundsätzlich die Einbeziehung des psychiatrischen Aspektes in seiner sozialen Dimension. Inwieweit dies tatsächlich geschieht bzw. intendiert wird, läßt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sagen, es wären langfristige Beobachtungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Studienprogramme erforderlich.

Die Psychiatrie bzw. ihre Vertreter können jedoch Einfluß auf die Planung nehmen. Die Ausbildungsstätten sind zur Zeit noch weitgehend offen bezüglich der inhaltlichen Gestaltung des Studiums, so daß die Beteiligung psychiatrischer Fachleute an der Entwicklung von Studienprogrammen geradezu gefordert werden muß, wenn psychiatrische Problemstellungen umfassend und insbesondere unter sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten stärker als bisher in der Ausbildung der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen berücksichtigt werden sollen.

3

Es kann gegenwärtig bei den Ausbildungskandidaten ein Trend hin zu pädagogischen Berufsbereichen beobachtet werden, das spiegelt sich in den Schwerpunkten wider. Von rd. 70 Schwerpunktprogrammen war etwa die Hälfte an pädagogischen und sonderpädagogischen Problemen bzw. Tätigkeitsfeldern orientiert.

Einer noch nicht abgeschlossenen Auswertung [1]) von Stellenanzeigen, die 1973/74 in sieben Zeitschriften bzw. Zeitungen für den Berufsbereich Sozialarbeit und Sozialpädagogik erschienen sind, kann bei vorsichtiger Einschätzung entnommen werden, daß die pädagogische Orientierung und Ausbildung der Studenten nicht unbedingt im Verhältnis zum Stellenmarkt steht.

Der Anteil psychiatrischer Stellenangebote ist z. Zt. noch nicht ermittelt. Es ist aber schon jetzt erkennbar, daß etwa 50 % aller Stellenangebote für Soz.Arb./Soz.Päd. von Behörden kommen.

4

Praxiseinsätze während der Ausbildung und des Berufspraktikums ermöglichen dem Studenten Berufsorientierung, Einübung und Erprobung praktischer Fähigkeiten und Kenntnisse und außerdem bilden sie die Grundlage für eine auf Kenntnis und Erfahrung beruhende Theorie-Praxis-Diskussion und -Reflektion. Zur Auseinandersetzung mit der psychiatrischen Berufspraxis bedarf es der Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Studenten und Berufspraktikanten und der Öffnung der psychiatrischen Einrichtungen für studienbegleitende Praxiseinsätze im Rahmen von Projekten während der Schwerpunktausbildung.

[1]) lfd. Untersuchung von Studenten des sechsten Semesters der Ev. Fachhochschule für Sozialwesen in Hannover

5

Von seiten der Psychiatrie muß die Rolle, die sie dem Sozialarbeiter/Sozialpädagogen als Mitarbeiter zuweist bzw. zuweisen will, definiert werden.

Dabei sollte berücksichtigt werden:

a) Der Sozialarbeiter arbeitet in Institutionen, die häufig als erste und einzige Kontakt zu Personen und Gruppen haben, deren Lebenssituation gefährdet ist oder deren Verhalten bereits auf eine Gefährdung psychischer Gesundheit hindeutet. Er ist häufig auch derjenige, der von seinem Arbeitsplatz aus im Sozial- und Jugendamt, im freien Verband, in pädagogischen Einrichtungen oder anderswo einen ersten professionellen Gesprächspartner für den psychisch Kranken und seine Angehörigen darstellt.

b) Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sind Fachkräfte, die sich nicht als Hilfskraft anderer Berufsvertreter, z. B. des Arztes oder Juristen, verstehen. Sie sind keine Spezialisten für bestimmte Aspekte menschlicher Existenz wie Mediziner, Juristen, Theologen oder andere.

   Sie fühlen sich nicht in erster Linie für die Anwendung hochspezialisierter therapeutischer Verfahren oder Trainingsprogramme zuständig, die auf die Bearbeitung bestimmter und begrenzbarer Konfliktbereiche zielen.

   Ihr Angebot professioneller Hilfen richtet sich an Familien, Gruppen, einzelne und Gemeinwesen, wobei entscheidendes Kriterium ihres Arbeitsansatzes die soziale Situation ist.

   Auf dem Hintergrund der Kenntnis von gesamtgesellschaftlichen Zusammenhängen wollen sie Hilfen für Lern- und Entwicklungsprozesse anbieten,

   mitwirken bei der Gestaltung von Lebensräumen,

   beitragen zur Erhellung, Problematisierung und ggf. Lösung sozialer Probleme.

6 Fort- und Weiterbildung

Die nicht auf Spezialisierung ausgerichtete Ausbildung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen kann nicht, selbst wenn sozialpsychiatrische Denk- und Handlungsansätze stärker als bisher aufgenommen werden, spezielle Psychiatriesozialarbeiter/Sozialpädagogen ausbilden.

Die differenzierten Berufsvollzüge — speziell bezogen auf psychiatrische Handlungsadressaten — erfordern Vertiefung individual- und sozialwissenschaftlicher Kenntnisse und Verfeinerung des methodischen Instrumentariums.

Deshalb ist zu fordern:

Formalisierte berufsbegleitende Weiterbildung von mindestens einjähriger Dauer mit staatlich anerkanntem Abschluß und nach erfolgreicher Absolvierung Höhergruppierung. Eine zweijährige Weiterbildung ist anzustreben.

Die Anzahl der Weiterbildungseinrichtungen bzw. -angebote sollte sich am zukünftigen Bedarf von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen orientieren.

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in den verschiedensten Tätigkeitsbereichen werden in zunehmendem Maße mit Problemen psychischer Gefährdung und Krankeit konfrontiert. Sie arbeiten an Stellen, die präventive Funktionen im Sinne psychiatrischer Versorgungsstrategien haben können.

Um den Anforderungen, die ihnen durch diese Problemorientierung ihrer beruflichen Arbeit zufließt, gleichsam kontinuierlich gewachsen zu sein, sollte ein ausreichendes Angebot an Fortbildungsangeboten bereitgestellt werden.

7

Die offensive Planung und Uneinheitlichkeit der Ausbildung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen zum gegenwärtigen Zeitpunkt — sowohl die organisatorische als auch inhaltliche Konzeption betreffend — kann Optimisten dazu veranlassen, für die Zukunft eine qualitativ bessere Ausbildung vorauszusagen und die Skeptiker zu einer völlig gegenteiligen Aussage veranlassen.

Der an der Weiterentwicklung einer qualifizierten Ausbildungskonzeption Interessierte wird sich jedoch nicht mit Hoffnung oder Resignation begnügen, sondern Konsequenzen aus dieser plan- und konzeptionslos anmutenden Situation ziehen. Um koordinierte Planung zu erreichen und Einfluß auf die Gesetzgebung zu nehmen, ist deshalb die Initiative des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge und der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe zur Gründung einer

„Ständigen Konferenz Ausbildung und Fortbildung in sozialen Berufen"

zu unterstützen.

„Zu den Aufgaben sollen insbesondere gehören:

— Analyse der Ausbildung und Fortbildung im Bereich der sozialen Arbeit in bezug auf die Notwendigkeiten der Berufsfelder,

— Anregungen zur Koordination und Kooperation im Bereich der Ausbildung und Fortbildung für soziale Berufe,

— Erstellung von Empfehlungen, Stellungnahmen und Auskünften zu Fragen der Ausbildung und Fortbildung im Bereich der sozialen Berufe,

— Erstellung von Materialien zur Förderung der Entwicklung einheitlicher Laufbahn-Vergütungs- und Besoldungsregelungen für soziale Berufe,

— Förderung der Entwicklung einheitlicher Ausbildungs- und Fortbildungsstandards im Bereich sozialer Berufe,

— Dokumentation und Veröffentlichung von Materialien zur Ausbildung und Fortbildung im Bereich der sozialen Berufe,

— Anregung wissenschaftlicher Untersuchungen im Bereich der Aufgaben der Konferenz.

Die Ständige Konferenz soll sich aus Vertretern folgender Bereiche zusammensetzen:

— Ausbildungs- und Fachressorts der Länder,

— Ausbildungsstätten (Universitäten, Pädagogische Hochschulen, Fachhochschulen, Fachschulen) und zentrale Fortbildungsstätten, jeweils Dozenten und Studenten,

— Anstellungsträger, Ausbildungs- und Fortbildungsträger (kommunale, staatliche, und freie),

— Berufspraktiker unter Berücksichtigung der verschiedenen Berufsfelder, Berufsverbände, Gewerkschaften." [1])

---

[1]) Zum Stand der Entwicklung einer Ständigen Konferenz Ausbildung und Fortbildung in sozialen Berufen in Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt 54. Jahrgang, März 1974, S. 68

Ausbildung in anderen Ländern — dargestellt an einigen Berufsgruppen —

A. Ausbildung der Psychiater in England

B. Ausbildung der Psychiater in Schweden

C. Ausbildung der Psychiater in Norwegen

D. Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals in anderen Ländern

E. Entwicklung und Stand der psychiatrischen Ausbildung von Sozialarbeitern in anderen Ländern

A. Ausbildung der Psychiater in England

von

R. Richter

I. Die Psychiatrie in England

Wesentliche Entwicklungen während der letzten Jahrzehnte, Rolle des Psychiaters.

Nachdem Mitte des 19. Jahrhunderts in England die großen Psychiatrischen Anstalten („Asylums") außerhalb der Städte auf dem Lande gebaut worden waren, und in der Folgezeit eine Behandlung psychisch Kranker in anderen Krankenhäusern einschließlich der Lehrkrankenhäuser (Teaching Hospitals) nicht durchgeführt wurde, befand sich die Psychiatrie nicht nur geographisch, sondern auch ideologisch in einer zunehmenden Isolation von der übrigen Medizin.

Eine Änderung ihrer Lage zeichnete sich erst mit Verabschiedung des „Mental Treatment Act", 1930, ab, nach dem erstmals auch freiwillige Aufnahmen in die Psychiatrischen Krankenhäuser möglich waren.

Die eigentliche Wende, bedeutende Verbesserungen und Möglichkeiten brachte aber erst die Gründung des „National Health Service" (NHS), 1948.

Im NHS waren die Psychiatrischen Krankenhäuser, wie alle anderen Krankenhäuser vom Staat übernommen, erstmals rechtlich und im Hinblick auf die finanziellen Zuschüsse mit den anderen Krankenhäusern gleichgestellt. Die neue Situation wurde — wie in anderen bisher wenig geförderten Zweigen der Medizin — begeistert aufgenommen. Es resultierten zunächst eine Verbesserung der Ausstattung der Psychiatrischen Krankenhäuser, eine wesentliche Anhebung des Standards und eine Zunahme der Zahl der Psychiater: allein während zehn Jahren um mehr als 60 % (Hill, 1969).

Vom NHS wurde die bestehende Dreiteilung des Gesundheitswesens in den Bereich des Krankenhausdienstes, die „Local Authority Health" und „Welfare Services" und die Praktischen Ärzte („General Practitioners") übernommen. Das Land wurde in 15 „Regional Hospital Board Areas" eingeteilt und London vier „Metropolitan Boards" unterstellt. Dabei behielten aber die Teaching Hospitals einen davon unabhängigen Status bei. Ihr jeweiliger „Board of Governors" ist direkt dem MOH verantwortlich (Hill, 1969).

Für die weitere Entwicklung der Psychiatrie und ihre Wiederannäherung an die Medizin war in den Jahren nach Errichtung des NHS der „Mental Health Act" von 1959 von wesentlicher Bedeutung. Er bestimmte, daß jedes Krankenhaus jeden psychiatrischen Patienten, auch den Verwahrten, aufnehmen könne und forderte die völlige Integration der psychiatrischen Behandlung in die Allgemein-Krankenhäuser, um dadurch eine stärkere Trennung der Patienten von ihrer sozialen Umwelt zu vermeiden und eine gemeindenahe Behandlung zu ermöglichen (Hill, 1969; Dilling, 1970).

Die endgültige Reintegration der Psychiatrie in die Medizin bedeutete aber das Konzept des „District General Hospital", erstmals klar umrissen im 1962 von der Regierung veröffentlichten „Hospital Plan" über die Zielsetzungen und Erwartungen während der kommenden 15 Jahre.

Das „District General Hospital" sollte die medizinische Gesamtversorgung eines Bezirks bestimmter

Größe übernehmen können. Nach anfänglichen Vorstellungen sollte es etwa über 800 Betten für eine Bevölkerung von 150 000 verfügen (aus späteren Überlegungen und der Realisierung resultierte eine größere Bettenzahl für einen entsprechend größeren Bevölkerungsanteil) und neben allen wichtigen Einrichtungen für Diagnostik und Therapie Abteilungen der allgemeinen Medizin und Chirurgie, der Kinderheilkunde, Gynäkologie und Geriatrie, eine Isolierstation für Infektionskrankheiten und eine Psychiatrische Abteilung mit ungefähr 60 bis 80 Betten besitzen. Der Standard sollte in diesen Krankenhäusern hoch sein, um die Differenzen zu den Teaching Hospitals mehr und mehr abzubauen.

Inzwischen wurden in einigen Gebieten mit unzureichendem Krankenhausdienst „District General Hospitals" gebaut, zum Teil aber auch bestehende Allgemeinkrankenhäuser ausgebaut oder Gruppen von Krankenhäusern zusammengeschlossen entsprechend dem entwickelten Konzept (Hill, 1969).

Gefördert durch die neue Situation im NHS und basierend auf den neu entwickelten Vorstellungen, vor allem dem Ziel der Integration der Psychiatrie in die Medizin und der Idee der „gemeindenahen Versorgung" psychisch Kranker, fanden — primär ausgehend von den Psychiatern der alten Psychiatrischen Krankenhäuser — während der letzten Jahrzehnte radikale Veränderungen in der Psychiatrie statt, einhergehend mit einer Zunahme an Ansehen, sowohl in der Medizin als in der Gesellschaft.

Die neuen Entwicklungen sind gekennzeichnet durch eine Verlagerung des Schwerpunktes der Psychiatrie von den großen Psychiatrischen Krankenhäusern auf die Allgemeinkrankenhäuser und die Gemeinden und durch eine enorme Zunahme sowohl stationärer wie ambulanter Patienten bei einer gleichzeitigen Ausdehnung des psychiatrischen Feldes auf neue Patientengruppen und Erkrankungen, die früher nicht durch den Psychiater behandelt worden waren. Die Rolle des Krankenhauses änderte sich. Der Umfang der ambulanten Therapie und der Therapie in der Gemeinde nahm stark zu. Zwischen den Krankenhäusern und den Gesundheits- und Wohlfahrtsdiensten der örtlichen Behörden wurde mehr und mehr zusammengearbeitet, besonders in der Versorgung geistig behinderter und verhaltensgestörter Kinder (Hill, 1969).

Während die Zahl der belegten Betten der Psychiatrischen Krankenhäuser progressiv abnahm (von 146 000 im Jahre 1949 auf 118 000 im Jahre 1968 (Hill, 1969)), wuchs die Zahl der Psychiatrischen Abteilungen an Allgemein-Krankenhäusern (122 mit 7 900 Betten bis 1967 [Dilling, 1970]) und an den Teaching Hospitals (1 100 Betten insgesamt bis 1966 [Hill, 1969]). Bis 1967 wurden im übrigen 150 Tageskliniken mit jeweils durchschnittlich 30 Betten errichtet (Dilling, 1970). Die Zahl der stationären Aufnahmen wie der Entlassungen hatte sich bis 1968 mehr als verdreifacht, wobei es sich in etwa der Hälfte der Aufnahmen um Wiederaufnahmen handelte und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hatte stark abgenommen (erhöhter turn-over). Die Zahl ambulanter Erstbehandlungen Erwachsener hatte sich von 1949 bis 1968 mehr als verdoppelt bei einer Verdreifachung der Zahl der gesamten ambulanten Behandlungen Erwachsener.

Ähnliche Größenordnungen gelten für die stationären Aufnahmen geistig behinderter und emotional gestörter Kinder und für die Child Guidance Clinics (Hill, 1969).

Da die Zahl der Patienten mit endogenen und organischen Psychosen ebenso wie die Zahl der geistig Behinderten — früher zusammen die Haupt-Patientenklientel des Psychiaters darstellend — kaum zugenommen haben dürfte, ist das enorme Anwachsen der Zahl der stationären und ambulanten Patienten wohl notwendigerweise auf ein Hinzukommen neuer Patientengruppen zurückzuführen, solchen mit sogenannten „kleinen psychiatrischen Erkrankungen", nämlich Konfliktreaktionen und Persönlichkeitsstörungen, solchen mit psychosomatischen Erkrankungen und Suchtkrankheiten, Selbstmord-Gefährdeten und Jugendlichen mit sozialen und anderen Problemstellungen (Hill, 1969).

Die Psychiatrie in England gliedert sich derzeit neben der Hauptspezialität der Erwachsenen-Psychiatrie in folgende als Subspezialitäten anerkannte Zweige: die Kinder-, Jugendlichen- und Familienpsychiatrie, die Schwachsinnigen-Psychiatrie, die Forensische Psychiatrie und die Psychotherapie. Hinzu kommen wird möglicherweise in nächster Zeit als neues Spezialgebiet die Gemeinde-Psychiatrie (Stengel, 1970).

In allen Bereichen der Psychiatrie besteht ein Mangel, sowohl an geeignetem Personal als an finanziellen Mitteln.

Die Zahl der Psychiater hat zwar seit 1948 stark zugenommen — die Zahl der Consultants (= führende Spezialisten bzw. Autoritäten im Fach Psychiatrie) stieg z. B. von 1949 bis 1967 von 405 auf 1153 (Hill, 1969, Stengel, 1970) — trotzdem ist der weitere Bedarf groß, wenn bisher auch über den tatsächlichen Bedarf keine genauen Untersuchungen vorliegen. Besonders eklatant ist der Mangel an Psychiatern in den Subspezialitäten und auf dem Gebiet der Akademischen Psychiatrie (Stengel, 1970).

Die Haupttätigkeit eines Consultant Psychiatrist in einem Allgemein-Krankenhaus erstreckt sich auf die ambulante Abteilung und auf die Gemeinde. In kleinerem Umfang als früher arbeitet er auf den psychiatrischen Stationen, wo ihm vorwiegend die Supervision und die Ausbildung junger Kollegen (Juniors) obliegt, die die Routinearbeit auf den Stationen verrichten. Besteht ein Gemeindedienst, so wird ein weiterer Teil der Arbeitszeit des Consultant Psychiatrist durch Hausbesuche, Besuche bei den Patienten in Tageskliniken, Beratungen mit den „Local Authority"-Sozialarbeitern und Konferenzen mit den im Krankenhaus und in der Gemeinde Beschäftigten in Anspruch genommen. Ist die Psychiatrische Abteilung in das Allgemein-Krankenhaus integriert, so ist der Consultant Psychiatrist zusätzlich auf den anderen medizinischen Stationen konziliarisch tätig.

Insgesamt übt der Consultant Psychiatrist entweder mehr die Rolle eines „hospital consultant" oder ei-

nes „community physician" aus. Viele Colsultant Psychiatrists versuchen beide Rollen auszufüllen (Hill, 1969).

Entprechend ihrer Aufgaben verfügen viele Consultant Psychiatrists auch über Teilzeitverträge an verschiedenen Einrichtungen.

Bei der Vielzahl der Verpflichtungen besteht die wesentliche Tätigkeit des Consultant Psychiatrist in der Durchführung diagnostischer Interviews und dem Abhalten von Konferenzen in den stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen Entscheidungen über die weitere Behandlung und das weitere Vorgehen getroffen werden, die dann von den anderen Vertretern des Teams, besonders den psychiatrischen Schwestern und Sozialarbeitern, die inzwischen mehr und mehr Eigenverantwortung übernehmen und eine unterstützende therapeutische Arbeit bei einer großen Zahl von Patienten leisten, ausgeführt werden (Hill, 1969).

Als die besondere und wesentliche Aufgabe des Consultant Psychiatrist wurde während der letzten Jahre diejenige der Beratung („consultation") in den Vordergrund gestellt, besonders die Beratung in der Gemeinde und in der Zusammenarbeit mit Sozialdiensten. Forderungen danach wurden inzwischen auch von der Mutterfürsorge und der Heilpädagogik laut und auf dem Gebiet der Forensischen Psychiatrie — den Gefängnissen, den Gerichtshöfen, den Fürsorgeerziehungsheimen und Besserungsanstalten. Auch die „General Practitioners" — bisher in der Mehrzahl noch nicht oder unbefriedigend in das System der kontinuierlichen Versorgung psychisch Kranker eingegliedert (Hill, 1969) — verlangen nach mehr Zusammenarbeit und nach Beratung von seiten der Consultant Psychiatrists (Stengel, 1970).

II. Ausbildung der Psychiater in England

Die Ausbildung der Psychiater gliedert sich wie diejenige aller ärztlichen Spezialisten in zwei Teile:

1. in den Abschnitt des allgemeinen Medizinstudiums (undergraduate course in Medicine and Surgery) und
2. in den Abschnitt des Berufstrainings (postgraduate course), hier speziell des Trainings im Fachgebiet Psychiatrie.

1.

Der „undergraduate course" führt zu einem „degree of Bachelor of Medicine" (MB meist, auch ChB = Bachelor of Surgery etc.: an den einzelnen Universitäten verschieden).

Es gibt im U. K. 26 Undergraduate Medical Schools, allein 12 davon in London.

Voraussetzung für den „undergraduate course" ist der erfolgreiche Abschluß einer „Secondary School". Das Alter der Studienanfänger beträgt in England und Wales durchschnittlich 19, in Schottland 20 Jahre. Etwa 20 % der Medizinstudenten sind weiblichen Geschlechts. Die Mehrzahl der Medizinstudenten entstammt der Mittelklasse (Stengel, 1970).

Der „undergraduate course" dauert in der Regel 6 Jahre. Er gliedert sich in drei Teile, an deren Ende jeweils ein Examen steht: den vormedizinischen („premedical"), den vorklinischen („preclinical") und klinischen („clinical") Teil.

Die „vormedizinische" Ausbildung — in den Fächern Physik, Chemie und Biologie — dauert ein Jahr. In England und Wales wird sie den meisten Medizinstudenten erlassen, da diese im „General Certificate of Education" über einen A (= advanced) Level in den Fächern Physik, Chemie und Biologie verfügen. Dadurch verkürzt sich für diese Studenten der „undergraduate course" auf fünf Jahre. In Schottland dagegen wird von den meisten Medizinstudenten die vormedizinische Ausbildung an der Universität absolviert trotz weitreichender schulischer Vorbildung (Mc Anfrew et. al., 1970; Stengel, 1970).

Das vorklinische Studium dauert zwei Jahre (Fünf bis sechs Semester), das klinische Studium drei Jahre.

Die Curricula der „Undergraduate Medical Schools" unterscheiden sich beträchtlich, nicht nur im Hinblick auf die Psychiatrie, sondern insgesamt. Sie waren noch nie so verschieden wie gegenwärtig, sowohl in bezug auf den Stundenplan, die Unterrichtsmethoden als auch auf die Atmosphäre der jeweiligen Hochschule. Viel weniger unterscheiden sich die Medical Schools wahrscheinlich im Angebot an klinischer Erfahrung, das allgemein eher gering eingeschätzt werden muß (Stengel, 1970).

Behandlung des Fachgebietes der „Behavioural Sciences"

Die Ausbildung in den Behavioural Sciences: in Psychologie, Soziologie und angrenzenden Fachgebieten ist während der letzten Jahre besser geworden.

1957 wurden nach einer Untersuchung der „British Psychological Society" an den meisten medizinischen Hochschulen Kurse über Normalpsychologie gehalten. Diese umfaßten jedoch nicht mehr als vier bis 20 Vorlesungen, waren meist freiwillig und wurden nur wenig besucht (Hearnshaw, 1964).

1966 bis 1967 gab es an 23 der 26 Hochschulen einen Unterricht in „Behavioural Science" während des vorklinischen und vormedizinischen Studiums bei einer durchschnittlichen Unterrichtszeit von 15 Stunden.

Die Kursprogramme waren sehr unterschiedlich: Teils substantielle und umfassende Kurse in Psychologie, nur an wenigen Schulen Soziologieunterricht (Carstairs et al., 1968). Seit 1959 (Hearnshaw, 1964) waren an einigen Universitäten experimentelle Psychologieprogramme entwickelt worden. Am bekanntesten ist wohl der Psychologie-Kurs an der Medical School der Universität Liverpool (Hearnshaw, 1964; Hetherington, 1968), der 1961 eingerichtet und seither ständig verbessert wurde. Unter den frühen experimentellen Psycholo-

gie-Kursen muß als besonders bekannt das im Sheffield-Plan (Stengel, 1961) enthaltene Psychologie-Programm genannt werden.

Behandlung des Faches Psychologie im vorklinischen Studium in Liverpool (Hearnshaw, 1964; Hetherington, 1968):

Zielsetzung des Psychologie-Kurses: „Erstens, dem Studenten zu helfen, die Psychologie des Patienten zu verstehen und ihre Relevanz zu seiner physischen Verfassung; zweitens, dem Studenten zu helfen, seine eigene Psychologie zu verstehen und seine wahrscheinlichen Reaktionen gegenüber der medizinischen Ausbildung; und drittens, dem Studenten jene Prozesse zu erklären, die eine Kommunikation zwischen ihm und dem Patienten, zwischen ihm und seinen Kollegen fördern und behindern."

„Bei dieser Zielsetzung schien der Versuch, einen ausgewogenen Überblick über die gegenwärtige psychologische Theorie zu geben, nicht notwendig. Es schien wichtiger, eine klare Auswahl jener Bereiche des Faches zu treffen, die für ein richtiges Verständnis der psychologischen Anforderungen der medizinischen Praxis wesentlich sind."

Inhalt des Psychologie-Unterrichtes: Einleitungsvorlesung über die „Ziele und Methoden der wissenschaftlichen Psychologie". Vorlesungen über grundlegende psychologische Funktionen: Wahrnehmung, Sprache und Denken, Gedächtnis, Lernen, Konditionierung und Intelligenz. Verknüpfung mit dem Studium der Anatomie und Physiologie durch zusätzliche Vorlesungen über die organische Grundlage der Wahrnehmung, des Gedächtnisses und des Denkens, Erwähnung der klinischen Aspekte dieser Begriffe. Behandlung der Emotionen und ihrer organischen Grundlage. Vorlesungen über Motivation und Persönlichkeit. Drei Vorlesungen über die Entwicklung des Menschen (allgemeine Prinzipien des Wachstums und der Reifung während der Lebenszeit).

Der Rest des Kurses befaßt sich mit der medizinischen Anwendung des vorher behandelten Stoffes: Vorlesungen über Wachen und Schlafen, Orientierung und Desorientierung, über Schmerz, den Konflikt und die Reaktion auf Streß, die Reaktion des Patienten auf Krankheit und Behandlung, abschließende Vorlesung über die Kommunikation in der Klinik.

Unterrichtsmethoden: Betonung der aktiven Teilnahme der Studenten am Unterricht: Neben den Vorlesungen werden Seminargruppen (mit 17 bis 20 Studenten) gebildet, die es jedem Studenten ermöglichen, an der Diskussion teilzunehmen. Nach jeder Vorlesung Filmvorführung oder Demonstration. Da sogar dieser Umfang an aktiver Teilnahme am Unterricht inadäquat erschien, wurden inszwischen erfolgreich Praktikumsgruppen eingeführt, die mit den Seminardiskussionen alternieren und in denen die Studenten, paarweise arbeitend, eine Anzahl psychologischer Experimente durchführen, die sie anschließend niederschreiben müssen. Die Praktikumshefte werden am Ende jedes Praktikums vorgelegt und bei der Endbeurteilung berücksichtigt. Für jede Vorlesung werden vervielfältigte Mitteilungen vorbereitet, die Hauptpunkte der Vorlesung zusammen mit Definitionen technischer Begriffe enthalten und bei Beginn der Vorlesung an die Studenten verteilt werden.

Lehrpersonal: Medizinisch und nichtmedizinisch (klinische Psychologen).

Zeitdauer: Ein Nachmittag pro Woche während des dritten Studienjahres.

Examen: Abschlußexamen jeweils am Ende der ersten beiden Semester, Fragen über Psychologie im schriftlichen „Second M. B. Professional Examination" und mündliche Prüfung. 1963/64 Einführung eines neuen Prüfungssystems: Mischung zwischen der bisherigen „essay"-Methode und dem modernen multiple-choice-Prüfungssystem (Fragen über 20 Themen, zu deren Beantwortung der Student fünf Minuten Zeit hat; zur Auswertung wird jede Frage auf einer fünf Punkteskala eingetragen, wobei für eine eben richtige Antwort drei Punkte eingetragen werden, die Prüfung ist bestanden bei einem Ergebnis von 50 %).

Teilnahme an den Vorlesungen: 80 bis 90 %. Zur Zeit der Veröffentlichung sechsjährige Erfahrung.

Bisher absehbarer Erfolg: Bei Demonstrationen im psychiatrischen Unterricht qualifiziertere Diskussionen als früher, größeres Interesse; Aufgeschlossenheit für die Schwierigkeiten der Kommunikation bei der klinischen Arbeit, Bewußtsein der Gefahren der Annahme „daß der Patient ein geistloser, gefühlloser, zu diagnostizierender und behandelnder Körper ist, vor dem alles gefahrlos gesagt werden kann".

Der Sheffield-Plan (Stengel, 1961)

a) Vorklinischer Kurs in „Human Behaviour"

Über die Zielsetzung des Kurses schreibt Stengel: „Es wird gehofft, daß der vorklinische Kurs in Psychologie Respekt vor und ein allgemeines wissenschaftliches Interesse an dem schaffen wird, was besonders menschlich im Patienten ist. Gleichzeitig wird der Student viel über sich selbst erfahren in diesem vorklinischen Kurs. Nach dieser Vorbereitung sollte seine Einstellung abnormem Verhaltens gegenüber ernster und reifer sein als sie unter früheren Studenten-Generationen zu sein pflegte."

Prinzipiell soll der vorklinische Kurs in Psychologie zeitlich mit dem Unterricht in Anatomie und Physiologie zusammenfallen. Der Kurs wird während des zweiten Studienjahres und während des ersten Semesters des dritten Studienjahres (insgesamt vier Semester) gehalten und umfaßt 40 Stunden.

Nach zwei Einführungsvorlesungen, gehalten vom Professor für Psychologie und vom Professor für Psychiatrie, schließen sich folgende Unterrichtsabschnitte an:

1. Allgemeine, besonders Experimentelle Psychologie, dargestellt von einem Psychologen, meistens einem Dozenten für Klinische Psychologie des Departments der Psychiatrie. Behandelt werden u. a. folgende Themen:

   Ethologie, Wahrnehmung, Reifung, Lernen, Gedächtnis, Vergessen, individuelle Unterschiede, Intelligenz, Persönlichkeit, psychologische Testverfahren.

2. Physiologische Psychologie, soweit wie möglich korrellierend mit dem Studium der Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Themen: u. a. die Rolle der bedingten Reflexe im Verhalten, Instinkte, Bewußtsein, Sprache und ihre Entwicklung.
3. Motivation und psychodynamische Vorgänge. Hier zwei bis drei Vorlesungen über das sexuelle Verhalten des Menschen. Diskussion über Sozialpsychologie und gewisse Aspekte der sozialen Anthropologie unter spezieller Berücksichtigung der Tätigkeit des Arztes.
4. (Im ersten Semester des dritten Studienjahres) Psychologische Medizin, Unterricht, wenn möglich, im Vorlesungssaal eines Krankenhauses. Themen: Pychosomatische Interaktionen, einfache Anomalien an der Grenze zwischen dem Normalen und dem Anomalen, Einstellung gegenüber physischer und psychischer Erkrankung.

Zur Unterrichtsmethodik: So wenig wie möglich formale Vorlesungen. Verwendung von Filmen und Bandaufnahmen, Einbau von Experimenten und Demonstrationen von Gesunden und Kranken.

Flexible Handhabung des Kurses ohne den Versuch, das gesamte Fachgebiet zu behandeln.

Zum Examen: Während der ersten Jahre mußte von den Studenten eine von zwei Fragen über Psychologie in der schriftlichen Psychologie-Prüfung beantwortet werden. Die Form des Psychologie-Examens im neuen Curriculum war zur Zeit der Veröffentlichung noch nicht entschieden.

Die „Royal Commission on Medical Education", die 1965 vom Britischen Parlament beauftragt wurde, einen Überblick über die medizinische Ausbildung (undergraduate und postgraduate) in Großbritannien und, unter Berücksichtigung der nationalen Erfordernisse und Möglichkeiten, Empfehlungen für die zukünftige Entwicklung zu geben, hat in ihrem Bericht (1968) die „Behavioural Sciences" als reguläres Fachgebiet des Medizinstudiums empfohlen. Der bisherige Unterricht wurde als unzureichend und lückenhaft bezeichnet.

In Hinblick auf den Psychologie-Unterricht wurde von der Kommission das folgende Beispiel für einen Lehrplan in Psychologie für Medizinstudenten aufgestellt (Appendix 10 des Berichtes):

Erlerntes und nichterlerntes Verhalten

Nichterlerntes Verhalten bei Tieren und Menschen; einfaches Lernen und Konditionieren; soziales Lernen.

Denken und Intelligenz

Lernen und Lösen von Problemen; Begriffsbildung; Entwicklung des begrifflichen Denkens bei Kindern, Sprache und Denken; Charakteristisches bei der Lösung von Problemen durch Erwachsene; Bestimmung der Intelligenz; Einflüsse auf die Intelligenz; Ausmaß und Folgen individueller Unterschiede.

Wahrnehmung

Aufmerksamkeit und Wahrnehmung; einfacher Wahrnehmungsvorgang; Auswahl und Interpretation im Zuge der Wahrnehmung; Einflüsse von Erfahrung, Emotionen und kognitiver Faktoren auf die Wahrnehmung; Irrtum bei Beobachtung.

Erinnerung

Phasen der Erinnerung; Kurzzeitgedächtnis; Erinnerung und Wahrnehmung, Denken etc.; Vergessen; Bezeugung und Rückerinnerung; Gedächtnis und Altern.

Motivation und Emotion

Eingehen auf die Motivation; emotionelle Entwicklung; Einfluß der frühkindlichen Erlebnisse; Vernachlässigung durch die Mutter, hospitalisierte Kinder; familiäre und soziale Einflüsse auf die Motivation und auf das Verhalten.

Persönlichkeit

Persönlichkeitsstruktur und Dynamik; dimensionale, psychoanalytische und konstitutionelle Persönlichkeitstheorien; Persönlichkeitstestung.

Haltungen

Haltungen und Meinungen, einschließlich des Vorurteils; Gruppeneinflüsse auf Haltungen; Haltungsänderungen; Arzt-Patient-Erwartungen und Haltungen.

Zwischenmenschliches Verhalten

Experimentalanalyse der sozialen Interaktion; Studien über die Interview-Situation; Verhalten in formalen und nicht-formalen Gruppen; Gruppennormen und Rollen; Führung in formalen und nicht-formalen Gruppen; Kommunikation, Moral.

Zusätzlich sollte nach Ansicht der Kommission im Psychologie-Unterricht besondere Aufmerksamkeit der Interaktion von Vererbung und Umwelteinflüssen in der Persönlichkeitsentwicklung und dem großen Ausmaß individueller Unterschiede in den psychologischen Funktionen und deren Bestimmbarkeit gelten. Auch sollten Psychologen an Teilen des Physiologie-Kurses teilnehmen, um die der Emotion, dem Gedächtnis und dem Denken zugrunde liegenden biologischen Prozesse zu diskutieren. In ähnlicher Weise könnten Psychologen zum Pharmakologie-Unterricht über die Psychotropen Pharmaka beitragen.

Ein systematischer Unterricht in abnormer Psychologie (Klinischer Psychologie), über die psychologischen Auswirkungen von Krankheit und über die Arzt-Patient-Beziehungen sollte, nach dem Vorschlag der Kommission, am besten im klinischen Studienabschnitt gegeben werden.

Bezüglich der Unterrichtsmethoden werden von der Kommission den Gruppendiskussionen, Demonstrationen und Praktika jeweils für eine kleine Studentenzahl der Vorzug gegeben.

An den Unterricht in Soziologie und verwandten Fächern sollten, nach Ansicht der Kommission, drei Anforderungen gestellt werden:

Erstens sollte der Student während des ersten Studienjahres, vor allem während des ersten und/oder zweiten Semesters eine historische und vergleichende Einführung in die medizinischen Bedürfnisse der Gesellschaft und die Rolle des Arztes und anderer Berufsgruppen des Gesundheitsdienstes erhalten. Zweitens sollte der Unterricht und die Themenauswahl in Soziologie und verwandten Fächern soweit wie möglich für die Medizin relevant sein. Drittens sollte der Unterricht über soziale Aspekte der Medizin in die klinische Arbeit der Studenten während des Medizinstudiums und im nachfolgenden praktischen Jahr integriert sein. Der Student sollte lernen, warum Patient und Familie sich in einer Krankheitssituation ebenso verhalten, wie sie es tun; es sollten dem Studenten die sozialen und kulturellen Faktoren, die die Erwartungen und Antworten der Patienten beeinflussen, bewußt gemacht werden, die Probleme, die die Bewältigung der Krankheit und die Behinderung in der Gemeinde für den Arzt, den Patienten und die Familie darstellen; die sozialen, ethnischen, Arbeits- und psychologischen Kräfte, die Prävention und Behandlung behindern können und die Schwierigkeiten in der Kommunikation und andere Probleme, die sich aus fixierten Erwartungen über die Art, wie sich jemand in einer bestimmten Situation verhalten wird, ergeben, besonders im Krankenhaus. Einen Unterrichtsbeitrag sollten Soziologen, Sozialarbeiter, Krankenhausärzte, praktische Ärzte, in der Sozialmedizin und im öffentlichen Gesundheitsdienst Tätige und andere geben. Als Beispiel dafür, wie ein Soziologieunterricht möglicherweise aussehen könnte, wurde von der Kommission folgender Musterlehrplan entwickelt (Appendix 11 des Berichtes) unter gleichzeitigem Hinweis auf die Notwendigkeit starken Experimentierens:

Einführung

Die soziale Geschichte der Medizin und medizinischen Versorgung. Der Einfluß wissenschaftlicher, technologischer und sozialer Faktoren auf die Rolle des Arztes und die gesellschaftlichen Funktionen der Medizin. Die Entwicklung medizinischer Dienste als Antwort auf soziale Forderungen und der wechselnde Charakter der Krankheit. Muster der Organisation medizinischer Versorgung, das Ausmaß medizinischer Spezialitäten, die wechselnden Begriffe von Gesundheit und Krankheit. Die medizinische Ethik, beruflich gesehen und im Zusammenhang mit sozialen Veränderungen.

Soziologische Konzepte

Allgemeine Einführung in einige der grundlegenden Konzepte der Soziologie, ihre Entwicklung und Anwendbarkeit auf gegenwärtige sozialmedizinische Fragen.

Demographische Trends

Veränderungen in der Struktur und der Zusammensetzung der Bevölkerung; die Analyse von Mortalität, Fertilität, Heirat, Ehescheidung, ethnischer und anderer Faktoren. Die Bedeutung einer alternden Bevölkerung, Veränderungen in der Familiengröße und in der arbeitenden Bevölkerung. Bevölkerungskontrolle und Familienplanung.

Die Familie

Rolle und Funktionen der Familie, vergleichend und kulturell behandelt; die Auswirkungen von Industrialisierung und Organisierung; charakteristische Formen der Familie; Rollenverhalten in Krankheit, die Reaktion der Familie auf Krankheit und Behinderung eines ihrer Mitglieder. Die sozialen Probleme des Alters und des Generationsunterschiedes.

Gesellschaftsgliederung

Klasse, Status und Prestige; soziale Beweglichkeit; das Arbeitssystem und seine Professionalisation; Arbeits- und Gesellschaftsgliederung in Relation zur Morbidität, Mortalität und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Ethnische und kulturelle Aspekte der Gesellschaftsgliederung. Probleme des sozialen Unterschieds zwischen Akademikern und ihren Patienten oder Klienten.

Sozialpathologie

Abweichung und Übereinstimmung in der Gesellschaft; soziologische, philosophische und rechtliche Aspekte von deren Trends und Verbrechen; Neurose, Suizid, Drogenabhängigkeit und Alkoholismus. Gruppenverhalten und Rolle des Arztes und anderer in der Prävention und Behandlung von Verhaltensstörungen.

Sozialmedizin und die Gemeinde

Trends in der Gemeindestruktur und in den Krankheitsmustern der Gemeinde; soziale, kulturelle, ethnische und wirtschaftliche Einflüsse; die Epidemiologie der Krankheiten, mit der die heutige Medizin in der Hauptsache konfrontiert wird; die Beziehung zwischen Beruf, Privatleben, Freizeit und anderen Umwelteinflüssen und der physischen und geistigen Gesundheit; Laienhaltungen gegenüber Gesundheit und Krankheit, Krankheitsprävention und medizinischer Versorgung; das Studium krankheitsanfälliger und einem hohen Risiko ausgesetzter Gruppen; die Rollen der medizinischen, in der Krankenpflege tätigen, paramedizinischen und in der Sozialarbeit tätigen Berufsgruppen.

Gesundheits- und Sozialdienste und das Studium der sozialen Administration

Die Struktur, Organisation und die Arbeitsweise der Gesundheits- und sonstiger Sozialdienste. Die wechselnden Funktionen des Krankenhauses. Die wirtschaftlichen Voraussetzungen der medizinischen Versorgung. Individuelle und Gemeinde-Verantwortlichkeit. Die Ursachen und das Aussehen von Armut, Verwahrlosung und Behinderung. Lebensstandard in Kindheit, während der Berufstätigkeit und im Alter. Die Verantwortlichkeit der Be-

rufsgruppen, Zusammensetzung und Hilfsarbeitskräfte der Dienste, die sich mit gestörten persönlichen Beziehungen, sozialen Mißständen und physischer und geistiger Behinderung befassen. Die Probleme der Kooperation, Koordination und Kontinuität der Versorgung in der medizinischen und sozialen Diagnose, Prävention, Behandlung und der effektiven Inanspruchnahme der Dienste. Die Ermittlung und Entfaltung von Gemeindemitteln. Probleme des Vertrauens und der Verknüpfung der Dienste und die Zusammenarbeit zwischen den im Gesundheits- und Fürsorgedienst Tätigen. Die Rolle der Forschung in der Bestimmung medizinischer Erfordernisse der Gesellschaft und in der Bewertung der „Qualität" und „Leistungsfähigkeit" der medizinischen Versorgung.

Der Unterricht in den Behavioural Sciences müsse, nach Ansicht der Kommission, in voller Kooperation zwischen den medizinischen und den anderen damit befaßten Fakultäten organisiert werden.

Vorschlägen, innerhalb der medizinischen Hochschulen Departments für medizinische Psychologie und medizinische Soziologie zu errichten, falls eine Beteiligung am Unterricht der Medizinstudenten von seiten der anderen Fakultäten nicht möglich wäre, wurde von der Kommission großes Interesse entgegengebracht.

Zum Zwecke der Diskussion der im Todd-Report enthaltenen Empfehlungen zum Unterricht in den Behavioural Sciences und deren Folgerungen wurde von der British Psychological Society 1969 an der Universität Edinburgh ein Symposium gehalten (Pritchard, 1970; Russell Davis, 1970; White, 1970), das vermutlich richtungsweisend für die weitere Entwicklung war.

Auf dem Symposium herrschte Übereinstimmung in folgenden Punkten: die Behavioural Sciences sollten im vorklinischen Studium unterrichtet werden. Das Stoffgebiet sollte begrenzt und nur soweit für die Medizin relevant behandelt werden. Der Unterricht sollte in enger Zusammenarbeit mit den Dozenten der Hauptfächer Anatomie, Physiologie und Biochemie stattfinden, möglichst parallel zu den Hauptfächern, bestenfalls aber soweit wie möglich in sie integriert. Das Lehrpersonal sollte überwiegend vom Department of Mental Health und von klinischen Psychologen, nur in geringem Umfang von „akademischen" Psychologen gestellt werden. Der Vorschlag der Royal Commission on Medical Education Departments für medizinische Psychologie und medizinische Soziologie zu errichten, wurde nicht unterstützt (Russell Davis, 1970). Geteilt waren die Meinungen zur Frage, ob die Fächer Psychologie und Soziologie in getrennten Kursen behandelt werden sollten oder zusammengefaßt in einem Kurs.

Die Befürworter der ersten Lösung entwickelten hinsichtlich des Psychologie-Stoffes Vorschläge, die im wesentlichen den Kurs-Programmen von Sheffield (Stengel, 1961) und Liverpool (Hetherington, 1968) entsprachen.

Zur zweiten Lösung wurde von Russell Davis ein Kurs in „Behavioural Science" vorgestellt, der erst kürzlich an der Universität Bristol entwickelt worden war (Russel Davis, 1970).

Ziel des Kurses, der 88 Stunden umfaßt, ist es, den Studenten eine Einführung in einige fundamentale Themen der Sozialwissenschaften zu geben. Besonders soll den Studenten ein Verständnis des menschlichen Verhaltens vermittelt werden, besonders des Verhaltens in einem sozialen Setting, abhängig von den sozialen Bezügen und dem Alter (Lehre des Lebenszyklus). Die Hauptbetonung wird auf soziale und familiäre Prozesse gelegt — ohne Vernachlässigung der einschlägigen Inhalte der „biologischen" Psychologie. Letztere wird mit den anderen Fächern des vorklinischen Studiums eng verknüpft, z. B. mit der Neurophysiologie.

Das Symposium wurde mit zwei Vorschlägen zum Unterricht in den Behavioural Sciences beendet (White, 1970):

Vorschlag 1:

Zugrunde liegendes Konzept: Es soll versucht werden, das Verhalten in Beziehung zu setzen zur Struktur, den Funktionen und den chemischen Abläufen des Gehirns, der endokrinen Drüsen und des autonomen Nervensystems.

Eventuelle Einteilung und übergeordnete Themen des daraus resultierenden Kursprogrammes:

1. das Zentralnervensystem und das Verhalten (von der Geburt bis in das Alter);
2. das autonome Nervensystem und das Verhalten (von der Geburt bis ins Alter);
3. die endokrinen Drüsen und das Verhalten (von der Geburt bis zum Alter);
4. genetische Determinanten des Verhaltens;
5. Reifung und Lernen als Determinanten des Verhaltens;
6. Drogen und das Verhalten;
7. Analyse und Beurteilung des Verhaltens.

Zeitpunkt des Kurses: zweites und möglicherweise drittes Studienjahr.

Anschließend an den Kurs Unterricht in Sozialpsychologie und medizinischer Soziologie.

Vorschlag 2:

Kursprogramm

1. Identifizierung der psychologischen Probleme in der Medizin;
2. Veränderungen des Verhaltens mit dem Lebensalter, von der Kindheit bis zum Alter;
3. individuelle Unterschiede im Verhalten und in der Entwicklung, Normen und Standard zur Beurteilung von Verhaltensabweichungen;
4. Streßsituationen im Leben und Reaktionen darauf;
5. Einfluß der Zugehörigkeit zu einer Kultur oder Subkultur auf das Verhalten und auf die Persön-

lichkeit, auf die soziale Interaktion und Kommunikation, die Familien- und Eltern-Kind-Beziehungen eingeschlossen;

6. physiologische Grundlagen des Verhaltens, das Zentralnervensystem unter besonderer Berücksichtigung des Verhaltens und seiner Störungen, die Auswirkungen eines Gehirnschadens und von Drogen eingeschlossen.

Im Fach *Psychiatrie* wurden 1966 bis 1967 an den 26 Medical Schools durchschnittlich 185 Stunden (bei einer Schwankungsbreite von 66 bis 468 Stunden), das Praktikum eingeschlossen, gehalten (Carstairs et al., 1968). Das Verhältnis zur Unterrichtszeit in anderen Fächern wurde nicht untersucht.

Die Entwicklung neuer Lehrprogramme im Fach Psychiatrie während der letzten Jahre erfolgte im wesentlichen mit dem Ziel der Integration der Psychiatrie in die anderen Zweige der Medizin. Es sollte, neben der Vermittlung der Grundprinzipien der Psychiatrie (in Krankheitslehre, Diagnostik und Therapie), vor allem ihre Relevanz für die allgemeine Medizin hervorgehoben werden (Gibson, 1964).

Typische Beispiele für die Art der neuen Ausbildungsprogramme sind das in Sheffield entwickelte Curriculum, über das Stengel 1961 berichtete und das inzwischen weiter verbessert wurde, und das psychiatrische Ausbildungsprogramm des Department of Psychological Medicine, University College Hospital, London, das 1962 von Tredgold beschrieben wurde.

Sheffield-Plan (Stengel, 1961)

b) Klinisches Ausbildungsprogramm in Psychiatrie

Grundlegendes Prinzip dieses experimentellen Programmes ist es, „den Studenten während des gesamten klinischen Teils des Curriculums die Allgegenwart psychologischer und psychiatrischer Probleme auf allen Gebieten der Medizin durch den Psychiater aufzuzeigen".

Studiengang:

4. Studienjahr: Im ersten Semester wöchentlich stattfindende Vorlesungsdemonstration über Grundlagen der allgemeinen Psychiatrie — als Einführung in das vierwöchige neuropsychiatrische Praktikum: sechs halbe Tage in der psychiatrischen Abteilung, vier halbe Tage wöchentlich in der neurologischen Abteilung des Lehrkrankenhauses und Unterricht über Anamnesenerhebung, die Arzt-Patient-Beziehung und die Symptomatologie. — Ein einmonatiges Praktikum in Sozialmedizin mit zwei Seminaren über Sozialpsychiatrie. Der Kurs steht unter der Leitung des Professors für Präventivmedizin und Gesundheitswesen und schließt Gruppendiskussionen über psychiatrische Fallarbeit ein. — Drei bis sechs psychiatrische Visiten während des dreimonatigen Praktikums auf internen Stationen.

5. Studienjahr: Im Pädiatrie-Kurs Unterricht durch den Pädiater und den Kinderpsychiater über psychologische Aspekte der Entwicklung des Kindes und über Verhaltensstörungen in der Kindheit. Der Kurs schließt ein dreimonatiges Praktikum in der Kinderabteilung ein. — In der Geburtshilfe und Gynäkologie 2 Vorlesungen von seiten des Psychiaters über psychiatrische Aspekte des Gebärens und gynäkologischer Erkrankungen.

6. Studienjahr: Im ersten und zweiten Semester eine wöchentliche Vorlesungsdemonstration in Psychiatrie bei besonderer Betonung der Psychosen und des Schwachsinnes; zusätzlich während eines der beiden Semester 1½ Stunden/Woche Unterricht in einem Psychiatrischen Krankenhaus und in der Psychiatrischen Poliklinik. Während des gesamten 6. Jahres Diskussionen über die psychiatrischen Behandlungsmethoden. — Im zweiten dreimonatigen Praktikum in der Inneren Medizin Teilnahme der Studenten an vier bis sechs psychiatrischen Visiten auf der internen Station.

Gesamtzeit der Unterrichtsstunden in der Psychiatrie während der zehn Semester der klinischen Ausbildung: Nicht mehr als 70 bis 80, das Praktikum nicht eingeschlossen.

Examen:

Bisher eine Pflichtfrage in Psychiatrie im schriftlichen Abschlußexamen der Inneren Medizin, die von einem Psychiater gestellt und bewertet wurde. Im neuen Curriculum soll die Psychiatrie in das schriftliche und klinische Medizinische Examen aufgenommen werden. (Einzelheiten waren 1961 noch nicht entschieden.)

Vorläufige Bewertung durch den Autor: Es handele sich um ein experimentelles Unterrichtsprogramm, das zweifellos auf Grund neuer Erfahrungen modifiziert werden würde. Die Dauer des Praktikums in Neuro-Psychiatrie (vier Wochen) sei zu kurz, um es dem Studenten zu ermöglichen, die Genesung eines Patienten während eines vernünftigen Zeitraumes zu beobachten. Als mögliches Beispiel für eine Neuorientierung wird das Ausbildungs-Schema von Rochester genannt, das zwei Praktika („junior" und „senior clerkship") in Psychiatrie vorsieht.

Psychiatrisches Ausbildungsprogramm des Department of Psychological Medicine, University College Hospital, London (Tredgold, 1962)

Bei diesem Programm handelt es sich — ähnlich wie bei dem Sheffield-Plan — um einen „Versuch zur Integration" (Tredgold, 1962) der Psychiatrie in die anderen Fachbereiche der Medizin.

Zielsetzung dieses Psychiatrie-Unterrichtes: Anknüpfung an das Teamwork, das in Lehrkrankenhäusern bereits praktiziert wird; besondere Betonung, „daß der Patient eine Person ist"; Unterrichtung des Studenten darüber, wie eine therapeutische Arzt-Patient-Beziehung aufgebaut werden kann.

Programm:

Bei Beginn des klinischen Studiums zweimonatiger allgemeiner Einführungskurs in allen Hauptfächern, der Vorlesungen, Falldemonstrationen und Diskussionen umfaßt, z. B. über Anamnesenerhebung, die klinische Untersuchung, die Bedeutung der ver-

schiedenen Symptome und ihre Auswirkung auf den Patienten. Zusammentreffen der Studenten mit einem Psychiater in kleinen Gruppen nach jeder der Unterrichtsstunden (Diskussion über relevante psychologische Aspekte der behandelten Thematik). — Während der nächsten sechs Monate Tätigkeit auf einer der internistischen Abteilungen, währenddessen regelmäßige Zusammenkünfte zur Diskussion mit einem der Abteilung zugeteilten Psychiater.

Weitere Teilnahme am Unterricht von seiten der Psychiater in der Geburtshilfe: Wöchentliche Diskussionsgruppen, die von einem der Geburtshilfe-Abteilung zugeteilten Psychiater geleitet werden. Während des pädiatrischen Praktikums reguläre Visiten von seiten des Personals der Heilpädagogik.

Alle diese Praktika sind nicht verpflichtend.

Während des Jahres zusätzlich Vorlesungen und Demonstrationen über Themen wie Asthma, Hyperthyreoidismus, Dermatologie etc., gemeinsam gehalten von einem Internisten, Dermatologen oder Chirurgen und einem Psychiater. Einmonatiges Praktikum im Department der Psychologischen Medizin. Haupttätigket der Studenten: Anamnesenerhebung bei neu aufgenommenen Patienten (es wird versucht, daß jeder Student mindestens sechs neue Fälle während seines Praktikums sieht). Anschließend Fallbesprechung. Es wird dem Studenten die Möglichkeit gegeben, eine Beziehung zum Patienten herzustellen und einige Verantwortung zu übernehmen.

(„Der Student soll im Krankenhaus üben, was er in einfacher Psychotherapie tun kann — und in der Allgemeinpraxis vielleicht zu tun haben wird.") Zusätzlich erleben die Studenten die diagnostische und therapeutische Arbeit aller Mitglieder des Departments: des Arztes, des Pflegepersonals, des Psychologen und des psychiatrischen Sozialarbeiters.

Das Programm soll von Anfang an betonen, daß der Patient eine „ganze Person" sei und daß der Student alle Aspekte eines Falles betrachten müsse. Es hindere den Studenten von Anfang an daran, „die Psychiatrie entweder als Schuttabladeplatz für schwierige und frustrierende Fälle oder als ein Mysterium jenseits seines Horizonts" zu betrachten. Es gebe dem Studenten eine bessere Chance, das Verhalten „schwieriger", z. B. aggressiver Patienten zu verstehen, und es gebe dem Studenten Gelegenheit, seine eigenen Reaktionen auf Fälle, die Angst hervorrufen, allmählich zu verstehen und zu beherrschen.

Das Programm bestand zur Zeit der Veröffentlichung einige Jahre und war inzwischen erweitert worden durch die Einführung einer Balint-Gruppe. Die „Royal Commission on Medical Education" empfiehlt für die Ausbildung im Fach Psychiatrie während des Medizinstudiums folgende Zielsetzung (§ 272):

a) dem Studenten sollte der wichtige Einfluß, den die geistige und emotionale Verfassung eines Patienten auf dessen physisches Wohlbefinden und seine praktischen Fähigkeiten ausübe, klargemacht werden; es sollten ihm die biologischen Faktoren, die Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren aufgezeigt werden, die geistigen und emotionale Störungen zugrunde liegen;

b) die Studenten sollten die Technik des Patienten-Interviews erlernen, insbesondere zur Erhebung der psychiatrischen Anamnese und des psychischen Befundes;

c) es sollte ein Überblick über die psychiatrischen Erkrankungen und den gegenwärtigen Wissensstand zur Ätiologie gegeben werden;

d) es sollten dem Studenten, als Beobachter, Kenntnisse über die Organisation und Leitung der Behandlung im psychiatrischen Versorgungsbereich (Dienst) vermittelt werden.

Es wird von der Kommission für zweckmäßig erachtet, den Psychiatrie-Unterricht mit dem Gebiet der Kinderpsychiatrie zu beginnen, das eine spezielle Berücksichtigung der Minderbegabung und des Schwachsinns einschließt, in Zusammenhang mit der Pädiatrie. Auf diese Weise können zur allgemeinen medizinischen Ausbildung der Studenten sehr viel beigetragen werden, da sie Gelegenheit hätten, den Prozeß der Persönlichkeitsentwicklung und die Interaktion in der Familie, die ihnen im Behavioural Science-Unterricht beschrieben worden seien, zu sehen. Dieses Gebiet bietet eine geeignete Darstellung der Konzepte der dynamischen Psychiatrie. Es mache den Studenten auch die wichtige Rolle des Arztes klar in der Entdeckung und Besserung familiärer Erkrankungen, sowohl medizinischer als auch psychiatrischer Art und die Notwendigkeit des Team-works für den Arzt mit Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen.

Während der praktischen Ausbildung auf allgemeinen medizinischen Stationen sollte ein regulärer psychiatrischer Unterricht stattfinden, bei dem der Psychiater die Art und Bedeutung emotionaler Faktoren auf die Entstehung, Ausprägung und sogar die Art der Symptome, die gewöhnlich als rein medizinisch betrachtet werden, behandelt (§ 268).

Im systematischen Psychiatrie-Unterricht sollte über folgende Störungen ein Überblick gegeben werden: die Neurosen, die Persönlichkeitsstörungen (einschließlich sexueller Abweichungen, des Alkoholismus und andere Süchte), die psychosomatischen Erkrankungen und die organischen und funktionellen Psychosen.

Gleichzeitig sollten die Studenten die Gelegenheit haben, etwas über die Rolle der anderen Mitglieder des therapeutsichen Teams zu erfahren: die Klinischen Psychologen, Psychiatrie-Schwestern und Sozialarbeiter und wie die ärztlichen Behörden und andere soziale Einrichtungen zur Behandlung psychiatrischer Patienten in der Gemeinde beitragen (§ 269).

An Unterrichtsmethoden werden von der Kommission folgende empfohlen: etwa 60 Unterrichtsstunden sollten auf theoretische Vorlesungen und Vorlesungsdemonstrationen entfallen, mehr als die Hälfte davon auf Vorlesungsdemonstrationen (ein-

schließlich Film- und Fernsehübertragungen). Ergänzend sollten 15 bis 20 Seminare in kleinen Gruppen stattfinden, in denen Fallvorstellungen und Diskussionen über Themen, die sich aus den theoretischen Vorlesungen herleiten, stattfinden. Den Seminaren wird besondere Bedeutung zugemessen (§ 270).

Das psychiatrische Praktikum sollte in einer „full-time"-Tätigkeit auf einer Station für mindestens einen Monat, möglichst für länger, bestehen (§ 271).

Nach Abschluß des „undergraduate course", d. h. nach erfolgter „Graduierung", muß — als Voraussetzung für die Übernahme in das Ärzteregister — eine einjährige (= *„preregistration period"*) praktische Tätigkeit in anerkannten Krankenhäusern ausgeübt werden (sogenannte „house officers" oder „housemen"). Erst dann kann mit einer Spezialisierung, mit einem „postgraduate course" begonnen werden.

Während der „preregistration period" findet so gut wie keine Ausbildung in Psychiatrie statt (Stengel, 1964). Die „house officers" haben im wesentlichen lediglich die Möglichkeit, Konsiliarbesuchen des Consultant Psychiatrist beizuwohnen.

2. Das Postgraduierten-Training der Psychiater

Die „Royal Commission on Medical Education" kam bei ihren Untersuchungen zu der Überzeugung, daß jeder Arzt, egal in welchem medizinischen Zweig er tätig ist, ein Postgraduierten-Training über mehrere Jahre braucht. Dieses „Berufstraining" wird von der Kommission folgendermaßen eingeteilt:

a) in ein *Internes Jahr*, weitgehend dem bisherigen „preregistration" Jahr entsprechend;

b) in ein *Allgemeines Berufstraining* („General Professional Training"), etwa drei Jahre dauernd, währenddessen der junge Arzt systematische und vielfältige Erfahrung auf dem Gebiet, in dem er weiterhin arbeiten möchte, sammeln kann;

c) in ein *weiteres Berufstraining* („Further Professional Training"). Nach der erfolgreichen Beendigung des allgemeinen Berufstrainings kann das Training entweder, weniger intensiv, fortgesetzt werden, allmählich übergehend in normale Berufstätigkeit, oder es kann noch für einige Jahre ein intensives Fortgeschrittenen-Training angeschlossen werden;

d) eine ständige Ausbildung und ein fortgesetztes Training („Continuing „Education and Training"), unterschiedlich in Zeit, Methodik und Intensität, mit dem Ziel, die Ärzte über die Entwicklung in ihrem eigenen Gebiet und in der Medizin im allgemeinen auf dem laufenden zu halten.

Die Empfehlungen der „Royal Commission on Medical Education" zum „General Professional Training" in der Psychiatrie (§§ 124 bis 132 ihres Berichtes) gingen von folgender Situation aus:

Trotz Verbesserungen seit dem 2. Weltkrieg ließ die Ausbildung der Psychiater 1968 noch sehr zu wünschen übrig. Die zwei bedeutendsten Veränderungen während der letzten Jahre waren die Entwicklung des Ausbildungsprogramms des Institute of Psychiatry der Universität London am Maudsley Hospital gewesen und die Gründung kleiner Universitätsdepartements für Psychiatrie an allen britischen medizinischen Hochschulen in der Provinz und an einigen in London.

Viele der Ausbildungskandidaten am Institute of Psychiatry und die meisten außerhalb Londons bereiteten sich auf das Examen für das Conjoint DPM (Diploma in Psychilogical Medicine of the College of Physicians und Surgeons) vor. Die Zahl der Ausbildungskandidaten, die ein Universitätsdiplom in Psychologischer Medizin außerhalb Londons anstrebte, war extrem klein und betrug nur zwei bis drei an jedem Ausbildungszentrum mit Ausnahme von Edingburgh, wo etwa 15 Studenten jährlich an einem Zweijahreskurs teilnahmen. Die Standardbedingung für die D.P.M. war eine zweijährige Erfahrung in anerkannten psychiatrischen Krankenhäusern zusammen mit einem bestimmten Umfang an Erfahrung in allgemeiner Medizin und Neurologie. Diese Ausbildung war zu knapp, sowohl was die Dauer als auch den Inhalt betraf. Auch ließ eine zu dieser Zeit durchgeführte Untersuchung der Royal Medico-Psychological Association erkennen, daß ein Viertel bis die Hälfe der für die Ausbildung für das Conjoint D.P.M. anerkannten Krankenhäuser nicht den relativ bescheidenen Anforderungen für eine solche Anerkennung entsprach: die Bibliothek war zu klein, es wurden zu wenig Unterrichtsstunden geboten und zu wenig Erfahrungsmöglichkeit in der Kinderpsychiatrie.

Zur Verbesserung des allgemeinen Beruftstrainings in der Psychiatrie wurden von der Kommission die folgenden Vorschläge gemacht und Meinungen vertreten:

Es sollten nicht weitere Institute ähnlich dem Institute of Psychiatry entwickelte werden. Vielmehr sollten nationale und regionale Programme für ein Spezialtraining ausgearbeitet werden, innerhalb derer die Universitätsdepartments für Psychiatrie, der Krankenhausdienst und die Berufsvereinigung der Psychiater selbst zusammenarbeiten. Ein wichtiger Aspekt in dieser Entwicklung wäre die Verbesserung der Ausbildungsmöglichkeiten und Aktivitäten jedes psychiatrischen Krankenhauses und nicht nur der Ausbildungszentren. Voraussetzung für die Effektivität des Programmes sei die Anstellung eines Senior-Psychiaters, verantwortlich für die Organisation des Ausbildungsprogrammes und der Teilnahme der Ausbildungskandidaten. Die Leitung der Ausbildung und die Sicherstellung eines hohen akademischen Standards müsse von den Departments für Psychiatrie an den medizinischen Hochschulen übernommen werden. Die Krankenhausdienste und die Berufsvereinigung der Psychiater sollten für die Sicherstellung der notwendigen materiellen Einrichtungen, wie einer Krankenhausbibliothek und für die klinische Erfahrung der Ausbildungskandidaten verantwortlich sein. Letztere sollten auch Zeit haben und ermuntert werden, an bewährten Kursen des Postgraduierten-Trainings teilzunehmen, für die der Arbeitgeber bezahlt. Die

gegenwärtige Psychiatrie sei nicht mehr vorwiegend mit der Neurologie und Neuropathologie verknüpft: die Betonung könnte zweckmäßiger auf den ganzen Umfang physischer Erkrankungen gelegt werden und auf ein gründlicheres Studium der Lerntheorie, der Psychodynamik und der gegenwärtigen Soziologie. Wegen zu erwartender Veränderungen in der psychiatrischen Praxis sollte jeder Psychiater mit dem psychotherapeutischen Vorgehen bei den üblichen Neurosen, den psychosomatischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen und mit der Leitung der Gemeindepsychiatrie vertraut sein.

Während des dreijährigen allgemeinen Berufstrainings sollte jeder Ausbildungskandidat an zwei halben Tagen der Woche an einem theoretischen Unterrichtskurs unter der Leitung eines Universitätsdepartments für Psychiatrie in Zusammenarbeit mit dem „regional postgraudate committee und den Tutoren der regionalen psychiatrischen Krankenhäuser teilnehmen können.

Eine Tätigkeit von sechs Monaten bis zu einem Jahr in der allgemeinen Medizin (entweder im Krankenhaus oder in der allgemeinen Praxis) sollte zur Festigung der allgemeinen medizinischen Erfahrung für wünschenswert erachtet werden.

Alle Ausbildungskandidaten in der Psychiatrie sollten zwei Jahre full-time im Krankenhaus tätig sein. Ihre Ausbildungsstellen sollten die Behandlungen sowohl stationärer als auch ambulanter psychiatrischer Patienten berücksichtigen: mindestens ein Jahr sollte auf Akut-Stationen und mindestens sechs Monate in der Versorgung chronischer Patienten verbracht werden.

Die Ausbildung könne in psychiatrischen Krankenhäusern, in psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und in Universitätsabteilungen stattfinden, unter Vorbehalt, daß im allgemeinen nur die Tätigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus Erfahrung in der Versorgung chronischer Kranker gewährleistet.

Der Ausbildungskandidat sollte angeleitet werden in der Interview-Technik, der Anamnesenerhebung, der körperlichen und psychischen Untersuchung des Patienten, der zusammenhängenden Darstellung des erhobenen klinischen Befundes, der Diagnosenerhebung, Behandlung (sowohl physikalisch als auch psychotherapeutisch), im Planen für die Entlassung, der Rehabilitation und dem Arbeitseinsatz, der Benützung sozialer Dienste, der Konsultation mit dem praktischen Arzt des Patienten und der Versorgung psychiatrischer Notfälle.

Die Ausbildungskandidaten sollten mindestens während eines Jahres part-time-Erfahrung (mindestens eine Sitzung pro Woche) in der Behandlung ambulanter Patienten unter Supervision sammeln; sie sollten part-time-Unterricht (mindestens einmal die Woche) in Neurologie und Neurochirurgie (mindestens sechs Monate), in Kinderpsychiatrie (mindestens sechs Monate) und Schwachsinnigen-Psychiatrie (mindestens drei Monate) erhalten mit der Möglichkeit, Patienten zu sehen, ohne für deren Behandlung verantwortlich zu sein.

Das dreijährige Training sollte durch die Tätigkeit in einem oder in mehreren anderen psychiatrischen Gebieten, jeweils für sechs Monate, vervollständigt werden.

Von der Kommission wurden zwei Beispiele für ein mögliches allgemeines Berufstrainingsprogramm in Psychiatrie vorgelegt (Appendix 5 E des Berichts):

Beispiel A:

Sechs Monate Ausbildung in der allgemeinen Praxis. Ein Jahr in einer Universitätsabteilung, stationäre und ambulante „Kurzzeit"-Patienten behandelnd; part-time-Unterricht in Neurologie (sechs Monate) und in Kinderpsychiatrie (sechs Monate). Ein Jahr in einem Psychiatrischen Krankenhaus, Sammeln von Erfahrung in der Behandlung stationärer und ambulanter „Langzeit"- (chronischer) und „Kurzzeit"-Patienten; part-time-Erfahrung der Schwachsinnigen-Psychiatrie und in den Gemeindediensten.

Sechs Monate Tätigkeit in einem der folgenden Gebiete: in der psychiatrischen Akut-Versorgung (Notfall-Station, Station für Patienten mit Suizidversuch, Beobachtungsstation).

Auf einer geriatrischen Station.

Auf einer Abteilung für Alkoholiker und Drogenabhängige.

In der Versorgung Schwachsinniger.

In der Kinder-, Jugend- oder Familienpsychiatrie.

Beispiel B:

(Könnte von einem Ausbildungskandidaten übernommen werden, der sich entweder in der Kinderpsychiatrie oder in der Schwachsinnigen-Psychiatrie spezialisieren möchte):

Ein Jahr in einem Psychiatrischen Krankenhaus (Versorgung von „Kurzzeit"- und „Langzeit"-Patienten sowie ambulanter Patienten).

Ein Jahr in einer „Kurzzeit"-Ausbildung in einem Allgemein-Krankenhaus.

Sechs Monate in der Kinder- oder Familienpsychiatrie.

Sechs Monate in der Schwachsinnigen-Psychiatrie. (Part-time-Erfahrung und Unterricht wie bei Beispiel A).

Einem Spezialtraining in einer Subspezialität müsse ein Training in allgemeiner Psychiatrie von ein bis zwei Jahren vorausgehen. Für das Spezialtraining selbst seien drei bis vier weitere Jahre Ausbildung erforderlich.

In der Kinder- und Schwachsinnigen-Psychiatrie sei einige Erfahrung in der Pädiatrie erwünscht. Die Spezialausbildung schließe einen Unterricht in moderner Pädagogik ein. Besondere Betonung sollte auf die Persönlichkeitsentwicklung, die Soziologie und die Sozialpathologie der Familie gelegt werden. In der Ausbildung sollten Psychoanalytiker eingeschaltet werden. Teil der praktischen Erfah-

rung sollte die Arbeit mit der Gemeinde und den Erziehungsbehörden, die emotional gestörte und geistig behinderte Kinder versorgen, sein.

Für die Ausbildung in der Forensischen Psychiatrie (notwendig für alle Gefängnisärzte und alle zukünftigen Consultant-Psychiatrists) sei ein Unterricht über die soziologischen und Persönlichkeits-Korrelate des kriminellen Verhaltens und die verschiedenen Möglichkeiten im Umgang mit Straftätern, bei denen eine psychiatrische Erkrankung vermutet wird oder sicher ist. Vor allem benötigen aber Ausbildungskandidaten in der Forensischen Psychiatrie Erfahrungen aus erster Hand in der Behandlung Krimineller.

An jedem Universitätszentrum sollte mindestens ein Psychiater mit einer Spezialausbildung in Forensischer Psychiatrie, der in Unterricht und Forschung tätig ist, vorhanden sein.

Die Psychotherapie werde an den meisten medizinischen Hochschulen vernachlässigt. Jedes Department sollte über ein oder zwei Psychotherapeuten verfügen, die ein Fortgeschrittenen-Training auf ihrem Gebiet geben können.

1969 fand unter der Leitung der „Royal Medico-Psychological Association" und der „Association for the Study of Medical Education" am Institute of Psychiatry eine Konferenz über das Postgraduierten-Training der Psychiater statt. Ziel der Konferenz war die Bewertung und die Definition der wesentlichen Komponenten in der Ausbildung eines Psychiaters.

Ausgehend von den Empfehlungen der Royal Commission on Medical Education (1968) und den Empfehlungen dieser Konferenz wurde 1970 von der Royal Medico-Psychological Association ein vorläufiges Memorandum über die Ausbildungsprogramme für Ausbildungskandidaten in der Psychiatrie (1971) herausgegeben:

Das theoretische und praktische Ausbildungsprogramm sollte nicht nur für ein General Professional Trianing, sondern gleichzeitig zur Vorbereitung auf das Membership-Examen (des Royal College of Psychiatrists) geeignet sein.

I. Ausbildungsprogramme in der Psychiatrie

1. *Eine Vielfalt an klinischer Erfahrung* hat eindeutige Vorteile und man sollte sich soweit wie möglich bemühen, das Training in allgemeiner Psychiatrie mit einem Training in Fächern wie Neurologie und Jugendpsychiatrie (Kinderpsychiatrie und wenn möglich Schwachsinnigen-Psychiatrie) und Forensischer Psychiatrie zu ergänzen. Da Erfahrung in diesen Fächern kaum an einem Psychiatrischen Krankenhaus angeboten werden kann, müssen in das Ausbildungsprogramm Möglichkeiten für eine Rotation der Stellen oder für eine Abkommandierung an andere Psychiatrische oder Allgemeine Krankenhäuser, Child Guidance Clinics etc. eingebaut werden. Die klinische Tätigkeit in der Jugendpsychiatrie sollte, idealerweise, mindestens sechs Monate — full-time — und in Neurologie mindestens drei Monate — full-time — betragen. Das letztere Training sollte gewöhnlich vor dem Beginn der Tätigkeit in der Psychiatrie stattfinden. Part-time-Erfahrung sollte so lange akzeptiert werden, so lange sie äquivalent der genannten Zeit des full-time Trainings ist.

   Da die Berührung mit Psychiatrischen Problemen in einem Psychiatrischen Krankenhaus allein nicht genügen wird, sollten zugleich folgende Ausbildungsmöglichkeiten geboten werden:

   (I) *regelmäßige Vorstellungen von Patienten* durch den Ausbildungskandidaten einem Consultant oder Senior Registrar gegenüber auf der Stationsvisite oder während einer klinischen Konferenz. Ziel des Lehrers wird es sein, die Prinzipien der Anamnesenerhebung, der körperlichen und psychischen Untersuchung, der Diagnosenerhebung, der Behandlung und Rehabilitation einschließlich physikalischer und psychotherapeutischer Maßnahmen und die Inanspruchnahme der Sozialdienste einzuprägen.

   (II) Besonders bei der Versorgung ambulanter Patienten wird dem Ausbildungskandidaten gezeigt, wie die *kontinuierliche Versorgung des Patienten* gesichert werden kann durch Zusammenarbeit mit den General Practitioners, den psychiatrischen Sozialarbeitern, Krankenschwestern und anderen Berufsgruppen.

   (III) *Der Besuch klinischer Konferenzen,* das Minimum besuchter klinischer Konferenzen im Jahr sollte 25 betragen.

   (IV) Die Teilnahme an *Seminaren oder Journal Clubs* (mindestens 10/Jahr).

   (V) Kurse in *klinischer Psychologie* und Unterricht in der Durchführung der Standard-Intelligenz-Tests und sonstiger in der Psychiatrie anwendbarer Tests.

   (VI) *Individual- und Gruppenpsychotherapie:* Unter Supervision Behandlung einiger ausgewählter Patienten durch den Postgraduierten über längere Zeit, unter Betonung der Entwicklung einer engen Arzt-Patient-Beziehung und deren Problemen.

2. *Klinische Tutoren:* Ein klinischer Tutor sollte zur Durchführung des Ausbildungsprogrammes an einem oder mehreren Krankenhäusern und Kliniken in jedem geeignetem Bereich eingesetzt werden. Seine Funktionen sind:

   (I) Die Organisation und Verwaltung des Ausbildungsprogrammes;

   (II) die Erleichterung des Systems der Rotation und der Abordnung, um jedem Ausbildungskandidaten ein Optimum an klinischer Erfahrung zu bieten;

   (III) als Verbindungsfeld zwischen den mit dem Ausbildungsprogramm befaßten Psychiatrischen Krankenhäusern und Kliniken und dem Universitäts-Department für

Psychiatrie oder dem Postgraduierten-Trainings-Zentrum zu fungieren;

(IV) das Führen von Aufzeichnungen über jeden Ausbildungskandidaten einschließlich vertraulicher Berichte von den Consultants und Dozenten und die Funktion als einer der Förderer des Ausbildungskandidaten für das Membership-Examen.

3. *Die Verantwortlichkeit des Universitäts-Departments für Psychiatrie und der Postgraduierten-Trainings-Zentren:* Es ist wesentlich, die Universitäts-Departments oder Postgraduierten-Zentren in jedes Ausbildungsprogramm einzubeziehen. Die aktuellen administrativen Gegebenheiten werden durch die lokalen Bedingungen bestimmt, Experimente und Initiativen sollten angeregt werden, und es wird immer ein Bedarf an beträchtlicher Flexibilität erforderlich sein. Die Universitäts-Departments sind relativ privilegiert mit ihrer Konzentration an qualifizierten und fähigen Dozenten, deren Beitrag nötig ist, in Ergänzung zu dem der in den peripheren Psychiatrischen Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Dozenten.

Der bestmögliche Kontakt mit den Universitätsdozenten sollte sichergestellt werden durch die Freistellung der Ausbildungskandidaten für eine maximale Zahl von Besuchen am Psychiatrischen Department oder den Postgraduierten-Zentren (während des Semesters wöchentlich zwei Sitzungen). Dieser Kontakt sollte durch Vorlesungen und Konferenzen der Universitätsdozenten an den peripheren Krankenhäusern ergänzt werden.

Die Universitäts-Departments sollten versuchen, folgende Möglichkeiten anzubieten:

(I) *Zugang zu klinischen Konferenzen* in Ergänzung zu denjenigen am peripheren Krankenhaus.

(II) Spezielle klinische Erfahrung im Rahmen des Rotations- oder Abordnungsschemas. Auch wenn die Empfehlung der Royal Commission, ein Jahr in einer Universitätsabteilung zu arbeiten, in den meisten Fällen nicht durchführbar ist, so sollte doch versucht werden, daß der Ausbildungskandidat während der ersten sechs Monate seines General Professional Trainings einige Erfahrungen in der Universitätsklinik sammeln kann.

(III) *Theoretische Unterrichtskurse* in den Fächern, die im ersten Teil des Membership-Examens geprüft werden, einschließlich Anatomie, Funktion in Pathologie des Nervensystems, Psychologie (einschließlich Neuropsychologie), Neurochemie und Neuropharmakologie, Genetik, Sozialwissenschaften, Entwicklung im Kindesalter und Psychopathologie. Das Department für Psychiatrie könnte mit anderen Universitätsdepartments zusammenarbeiten, um einen solchen Unterricht zu gewährleisten.

(IV) *Seminare und Tutorengruppen* sollten gehalten werden zur Behandlung von Themen, die am besten geeignet sind zur weitreichenden Diskussion und zur Behandlung relevanter psychiatrischer Literatur. Sie würden die Seminare und Tutorengruppen in den peripheren Krankenhäusern ergänzen.

(V) Unterricht in *klinischer Psychologie* zur Ergänzung desjenigen der peripheren Psychiatrischen Krankenhäuser.

(VI) Ausbildung in *Psychotherapie* wird gewöhnlich die Universitätsdepartments betreffen mit Ausnahme der Gebiete, in denen ein in der Psychotherapie ausgebildeter Psychiater am peripheren Psychiatrischen Krankenhaus arbeitet. Die theoretischen Kurse könnten auf der Problematik der Arzt/Patientbeziehung aufbauen.

(VII) *Anleitung in der Abfassung von Fallberichten und Kommentaren.* Jede Forschungsarbeit sollte unter der Supervision eines Hochschullehrers durchgeführt werden.

II. Klinische Erfahrung in der Psychiatrie

Der Begriff „General Psychiatry" sollte weitläufig interpretiert werden. Ein Großteil dieser Ausbildungszeit sollte Erfahrung in der Beurteilung und Behandlung erwachsener Patienten einschließen, die an für das weite Feld der psychiatrischen Praxis repräsentativen Erkrankungen leiden. Dazugerechnet werden sollte auch eine Tätigkeit in Spezialgebieten (z. B. in der Geriatrie, der Schwachsinnigen-Psychiatrie, bei Alkoholikern und Drogenabhängigen etc.), soweit Aspekte der allgemeinen Psychiatrie, wie sie hier definiert wurde, mitberührt werden.

Anerkannt bis zu einer Zeit von einem Jahr sollte auch eine klinische Tätigkeit in

a) für die Psychiatrie relevanten Fächern (z. B. general practice, Medizin, Neurologie, Pädiatrie, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Psychologie oder klinischen Forschung) und/oder

b) Spezialfächern innerhalb der Psychiatrie (z. B. Kinderpsychiatrie, Psychiatrie der geistig Behinderten, Psychotherapie oder Forensischer Psychiatrie).

Das „Education Committee" hat bereits Richtlinien über die Voraussetzungen für eine *„vocational registration"* im Fach Psychiatrie, wie sie von der „Royal Commission on Medical Education" empfohlen ist, aufgestellt. Diese werden einfach in Form von erforderlichen Zeitabschnitten klinischer Erfahrung beschrieben.

Es bestehe zur Zeit starke Unsicherheit bezüglich der Durchführung des *Berufstrainings.* Dennoch erscheine es geeignet, die Art an klinischer Erfahrung, die der Ausbildungskandidat in der Psychiatrie in Vorbereitung auf Senior-Posten erwerben sollte, festzusetzen. Es bestand Übereinstimmung

über den Wert eines vielfältigen Trainings. Darüber hinaus sollte auch einige Erfahrung in den Subspezialitäten der Psychiatrie in die Zeit des Allgemeinen Berufstrainings eingeschlossen werden.

Die „full-time" klinische Tätigkeit sollte für eine Zeitdauer von insgesamt fünf Jahren in Stellen, die für Ausbildungszwecke bestimmt sind, ausgeführt werden und sollte sich folgendermaßen zusammensetzen:

(I) Während der anfänglichen drei Jahre des *Allgemeinen Berufstrainings* mindestens zwei Jahre Erfahrung in der allgemeinen Psychiatrie.

(II) *Zwei Jahre weiteren Trainings („further Training*). Die gesamte Zeit kann allein in der vom Ausbildungskandidaten innerhalb der Psychiatrie gewählten Spezialität stattfinden. Soweit Ausbildungskandidaten während ihres „general professional training" bereits in einer bestimmten Subspezialität tätig gewesen sind und weniger als die verlangten zwei Jahre in der allgemeinen Psychiatrie, kann die fehlende Zeit während der Periode des weiteren Trainings nachgeholt werden.

Postgraduierten-Ausbildung am „Maudsley"

(Davis, 1964 und 1968; Shepherd, 1970; Russell, 1972)

Ziel des „Maudsley-Trainings ist die Heranbildung eines, wie Aubrey Lewis es 1947 formuliert hat, „all-purposes-psychiatrist", eines Allround-Psychiaters, gewachsen jeder Situation auf dem allgemeinen Feld der Psychiatrie.

Entsprechend dieser Zielsetzung wurde am „Maudsley" ein Allround-Training entwickelt, das in England bisher in seiner Qualität keine Parallele hat und das die Empfehlungen der Royal Commission on Medical Education, 1968, zum General Professional Training bereits vorweggenommen hatte.

Das „Maudsley" setzt sich aus den seit 1948 unter einem gemeinsamen Board of Governors vereinigten Lehrkrankenhäusern „The Bethlem Royal Hospital" und „The Maudsley Hospital" (= Joint Hospital) zusammen. Ihm angegliedert ist das „Institute of Psychiatry", die Postgraduate Medical School der Universität von London.

Der Umfang an Einrichtungen und Ausbildungsmöglichkeiten am „Joint Hospital" ist einzigartig. Die Ausbildungsmöglichkeiten schließen die allgemeine (Erwachsenen-)Psychiatrie, die Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, die geriatrische Psychiatrie, die Psychotherapie, Neurologie, die Forensische Psychiatrie, das Studium psychiatrischer Dienste innerhalb und außerhalb des Krankenhauses (z. B. die Versorgung in der Tagesklinik, die Gemeindedienste, die Rehabilitation chronischer Patienten) und die speziellen Probleme der Epilepsie, der Drogenabhängigkeit, des Alkoholismus und der psychosomatischen Erkrankungen ein.

Die Ausbildung ist in der Mehrzahl der genannten Gebiete innerhalb des „Joint-Hospital" selbst, das etwa über 500 Betten verfügt, möglich. Soweit erforderlich werden die Ausbildungsmöglichkeiten aber ergänzt und erweitert durch eine Reihe angeschlossener Krankenhäuser und Einrichtungen: die neurologische Ausbildung wird gewährleistet durch die neuro-chirurgische Abteilung (Guys-Maudsley-King's Neurosurgical Unit) und durch die Kooperation des „Institute of Neurology" im National Hospital und im Maida Vale Hospital; die Ausbildung in Kinderpsychiatrie durch den Anschluß der Brixton Child Guidance Clinic; das Training in Forensischer Psychiatrie (Zugang zu den Gefängnissen und Erziehungsheimen) durch Verträge mit den Behörden. Des weiteren ist an das „Joint Hospital" die akute psychiatrische Abteilung des St. Francis' Hospital angeschlossen. Weitere Ausbildungsmöglichkeiten in allgemeiner Psychiatrie bestehen innerhalb einer Reihe Psychiatrischer Krankenhäuser (Bexley, Cane Hill, Long Grove, North Middlesex und Springfield Hospitals), die Postgraduierte (in der Hauptsache aus dem Ausland) annehmen, wenn die zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze am Maudsley nicht ausreichen.

Zusätzlich ist eine Ausbildung im Ausland für drei Monate bis zu zwei Jahren möglich.

Die am Maudsley in Ausbildung stehenden Registrars lassen sich in drei Gruppen einteilen:

1. in die „whole-time junior-staff members", deren Zahl fast 100 beträgt,
2. in die ausländischen Ärzte, die von sechs Monaten bis meist zu zwei Jahren am Maudsley tätig sind und deren Zahl etwas über 50 beträgt und
3. die „regional registrars", die meist nur die Vorlesungen am Maudsley besuchen.

Die *klinische Ausbildung* erfolgt mittels eines Rotationssystems, das 1949 von Aubrey Lewis eingeführt wurde und weitergeführt und vervollständigt wurde von Davis. Die Organisation des Rotationsprogrammes obliegt dem Dekanat und wurde während der letzten Jahre prinzipiell vom Vizedekan durchgeführt. Erfahrungsgemäß wird dabei nach gewissen Richtlinien vorgegangen: z. B. wird darauf geachtet, daß die Tätigkeit in der Kinderpsychiatrie derjenigen auf einer Jugendlichen-Station vorangeht und daß die Tätigkeit in der allgemeinen Psychiatrie prinzipiell vor derjenigen in einem Spezialgebiet steht. Die allgemeine Dauer der Tätigkeit in einem bestimmten Fach beträgt sechs Monate, kann aber kürzer (z. B. drei Monate in Forensischer Psychiatrie) oder länger (z. B. neun Monate in Psychotherapie) sein. Wünsche und Interessen der Postgraduierten werden soweit wie möglich berücksichtigt.

Der Umfang der klinischen Tätigkeit bzw. die Art der psychiatrischen Bereiche, in denen die Postgraduierten vorwiegend eingesetzt werden, ist im wesentlichen festgelegt durch die Art des Diploms, das von den Postgraduierten angestrebt wird. Eine große Zahl der Ärzte, die sich in Ausbildung befinden, unterziehen sich den Prüfungen für das „Conjoint Diploma in Psychological Medicine der Royal Colleges of Physicians and Surgeons" (Conjoint D. P. M.). Bedingung dafür ist lediglich der Nachweis einer mindestens zwei Jahre langen Tätigkeit

in klinischer Psychiatrie an anerkannten Ausbildungszentren. Dabei soll die klinische Erfahrung so breit wie möglich sein und das Fach Neurologie einschließen, da dieses Fach einen wichtigen Teil der Prüfung bildet.

Ein anderer Teil der Postgraduierten strebt den „degree of Master of Philosophy in psychiatry" (MPhil) an, der 1969 an die Stelle des „Academic Diploma in Psychological Medicine" getreten ist. Voraussetzung dafür ist eine dreijährige Ausbildung, obligatorisch in allgemeiner Psychiatrie (einschließlich Erfahrung in der Ambulanz), in Kinderpsychiatrie, Neurologie für eine Mindestzeit von sechs Monaten jeweils, zwei Jahre der Ausbildung müssen am Institute of Psychiatry verbracht worden sein. Obligatorisch ist im übrigen für die MPhil-Studenten eine wissenschaftliche Arbeit und die Vorlage einer Dissertation (gewöhnlich zwei Jahre nach Anmeldung zum Examen). Die meisten solcher Arbeiten behandeln ein klinisches Forschungsprojekt.

Das *theoretische Ausbildungsprogramm* am Maudsley hat sich aus den ursprünglichen Fallkonferenzen und Vorlesungen für das D. P. M. entwickelt.

1. Das Programm der *Fallkonferenzen* wurde inzwischen beträchtlich erweitert.

Diese Konferenzen werden täglich vom „Senior"-Personal besucht. Sie konzentrieren sich auf klinische Probleme, aufgeworfen durch die Vorstellung von Patienten, um die verschiedenen Aspekte der Psychiatrie wie diagnostische, genetische, soziale, forensische oder psychotherapeutische Probleme aufzuzeigen. Sie ergänzen die systematischen Vorlesungskurse und den klinischen Basisunterricht auf den Stationen und in der Ambulanz. Eine wöchentliche Hauptkonferenz findet unter dem Vorsitz des Professors für Psychiatrie statt.

Ergänzend werden dem Postgraduierten vier andere Arten von Fallkonferenzen angeboten:

a) die *klinische Vorlesungsdemonstration.*

b) die gelegentliche *klinisch-pathologische Konferenz,* vorzugsweise unter der Leitung eines Neuropathologen.

c) die wöchentlich stattfindende *„admission and discharge conference"* für das Personal der klinischen Abteilung.

   Dabei wird jeder neu aufgenommene Patient kurz beschrieben unter Hinzufügung der vorläufigen Diagnose und der Ätiologie; es wird ein Plan über Ziel und Art der Behandlung vorgelegt, zusammen mit einem Überblick über die notwendigen Untersuchungen und die Aufenthaltsdauer. Bei der Entlassung wird ein Überblick über den Verlauf gegeben; besondere Aufmerksamkeit gilt Änderungen der Diagnose oder Abweichungen vom bei der Aufnahme vorgelegten Untersuchungs- und Therapieplan; auch werden Möglichkeiten und Organisationen für die weitere Behandlung und die Weiterverfolgung des Verlaufes formuliert. Psychologen, psychiatrische Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten nehmen an diesen Konferenzen teil. Ihre schriftlich niedergelegten Berichte über die Patienten werden zusammen mit der übrigen Information über den Patienten aufbewahrt. Diese Information schließt ein Aktenblatt ein, das eine Zusammenfassung des konventionellen Krankenhausberichtes über den stationären Aufenthalt des Patienten in Frage- und Antwortform enthält. Sie schließt auch die Ergebnisse der weiteren Verlaufsbeobachtung ein. Solange der Patient nach der Entlassung ambulant weiterbetreut wird, sorgt der Ambulanzbericht für die notwendige weitere Information. Ansonsten werden, anfangs alle sechs Monate, später jedes Jahr, detaillierte Fragebögen (gewöhnlich an die nächsten Verwandten) verschickt zum Befinden des Patienten, seinen Klagen, seiner Inanspruchnahme von Ärzten oder anderen Krankenhäusern, seiner Arbeitsfähigkeit usw. Adressenänderungen werden notiert, so daß ein hoher Prozentsatz der Patienten während der beabsichtigten Zeit von zehn Jahren erfolgreich weiterverfolgt werden kann (bisherige Verlaufsbeobachtungen: seit Anfang der 50er Jahre).

d) Das auf diese Weise gewonnene, einzigartige Material ist Ausgangspunkt für *Verlaufskonferenzen.*

   Eine Reihe der Dissertationen der Registrars stützen sich ebenfalls darauf.

2. Tutorengruppen und Seminare

Bei Beginn ihrer Ausbildung am Maudsley werden alle Ärzte, einschließlich der klinischen Assistenten, in *Tutorengruppen* zu je sechs bis acht Personen für einen dreisemestrigen Kurs (= 1. Ausbildungsjahr) über klinische Psychiatrie eingeteilt. Sie treffen sich während jedes Semesters regelmäßig mit einem klinischen Tutor. Alle Gruppenmitglieder lesen vor jedem Treffen denselben Basistext, über den dann eines von ihnen einen Überblick gibt als Ausgangspunkt für eine vom Tutor geleitete Diskussion, die meistens ein bis eineinhalb Stunden dauert.

Behandelte Stoffgebiete (unter dem übergeordneten Thema klinische Psychiatrie):

im 1. Semester:	organische Erkrankungen
im 2. Semester:	funktionelle Psychosen
im 3. Semester:	neurotische Reaktionen und Persönlichkeitsstörungen.

Der Ausbildungskandidat wird angeregt, nach eigenem Gutdünken seine Literaturstudien zu erweitern und in der Diskussion Probleme, die sich daraus oder aus seiner klinischen Tätigkeit ergeben, zur Sprache zu bringen.

Während der folgenden zwei Jahre ihrer Ausbildungszeit beschäftigen sich die Tutorengruppen mit den verschiedenen zur klinischen Psychiatrie in Beziehung stehenden Wissensgebieten.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des „tutorial systems" durch Shepherd 1964 und 1970 umfaßte dieser Kurs fünf Semester:

ein Basissemester über die Prinzipien der allgemeinen Psychopathologie und der Klassifizierung;

zwei Semester über die biologischen Ursachen und

zwei Semester über die psychosozialen Ursachen psychiatrischer Erkrankungen.

Zugang zu diesem Kurs haben die Ärzte, die sich auf den zweiten Teil des University of London M. Phil. Degree in Psychiatry vorbereiten.

Zusätzlich findet ein zweiwöchentlicher Journal-Club (am Samstagmorgen) statt und reguläre Vorträge über Forschungsarbeiten durch Mitglieder des Krankenhauses und des „Institute".

Von Zeit zu Zeit werden auch Consultants eingeladen, um eine Reihe von Seminaren über ein bestimmtes Thema, etwa sechs Seminare in einer Woche zu halten als Ersatz oder in Ergänzung des Hauptprogrammes.

Neben dem „tutorial system" und den Seminaren werden weiterhin *Vorlesungsdemonstrationen* gehalten (1a).

Sie finden zwei Jahre lang, d. h. während sechs Semestern zu je zehn Wochen an zwei Nachmittagen pro Woche statt und dauern jeweils zwei Stunden (insgesamt 120 Vorlesungen).

Während der ersten beiden Semester werden vorwiegend Basisfächer behandelt, nämlich die Anatomie, Physiologie und Biochemie des Nervensystems, Psychologie, Statistik und Genetik.

Während der folgenden Semester behandeln die Vorlesungen das Gebiet der Neuropathologie und der Psychiatrie in ihren verschiedenen Aspekten (allgemein, dynamisch, psychotherapeutisch, forensisch und unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Altersgruppen: Kindheit, Jugend und Alter).

Das theoretische Ausbildungsprogramm wird verbessert durch *audio-visuelle Hilfsmittel.* An die Stelle des jahrelang verwendeten Einwegglases ist inzwischen das Fernsehen getreten. Es ermöglicht die Erweiterung und Veranschaulichung des Unterrichtes auf folgende Weise:

1. durch Übertragungen in den Hörsaal: von Patienteninterviews, von psychologischen Testverfahren, auch von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlungen;
2. durch die Übertragung von Konferenzen und Vorlesungen in andere Räume bei Überfüllung des Hörsaals;
3. durch die Übertragung von Experimenten und Operationen in kleinen Laboratorien oder Kliniken, in denen nicht genug Platz für Studenten ist;
4. durch die Verwendung von Fernsehfilmen. Sie dienen z. B. folgenden Zwecken:
   a) der Anlegung einer Sammlung seltener und typischer Fälle zur jeweiligen Verwendung in den Vorlesungen;
   b) zur Aufzeichnung eines Krankheitsverlaufs bei einem Patienten über eine bestimmte Zeit (für Unterrichtszwecke);
   c) zur Aufnahme eines Interviews, falls der Patient aus irgendeinem Grund nicht selbst zur Vorlesung kommen will oder kann;
   d) zum Drehen von Filmen über Tierexperimente, deren direkte Übertragung schwierig oder nicht möglich ist;
   e) Filmaufzeichnungen können mit anderen Universitäten und Institutionen ausgetauscht werden.

Postgraduierten-Ausbildung außerhalb Londons

Beispiele

In Birmingham (Trethowan, 1864).

Birmingham hat kein D. P. M., aber Kurse für beide Teile des Conjoint Diploma.

Das Universitäts-Department für Psychiatrie ist verantwortlich für die Organisation der Ausbildung. Die Ausbildung selbst erfolgt in der Hauptsache an den regionalen Psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen durch dort tätige Consultant-Psychiatrists. Der theoretische Unterricht dort setzt sich im wesentlichen aus Vorlesungen und Seminaren zusammen.

Seit 1963 gibt es in Birmingham ein Tutorensystem. Die Tutoren treffen sich regelmäßig am Universitäts-Department zum Ideenaustausch und zur Aufrechterhaltung desselben Standards.

Etwa ebenso lange verfügt Birmingham über ein Rotationsausbildungsschema, während der ersten Jahre nur für die Senior-Registrars (ob inzwischen auch jüngeren Ausbildungskandidaten zugänglich, ist nicht bekannt). Im Rahmen dieses Rotationssystems kann eine Anzahl von Senior-Registrars auch auf der klinischen Abteilung des Universitäts-Departments verbringen und ebenso für eine bestimmte Zeit für ein Forschungsprojekt unter Leitung der Universität freigestellt werden.

Das Universitäts-Department selbst bietet zusätzlich theoretischen Unterricht in Form von Seminaren, Tutorengruppen (von der Art wie sie von Shepherd beschrieben werden), journal club meetings etc.

In der Oxford-Region (Brook, 1973).

Einrichtungen:

Die psychiatrische Versorgung wird in dieser Region im wesentlichen von vier mittelgroßen Psychiatrischen Krankenhäusern, jedes mit 500 bis 900 Betten, getragen (Fairmile, St. Crispin's, St. John's, Littlemore). Zusätzlich verfügt die Region über eine psychiatrische Abteilung mit 200 Betten, die Warneford-Abteilung, und über zwei Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern. Zwei der psychiatrischen Krankenhäuser stehen in enger Zusammenarbeit mit Krankenhäusern für geistig Behinderte und

innerhalb des Warneford Hospitals befindet sich ein Krankenhaus für Kinderpsychiatrie (The Park) und eine Jugendlichen-Abteilung.

Die Krankenhäuser The Park, das Littlemore und das Warneford bilden zusammen die „Isis"-Gruppe, ein Komplex, der mehr und mehr wie ein joint hospital arbeitet.

Zwei der Krankenhäuser und Abteilungen sind eng mit regionalen Postgraduierten-Zentren verbunden, während die Isis-Gruppe in der Nähe von Oxford liegt und über alle Einrichtungen verfügt, die eine Universitätsstadt besitzen muß, einschließlich der Radcliffe-Bibliothek. Das Universitäts-Department für Psychiatrie wurde vor wenigen Jahren eingerichtet. 1970 verfügte es über einen Professor, einen Senior-Lecturer und vier Lecturers.

Ausbildung:

Klinische: Seit 1971 besteht ein Rotationsschema. Die Ausbildungskandidaten sind für drei Jahre angestellt und können innerhalb ihre Anstellung über die verschiedenen Stationen und Dienste der „Isis"-Gruppe rotieren. Sie können auch während dieser Zeit vier bis sechs Wochen full-time am Department of Neurology am Churchill Hospital arbeiten.

Theoretische: Es wird jährlich ein zehntägiger Intensivkurs in Neuroanatomie und Neurophysiologie gehalten, ebenso ein Semester lang wöchentliche, einen ganzen Tag dauernde Vorlesungskurse in Psychologie und in allgemeiner Psychiatrie.

Zusätzlich werden im Jahr 12 Vorlesungen von Gastdozenten gehalten.

Es wird vom Universitäts-Department ein eintägiger Intensivkurs vor Teil 2 des D. P. M. organisiert, um auf Aspekte der Psychiatrie, in denen die Ausbildungskandidaten während ihrer normalen Tätigkeit keine Erfahrung sammeln konnten, einzugehen, wie auf forensische Belange, Belange der Kinderpsychiatrie und des Schwachsinns.

Die Senior-Registrars der „Isis"-Gruppe werden zur Zeit in die Lehre eingeführt durch die Teilnahme an Registrar-Trainings-Gruppen und am Unterricht der Studenten. Weitere Ausbildungsmöglichkeiten für die Senior-Registrars stellen die Möglichkeit, an einem jährlichen dreitägigen Fortgeschrittenen-Kurs in Psychiatrie für Senior-Registrars und Consultants teilzunehmen und die Möglichkeit, für ein Forschungsprojekt freigestellt zu werden, dar.

Regionale Organisation der Ausbildung: Die Verbindung zwischen dem Universitätsdepartment für Psychiatrie, dem „Regional Postgraduate Committee" und ein peripheren Krankenhäusern wird durch ein regionales psychiatrisches Postgraduierten-Komitee erleichtert, das ein Subkomitee des vor kurzem gegründeten „Oxford Regional Committee for Postgraduate Medical Education and Training" ist. Dieses Komitee wird gebildet von den Tutoren jedes Krankenhauses und jeder Abteilung und von 2 Universitätsrepräsentanten, einem Tutor der Schwachsinnigen-Psychiatrie und dem regionalen Senior-Psychologen. Das Komitee koordiniert die Trainingsaktivitäten in der Region, während ein Subkomitee verantwortlich für die detaillierte Planung der Lehrprogramme (der Vorlesungen und Seminare) ist.

In Belfast (Gibson, 1973).

Die Ausbildungskandidaten sind bei der Northern Ireland Hospitals Authority angestellt, d. h. werden von dieser bezahlt. Das Postgraduierten-Training in Psychiatrie ist organisiert vom Department of Mental Health, der Queen's University of Belfast. Es sieht eine dreijährige Ausbildung nach einem Rotationsplan vor. Das Rotationsschema ist flexibel, abhängig von der vorangehenden Erfahrung der Ausbildungskandidaten. Der Basisplan stellt sich folgendermaßen dar:

Neun Monate Erwachsenenpsychiatrie	Department of Mental Health
Ein Jahr allgemeine Medizin	in der Universitätsabteilung
Drei Monate Neurologie und Neurochirurgie	an den Lehrkrankenhäusern in Belfast
Drei Monate Kinderpsychiatrie	an den Lehrkrankenhäusern in Belfast
Drei Monate Special Care (Schwachsinn)	am Muckamore Abbey Hospital und damit verbundenen Gemeindediensten
Sechs Monate allgemeine Psychiatrie	in einem psychiatrischen Krankenhaus — gewöhnlich in Belfast

Die Ausbildungskandidaten werden zunächst für ein Jahr angestellt. Ihr Vertrag wird auf drei Jahre verlängert, wenn ihre Tätigkeit zufriedenstellend ist.

Während der Ausbildungszeit wird von den Ausbildungskandidaten erwartet, daß sie am Postgraduierten-Unterricht in Psychologie, Psychiatrie und den mit der Psychiatrie assoziierten Basiswissenschaften teilnehmen.

Von den erfolgreichen Ausbildungskandidaten wird erwartet, daß sie sich auf das D. P. M. vorbereiten und auf eine höhere Qualifikation in der Medizin.

Abschluß des Postgraduierten-Trainings (Prüfungen, Qualifikationen)

Die erfolgreiche Tätigkeit während des Postgraduierten-Trainings und die Qualifikation in einem Zweig der Medizin wird in England durch Prüfungen nachgewiesen, die von den entsprechenden ärztlichen Berufskörperschaften organisiert werden.

Mit Examina in der Psychiatrie und der Vergabe von Diplomen bzw. Graden sind folgende Berufskörperschaften befaßt:

1. das „Royal College of Physicians", London.
   Dieses College bietet den Postgraduierten der Psychiatrie als Qualifikation das *Conjoint Diploma in Psychological Medicine* an. Das Conjoint

D. P M. wird vom „Conjoint Board of the College of Physicians and Surgeons" verwaltet.

Das Examen für das Conjoint D. P. M. ist seit Jahren starker Kritik ausgesetzt. Es wurde jedoch beschlossen, seinen Standard nicht zu ändern, da vom „Royal College of Psychiatrists" (gegründet 1971) ein Membership-Examen entwikkelt werden sollte. Das Conjoint D. P. M. sollte so lange wie erforderlich noch weiter bestehen, besonders für ausländische Postgraduierte.

Zur Zeit wird es noch von vielen, vielleicht sogar von der Mehrzahl der Psychiater erworben und sicherlich von der Mehrzahl der ausländischen Studenten (Stengel, 1970).

Die Prüfung setzt sich zusammen aus einem ersten Teil in den Basisfächern Neuroanatomie, Neurophysiologie und Psychologie und einem zweiten Teil in klinischer Psychiatrie und klinischer Neurologie.

Das Examen besteht traditionell aus essay papers und mündlichen Prüfungen. Bei Teil 2 der Prüfung kommen klinische Prüfungen in Psychiatrie und Neurologie hinzu. In der klinischen Psychiatrie werden seit einigen Jahren zwei papers verlangt, eines über allgemeine Psychiatrie, ein anderes über spezielle Aspekte der Psychiatrie.

Teil 1 des Examens besteht aus einem paper und einer zehnminütigen mündlichen Prüfung in Neuroanatomie und -Physiologie. Dasselbe gilt für die Psychologie. Die Psychologie wird unabhängig von der Anatomie und Physiologie bewertet, und der Kandidat muß zumindest einen Teil bestehen (entweder Psychologie oder Anatomie und Physiologie).

Über die Hälfte der Ausbildungskandidaten besteht diesen ersten Teil der Prüfung.

Teil 2 der Prüfung hat zu erfolgen nach zwei Jahren full-time Tätigkeit in der klinischen Psychiatrie oder äquivalenter part-time. Ebenso wird Erfahrung in der Neurologie vorausgesetzt. Spezielle Erfahrung in der Kinderpsychiatrie oder Schwachsinnigen-Psychiatrie ist nicht erforderlich.

Teil 2 des Examens umfaßt zwei essay papers in klinischer Psychiatrie und eines in klinischer Neurologie. In der Neurologie findet eine klinische Prüfung statt. Dabei stehen dem Kandidaten 40 Minuten zur Untersuchung des Patienten und zur schriftlichen Niederlegung des Falles zur Verfügung. Eine anschließende Falldiskussion und allgemeine mündliche Prüfung dauern 20 Minuten. Die mündliche Prüfung wird von einem Psychiater und Neurologen gehalten.

In der klinischen Psychiatrie steht dem Kandidaten eine Stunde für einen Langfall zur Verfügung, gefolgt von einer schriftlichen Fallbeschreibung, die zwei Psychiatern vorgelegt wird, die dann 15 Minuten mündlich prüfen. Daran schließt sich sofort eine weitere allgemeine mündliche Prüfung für 15 Minuten an.

Teil 2 muß insgesamt bestanden werden. Die Neurologen und Psychiater, die die Kandidaten geprüft haben, konferieren nach Prüfungsabschluß. Nur wenige Kandidaten bestehen einen Teil der Prüfung nicht (Stengel, 1970).

2. Das „Royal College of Physicians of Edinburgh", das „Royal College of Surgeons of Edinburgh" und das „Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow" bieten gemeinsam das *schottische Conjoint D. P. M.* an.

   Das Examen wird im Jahr zweimal gehalten, abwechselnd in Edinburgh und Glasgow. Es besteht aus zwei Teilen:

   Teil 1

   a) einer schriftlichen Prüfung und einer mündlichen Prüfung in Anatomie und Physiologie des Nervensystems, einschließlich makroskopischer und mikroskopischer Anatomie und Neurobiochemie;

   b) einer schriftlichen Prüfung und einer mündlichen Prüfung in Psychologie.

   Teil 2

   einer schriftlichen, klinischen und mündlichen Prüfung in:

   a) Neurologie und Neurochirurgie, Neuropathologie.

   b) Psychologischer Medizin, einschließlich klinischer Psychiatrie, Schwachsinn, Kinderpsychiatrie, Forensischer Psychiatrie und Sozialpsychiatrie.

   Ein Ausbildungskandidat wird zu Teil 2 der Prüfung zugelassen, wenn er zwei Jahre in einem anerkannten Psychiatrischen Krankenhaus, Zentrum oder Department tätig gewesen ist, einschließlich drei Monaten full-time oder sechs Monaten part-time Tätigkeit auf einer neurologischen Station oder in einer neurologischen Poliklinik. Insgesamt soll nicht mehr als 12 Monate ambulant in der Psychiatrie gearbeitet worden sein.

   Von 23 Prüfungskandidaten haben 1966 elf, 1967 zehn und 1968 neun von 19 den ersten Teil der Prüfung bestanden, d. h. mindestens 50 % waren nicht erfolgreich. Teil 2 wurde dagegen in denselben Jahren von nahezu allen Prüfungskandidaten bestanden (1966 neun von zehn, 1967 sieben von acht und 1968 von allen), (Stengel, 1970).

3. Der *Londoner M. Phil. Degree* (degree of Master of Philosophy in Psychiatry).

   Verliehen von der Universität London. Voraussetzung dafür ist ein Postgraduierten-Training in der Psychiatrie von mindestens drei Jahren, zwei davon müssen am Institute of Psychiatry verbracht worden sein.

Das Examen setzt sich zusammen aus:

a) einer Abhandlung oder Dissertation von nicht mehr als 40 000 Worten,

b) zwei dreistündigen schriftlichen Prüfungen in Psychiatrie (in einer davon werden die Kenntnisse des Kandidaten über Forschungsmethoden geprüft) und einer dreistündigen schriftlichen Prüfung in Neurologie,

c) klinischen und mündlichen Prüfungen in Psychiatrie und Neurologie.

4. *Das D. P. M. an anderen Universitäten*

Ein Diploma in Psychological Medicine kann auch an einer Reihe von Universitäten erworben werden, so an der Universität Edinburgh, Leeds, Liverpool, Manchester und New Castle upon Tyne.

5. *Das M. R. C. Psych. (Membership of the Royal College of Psychiatrists)*

Das „Royal College of Psychiatrists" wurde am 16. Juni 1971 gegründet und hat inzwischen ein Membership-Examen eingeführt.

Zulassungsbedingungen zum Examen: Mindestens drei Jahre allgemeines Berufstraining in Psychiatrie; der Anmeldung zur Prüfung müssen die Berichte von zwei Bürgen, die normalerweise Mitglied des College sein sollten, beiliegen. Mit jedem der beiden sollte der Kandidat mindestens sechs Monate und normalerweise mit mindestens von einem während zwei der Anmeldung vorangehenden Jahre zusammengearbeitet haben.

Der Kandidat sollte, soweit möglich, eine Liste seiner Publikationen vorlegen.

Die Bürgen sollten, soweit verlangt, auf vertrauliche Anfragen durch den „Court of Electors" berichten, inwieweit sich der Prüfungskandidat nach Charakter, Fähigkeit, Ausbildung und Erfahrung für die Zulassung zum Membership-Examen eignet.

Der Prüfungskandidat sollte zusätzlich die Namen zweier weiterer Personen nennen, die sich als Referenten zur Verfügung stellen. An die Referenten kann der „Court of Electors" unter Diskretion vertrauliche Anfragen richten.

Das Membership-Examen wird normalerweise zweimal im Jahr gehalten (meist im April und Oktober).

Vor dem Membership-Examen muß eine *Vorprüfung* (Preliminary Test) bestanden werden.

Die Vorprüfung besteht aus einer Multiple-Choice-Prüfung, etwa 60 Fragen umfassend, und einem Essay-Type Paper und sollte nach einem Jahr Ausbildung gemacht werden.

Das Multiple-Choice Paper sollte Fragen wie folgende einschließen:

a) Struktur, Funktionen und Pathologie des Nervensystems unter Berücksichtigung der Psychiatrie (einschließlich grundlegender und angewandter Neuroanatomie, Neurophysiologie, Biochemie, Neuroinkrinologie und der Wirkung von Drogen auf das Zentralnervensystem).

b) Genetik, angewandt auf die Psychiatrie.

c) Psychologie, angewandt auf die Psychiatrie (einschließlich experimenteller, klinischer, Entwicklungs- und Sozialpsychologie und Ethiologie).

d) Grundlagen der klinischen Psychopathologie — (deskriptive, experimentelle, dynamische und phänomenologische).

e) Untersuchungsmethoden in der Psychiatrie (einschließlich elementarer Statistik und Epidemiologie).

Das Essay-Type Paper besteht aus fünf Fragen, nur eine davon muß beantwortet werden. Hauptgewicht wird dabei nicht auf das tatsächliche Wissen gelegt, sondern auf die Fähigkeit des Formulierens, Mitteilens und kritisch Beurteilens.

Das Membership-Examen besteht aus zwei schriftlichen Prüfungen, klinischen und mündlichen Prüfungen.

Die *erste schriftliche Prüfung* ist eine Prüfung nach dem Multiple-Choice-System. Die Fragen beziehen sich auf das gesamte Gebiet der Psychiatrie. Geprüft werden die Kenntnisse des Kandidaten über Theorien und Prinzipien der Psychiatrie und der psychiatrischen Behandlung.

Die *zweite schriftliche Prüfung* setzt sich aus fünf Abschnitten zusammen, jeder Abschnitt umfaßt zwei Fragen. Insgesamt müssen die Kandidaten vier Fragen beantworten. Die einzelnen Abschnitte befassen sich mit

a) der allgemeinen Psychiatrie,

b) der Kinderpsychiatrie,

c) dem Schwachsinn,

d) der Forensischen Psychiatrie und

e) der Psychotherapie und anderen Methoden der psychologischen Behandlung.

Klinische Prüfung: Es wird von den Kandidaten erwartet, daß sie einen Fall oder mehrere Fälle untersuchen und von jedem Aspekt der klinischen Psychiatrie her beurteilen (auch allgemein medizinische und neurologische Fälle, soweit sie für die Psychiatrie relevant sind, können eingeschlossen werden).

Das *mündliche Examen* besteht aus Interviews mit jeweils zwei Prüfern (Royal College of Psychiatrists, 1973).

Abgesehen von der Einrichtung des M. R. C. Psych. hat das Royal College of Psychiatrists mit einem Inspektionsprogramm und einer Überprüfung der Trainingsprogramme begonnen. Die für die Postgraduierten-Ausbildung anerkannten Krankenhäuser und Abteilungen wurden in zwei Kategorien eingeteilt: Kategorie 1 ist für die gesamte dreijährige

Ausbildung für das M. R. C. Psych. anerkannt, Kategorie 2 mit Einschränkungen (Rawnsley, 1973).

Von der Royal Commission on Medical Education (Report, 1968) wurde das bisherige System der Beurteilung der Qualifikation der Postgraduierten mittels Diplom- und Membership-Examina durch die ärztlichen Berufsorganisationen nicht für adäquat und ausreichend gehalten (§§ 87 bis 92).

Zur Beurteilung des *allgemeinen Berufstrainings* der Postgraduierten wurden von der Kommission statt dessen folgende neue Richtlinie und Vorschläge formuliert (§§ 93 bis 100):

Eine einzige Haupt- bzw. Abschlußprüfung sei abzulehnen. Die Ausbildungskandidaten müßten während ihrer dreijährigen Ausbildung fortlaufend beurteilt und überprüft werden.

Die Beurteilung des allgemeinen Berufstrainings müsse bis zu einem gewissen Ausmaß auf Berichten der Ausbildungsleiter (Supervisors) und der Leiter der Abteilungen, in denen der Ausbildungskandidat gearbeitet hat, basieren. Um die Berücksichtigung der wichtigen und ausschlaggebenden Fragestellungen sicherzustellen, sollten die Berichte zumindest teilweise in einer Standardform abgefaßt sein. Die Ausbildungsleiter sollten etwa die Art und Möglichkeiten der Ausbildung beschreiben, ebenso wie die Fortschritte des Ausbildungskandidaten.

Da die Berichte verschiedener Ausbildungsleiter nicht immer vergleichbar sind, insbesondere wenn der Ausbildungskandidat einen Teil seines Trainings im Ausland absolviert hat, müssen zusätzlich Standardprüfungen durchgeführt werden.

Es sollten regelmäßige Zwischenprüfungen (Checks) gehalten werden, vielleicht am Ende jedes Jahres, deren Ergebnis — ebenso wie die Berichte der Ausbildungsleiter und wie spezielle Erfahrung im Ausland und in der Forschung — in der Endbeurteilung berücksichtigt werden sollte.

Auf die Art der Prüfungsmethoden wurde von der Kommission nicht näher eingegangen.

Betont wurde, daß Examina selbst nur ein Element, nicht notwendigerweise das wichtigste, im Rahmen der Gesamtbeurteilung darstellten.

Bei zufriedenstellendem Abschluß des allgemeinen Berufstrainings sollte dem Ausbildungskandidaten ein Zertifikat darüber ausgestellt werden, in dem auch außergewöhnliche Leistungen in den Examina und besondere Fähigkeiten ihre Berücksichtigung finden.

Bei nicht zufriedenstellendem Abschluß des Allgemeinen Berufstrainings sollte ein Bericht über die Mängel und Lücken erstellt werden, einschließlich eines Ratschlages für die weitere Ausbildung. Dem Ausbildungskandidaten sollte die Verlängerung seines allgemeinen Berufstrainings um ein Jahr zugestanden werden und zwei weitere Prüfungen.

Nach Erhalt des Zertifikats könne das Berufstraining vervollständigt werden.

Kandidaten, die im Krankenhausdienst verbleiben wollen, sollten Anstellungen als Junior-Specialists, und solche, die in die allgemeine Praxis gehen wollen, Assistant-Principal-Stellungen erhalten. (Das weitere Berufstraining dauert bekanntlich für alle Kandidaten noch mindestens zwei Jahre).

Das Zertifikat über das erfolgreich abgeschlossene allgemeine Berufstraining sollte — ohne zusätzliche Diplom- oder Membership-Examina — als Voraussetzung für die Mitgliedschaft in den entsprechenden ärztlichen Berufsorganisationen genügen.

Nach Abschluß des Berufstrainings insgesamt (= allgemeines Berufstraining von mindestens drei Jahren und weiteres Berufstraining von mindestens zwei Jahren) sollte eine „vocational registration" der Kandidaten stattfinden. Verantwortlich für die „vocational registration" sollte das General Medical Council" sein (§ 151).

Die derzeitigen Postgraduierten-Diplome sind, nach Meinung der Kommission, innerhalb des verbesserten Ausbildungssystems, an sich überflüssig. Auch Zusatzausbildungen etc. könnten im Zertifikat über das allgemeine Berufstraining genügend berücksichtigt werden. (§§ 171 bis 174).

Im Hinblick auf die *Beurteilung des allgemeinen Berufstrainings* und die notwendigen *Examina* wurden für das Fach Psychiatrie auf der Konferenz über die psychiatrische Postgraduierten-Ausbildung unter der Leitung der Royal Medico-Psychological Association und der Association for the Study of Medical Education am Institute of Psychiatry, 1969, folgende Empfehlungen gemacht (Stengel, 1970):

Es sollten folgende Prüfungsarten verwendet werden:

1. fortlaufende Beurteilungs-Berichte im Abstand von sechs Monaten, die zu 33⅓ % zur Endbeurteilung beitragen.
2. Schriftliche Prüfungen in der multiple-choice-Form.
3. Umfassende klinische Prüfungen, möglicherweise durch Filmaufnahmen erleichtert.
4. Mündliche Prüfungen, deren Inhalt, soweit möglich, vorher übereinstimmend festgelegt worden ist.
5. Prüfungen in Form kurzer Fragen über solche Gebiete, die mit multiple-choice-Prüfungen zu schwierig zu erfassen sind.
6. Essay-papers über Gebiete, über die der Kandidat Informationen gesammelt und zusammengestellt haben, sich auf Grund verschiedener Meinungen ein Bild gemacht haben und sich darüber verbal ausdrücken können sollte.

Untersuchungen über die Ausbildung in der Psychiatrie in England: Meinungen von

1. Ärzten im allgemeinen und

2. von Psychiatern

a) in Ausbildung, b) nach abgeschlossener Ausbildung

Zu 1: Von McAndrew et al. (1970) wurde an der Universität Aberdeen eine Untersuchung durchge-

führt mit dem Ziel, die Meinungen einer Gruppe von Ärzten, tätig in den verschiedensten Zweigen der Medizin, über ihr Medizinstudium mehrere Jahre nach ihrer Qualifikation zu erfassen. Es wurden Fragebogen an die Graduierten der Universität Aberdeen der Jahre 1956 bis 1958 (10 bis 12 Jahre nach ihrer Graduierung) versandt (Zahl der Angeschriebenen: 175). Von ihnen antworteten 77 % (135).

Das Curriculum an der Universität Aberdeen in den Jahren 1956 bis 1958 entsprach dem im U. K. allgemein üblichen (vormedizinischer und vorklinischer Abschnitt von acht Semestern, klinische und paraklinische Zeit von zehn Semestern). Die vorklinische Zeit schloß einen Unterricht von 20 Stunden in medizinischer Psychologie ein und die klinische Zeit einen Unterricht in Psychiatrie von 95 Stunden. Zur Zeit der Veröffentlichung, 1970, umfaßte der Unterricht in medizinischer Psychologie nur noch zehn Stunden, derjenige in der Psychiatrie 100 Stunden (keine wesentlichen Veränderungen im Psychiatrieunterricht bis 1970).

Von den Graduierten, die auf die Umfrage hin antworteten, waren fast die Hälfte General Practitioners (= 58). Die anderen hatten sich in den verschiedensten Zweigen der Medizin spezialisiert, sechs von ihnen in der Psychiatrie.

82 % von ihnen vertraten die Ansicht, daß sie ihr Medizinstudium sehr gut oder ganz gut für ihre gegenwärtige berufliche Tätigkeit vorbereitet habe. Von den 58 General Practitioners waren aber 13 (= 23 %) der Meinung, daß sie für ihren Tätigkeitsbereich schlecht vorbereitet worden seien.

Unter den Fachgebieten, die die relevantesten für die gegenwärtige berufliche Tätigkeit seien, wurde unter anderem die Psychiatrie (von 23) genannt. Die Zeit, die für die Ausbildung in der Psychiatrie aufgewendet worden sei, wurde von 27 der Befragten, 21 von ihnen waren General Practitioners, für inadäquat gehalten. (Insgesamt sahen sich die General Practitioners ungenügend ausgebildet in der Psychiatrie, der Dermatologie und den kleinen chirurgischen Fächern).

Zu 2: Ausgehend von Empfehlungen der Konferenz zur psychiatrischen Postgraduierten-Ausbildung unter der gemeinsamen Leitung der R. M. P. A. und A. S. M. E. im März 1969 wurde vom „Education Committee" der R. M. P. A. im Mai 1969 eine Arbeitsgruppe gebildet zur Überprüfung und Untersuchung der gegenwärtigen Ausbildung und des Trainings der Psychiater und der zukünftigen Erfordernisse auf diesem Gebiet. Die Untersuchung wurde mit Hilfe persönlicher Befragungen in Form von Interviews und mit Hilfe von Fragebogen durchgeführt. Sie wurde mit der finanziellen Unterstützung des Department of Health and Social Security von Peter Brook im Jahre 1970 bis 1971 durchgeführt.

Erfaßt wurden zwei Gruppen: A. die im Berufstraining stehenden Psychiater (Peter Brook, 1972 und 1973), B. Consultant Psychiatrists (Peter Brook, 1972).

A.

Die Untersuchung erstreckte sich auf drei „Regional Hospital Board Areas", nämlich die von Oxford, S. E. Metropolitan und Manchester. Es wurde versucht, von jedem Arzt, der sich in der allgemeinen Psychiatrie in diesen drei Regionen in Ausbildung befand, Informationen zu erhalten mittels eines Fragebogens und eines persönlichen Interviews. Information wurde auch vom Regional Postgraduate Adviser der psychiatrischen Postgraduierten-Ausbildung und den Tutoren jedes Krankenhauses oder jeder Abteilung, die besucht wurden, zur Verfügung gestellt. Auch wurden Informationen von allen Consultants, Senior Psychologists und Bibliothekaren der besuchten Krankenhäuser mittels Fragebögen gesammelt . . .

Die Zielsetzungen der Untersuchung waren:

Einen allgemeinen, breiten Überblick über Ausbildung und Training der Postgraduierten in der Psychiatrie in den drei gegensätzlichen „regional board areas" zu erhalten und speziell

a) Information über den bisherigen Werdegang der mit der Ausbildung in der Psychiatrie beginnenden Kandidaten zu erhalten,

b) die Meinung der Ausbildungskandidaten selbst über ihr Training zu erfahren,

c) das Traning vom Standpunkt der Ausbilder her zu prüfen.

Ergebnisse

a) *Persönliche Merkmale, Werdegang und Qualifikationen der Ausbildungskandidaten*

1. Drei Fünftel der 150 Ärzte in Ausbildung hatten ihr Medizinstudium im Ausland beendet. Ihre überwiegende Mehrheit war nicht in Lehrkrankenhäusern tätig.
2. Ein Drittel hatte Postregistration-Erfahrung in allgemeiner Medizin und ein Drittel in der allgemeinen Praxis.
3. Weniger als einer von zehn hatten jemals in Schwachsinnigen-Krankenhäusern oder Kinderabteilungen gearbeitet.
4. Ein Viertel der ausländischen Ausbildungskandidaten und ein Achtel der einheimischen Ausbildungskandidaten hatten sich noch nicht fest zu einer Laufbahn in der Psychiatrie entschlossen. Die populärste Alternative war die allgemeine Praxis.
5. Innerhalb der Psychiatrie war am populärsten eine Laufbahn in der allgemeinen Psychiatrie: bevorzugt in einer psychiatrischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses (57 %) und in einem Lehrkrankenhaus (52 %); zu 38 % in einem Psychiatrischen Krankenhaus und zu 27 % in der Gemeinde. Am unpopulärsten war eine Tätigkeit in der psychiatrischen Geriatrie (3 % waren dafür, 62 % definitiv dagegen), in der Schwachsinnigen-Psychiatrie (0 % dafür, 65 % definitiv

dagegen) und in der Forensischen Psychiatrie (5 % dafür, 43 % definitiv dagegen).

6. Eine wesentliche Zahl der Ausbildungskandidaten (56 %) war darauf vorbereitet, für die Dauer eine Stellung anzunehmen, die nicht derjenigen eines Consultant entsprach.
7. Ein Fünftel der männlichen einheimischen Ausbildungskandidaten faßte ernsthaft die Emigration ins Auge. Unter den dafür genannten Gründen waren die beiden wichtigsten die bessere Aussicht beruflich vorwärts zu kommen und zufriedenstellendere Arbeitsbedingungen.

b) **Training und Unterricht — Standpunkt der Ausbildungskandidaten**

1. Ein Fünftel, ein Viertel und zwei Fünftel der Registrars und der Senior Registrars waren der Ansicht, zu wenig oder keine Erfahrung jeweils in der ambulanten Arbeit, in der konsiliarischen Tätigkeit und in der Versorgung von Notfällen sammeln zu können.

   Nur ein Viertel der älteren Senioren-Ausbildungskandidaten betrachteten ihre Erfahrung in den Subspezialitäten der Schwachsinnigen-, Kinder- und Forensischen Psychiatrie für adäquat.

   Zwei Drittel hielten ihre praktische Erfahrung in der Gemeindearbeit für nicht ausreichend. Die meisten Ausbildungskandidaten hatten nur unbedeuteten Kontakt zu Sozialarbeitern im Krankenhaus oder in der Gemeinde.
2. Die Stellen, die fast die Hälfte der Senior-Registrars inne hatte, boten keine Möglichkeit, eine Ausbildung auf den Gebieten, auf denen ihre Erfahrung inadäquat war, zu erhalten. Diese Gruppe erhielt nicht die ihnen zustehende Unterrichtszeit.

c) *Training — aus der Sicht der Ausbilder*

1. Über 90 % der mit der Ausbildung befaßten Consultants war unzufrieden mit der für das Training zur Verfügung stehenden Zeit.
2. Ihre Ansicht bezüglich ihrer eigenen Ausbildung zeigte einen wesentlichen Grad an Übereinstimmung mit dem Standpunkt der Ausbildungskandidaten.

   Von 1965 bis 1970 hat die Zahl der in Ausbildung stehenden psychiatrischen Postgraduierten in England und Wales um etwa 25 % zugenommen. Dabei stieg jedoch der Anteil an ausländischen Ärzten während derselben Zeit von etwas über ein Drittel bis auf über die Hälfte und gleichzeitig fiel die Gesamtzahl der in Britannien geborenen Ausbildungskandidaten um 12 %. In den drei untersuchten Regionen waren 66 % Ausländer, wobei das Verhältnis zwischen Ausländern und Einheimischen in den einzelnen Regionen unterschiedlich war (48 % Ausländer in Oxford: 77 % in Manchester). Nur 15 % der ausländischen Ärzte arbeiteten in Lehrkrankenhäusern.

   Größere Mängel fanden sich in der Ausbildung in der Psycho-Geriatrie, der Schwachsinnigen-, Kinder- und Forensischen Psychiatrie. Am alarmierendsten waren die Mängel aber in den Polikliniken und bezüglich der praktischen Erfahrung in Gemeindedienst.

   Von den jüngeren Ärzten wurde überraschend wenig Forschungsarbeit geleistet.

Schlußfolgerungen der Untersuchungen

Es wird verlangt, daß die Psychiatrie als Hauptfach anerkannt wird, verbunden mit einem effektiveren Unterricht während des Medizinstudiums und einem adäquaten Postgraduierten-Training. Die beträchtliche Zahl verheirateter Frauen, die interessiert an der Psychiatrie seien, jetzt aber nicht arbeiteten oder unterbeschäftigt seien, sollten angestellt, ausgebildet und in geeigneten Dauerstellungen eingesetzt werden. Die Ausbildung der ausländischen Kandidaten sollte mehr die Verhältnisse und Erfordernisse ihrer Heimatländer berücksichtigen. Innerhalb des Postgraduierten-Trainings sollte in Zukunft die Betonung auf Rotationsprogrammen liegen. Auch der Aspekt der Ausbildung für Forschungsarbeiten sollte betont werden. Als dringlichste Notwendigkeit wird neben der Verbesserung des Postgraduierten-Trainings diejenige der dafür zur Verfügung stehenden Einrichtungen (z. B. der Bibliotheken der Allgemein-Krankenhäuser) gesehen. Um die Emigration einzuschränken, sollte eine wachsende Zahl an Consultant-Posten, und zwar attraktiveren (bevorzugt solche in Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser und der Lehrkrankenhäuser) angeboten werden. (Peter Brook, 1972 und 1973).

B.

Ergänzend zu dieser Untersuchung wurde eine Befragung (anhand von Fragebögen) aller Consultant-Psychiatrists des U. K., die in der Zeit vom 1. Oktober 1966 bis zum 30. September 1969 zu solchen ernannt worden waren, durchgeführt. Von 133 Psychiatern antworteten 108, d. h. etwas mehr als 80 %.

Zielsetzungen dieser Untersuchung waren u. a. ein Überblick über das psychiatrische Training auf nationaler Ebene und Information über die gesamte medizinische Laufbahn einer repräsentativen Gruppe von Psychiatern. Da eine ähnliche Untersuchung vom „Education Committee" der R. M. P. A. über alle in den Jahren 1963 bis 1966 ernannten Consultants durchgeführt worden war (R. M. P. A., 1969), sollte es mittels dieser neuen Untersuchung auch möglich sein, Änderungen in Training und Ausbildung während der letzten Jahre zu erkennen.

Ergebnisse:

Der größte Teil der Consultant Psychiatrists (60 %) hatte seine Ausbildung in Psychiatrischen Kranken-

häusern und Abteilungen erfahren, nur 11 % im Bethlem-Maudsley-Hospital und 26 % in Lehrkrankenhäusern und Universitätskliniken.

60 % der neuernannten Consultant Psychiatrists besaßen vorher den Grad eines Senior-Registrars, 18 % waren davor Senior-House Medical Officers und Medical Assistants, 16 % davor in der Forschung und an der Universität tätig und 6 % im Besitz anderer Grade.

Von den Maudsley und Universitäts-Consultants besaßen zwei Drittel vor ihrer Ernennung zum Consultant einen Senior-Registrar-Posten, dagegen nur etwas über die Hälfte (55 %) diejenigen der Psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen.

Etwa die Hälfte (48 %) aller Consultants besaß höhere Qualifikationen (andere als das D. P. M.), dabei 92 % der Consultants am Bethlem-Maudsley, 54 % derjenigen an Lehr- und Universitätskliniken und 36 % derjenigen an Psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen.

Die Antworten auf die Befragung über die Postgraduierten-Ausbildung der Consultant-Psychiatrists ergaben insgesamt ein düsteres Bild.

Weniger als die Hälfte vertrat die Ansicht, daß sie adäquate Erfahrung unter Supervision bezüglich geriatrischer und chronisch kranker psychiatrischer Patienten sammeln konnte und nur

ein Drittel betrachtete seine Erfahrung in der Rehabilitation als adäquat.

Nur die Hälfte glaubte, daß ihre Arbeit in der stationären und ambulanten Notfallversorgung ausreichend sei zur Vorbereitung auf ihre Rolle als Consultant.

Das Training in der Psychotherapie, insbesondere in neuen Behandlungsformen, wurde insgesamt als schlecht erachtet.

Nur ein Viertel der Befragten hielten ihr Training unter Supervision und den Unterricht in den drei Haupt-Subspezialitäten (Schwachsinnigen-, Kinder- und Jugendlichen- und Forensische Psychiatrie) für gut.

Der vielleicht offensichtlichste und alarmierendste Mangel besteht in der praktischen Ausbildung unter Supervision in der Gemeinde mit Gemeindearbeitern. Nur ein Fünftel fühlte sich auf diesem Gebiet adäquat ausgebildet.

30 % glaubten sich genügend und gut ausgebildet in der Epidemiologie, 21 % in der Administration, 43 % für den Unterricht von Medizinstudenten und 46 % für den Unterricht von Postgraduierten. Dabei waren die Bethlem-Maudsley-Consultants in der Epidemiologie am besten ausgebildet (100 %).

Hinsichtlich Veränderungen in der Ausbildung seit 1963 schien es, daß allgemein einige Verbesserungen stattgefunden hatten, aber keine großen. Die Ausbildung am „Maudsley" war weiterhin die beste, obgleich die Kluft zwischen dem „Maudsley" und den Lehrkrankenhäusern abgenommen hatte. Am rückständigsten waren noch immer die peripheren Krankenhäuser.

Auf die Frage, was sie denn weiterhin beruflich gemacht hätten, wenn sie den Consultant-Posten nicht erhalten hätten, antworteten 39 %, daß sie wahrscheinlich ausgewandert wären und 32 %, daß sie möglicherweise ausgewandert wären. Was das Überwechseln in eine Subspezialität oder andere Spezialität betrifft, so wurde ein solches in die Kinderpsychiatrie (38 %), in die Forensische Psychiatrie (38 %) und die allgemeine Praxis (35 %) noch für am ehesten möglich gehalten, am wenigsten ein Überwechseln in die Schwachsinnigen-Psychiatrie (19 % „möglichst": 82 % definitiv „nein"), (Peter Brook, 1972).

Literaturverzeichnis

Brook, Peter: Consultant psychiatrists. The background and training of a group of recently appointed consultants. Brit. J. Med. Educ. 6, 190—195 (1972).

Brook, Peter and Shepherd, M.: Survey of postgraduate training and education for psychiatrists. Health Trends 4, 71—72 (1972).

Brook, Peter: Psychiatrists in training. The report of the Royal Medico-Psychological Association's manpower and education projekt. Brit. J. Psychiat. Special Publikation No. 7 ed. by Headley Brothers Ltd., Ashford, Kent (1973).

Carstairs, G. M., Walton, H. J., Smythies, J. R. and Crisp, A. H.: Survey of undergraduate psychiatric teaching in the U. K. Brit. J. Psychiat. 114, 1411 (1968). zitiert von: Stengel, E.: The entrants to psychiatric training. in: The training of psychiatrists. Proceedings of the conference on postgraduate psychiatric education. ed. by G. F. M. Russell and H. J. Walton, Headley Brothers Ltd., Ashford, Kent pp 17—38 (1970).

Davis, D. L.: Postgraduate education in London. in: Psychiatric education. ed. by D. L. Davies and M. Shepherd, Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London pp 67—74 (1964).

Psychiatric education and training. in: Studies in psychiatry. ed. by Michael Shepherd and D. L. Davies, Oxford University Press, London pp 192—206 (1968).

Dilling, H.: Gemeindepsychiatrie und Rehabilitation in England. Nervenarzt No. 41 (1970).

Gibson, J. G.: Undergraduate clinical education. in: Psychiatric education. ed. by D. L. Davies and M. Shepherd, Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London pp 41—50 (1964).

Postgraduierten-Training für Psychiater an der Universität Belfast. Persönliche Mitteilung v. 10. Juli 1973.

Hearnshaw, L. S.: Undergraduate pre-clinical education. in: Psychiatric education. ed. by D. L. Davies and M. Shepherd, Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London pp 26—33 (1964).

Hetherington, R. R.: Psychology in the pre-clinical curriculum at Liverpool. Brit. J. med. Educ. 2, 41—44 (1968).

Hill, D.: Psychiatry in medicine. Retrospect and prospect. The Nuffield Provincial Hospitals Trust (1969).

Mc Andrew, G. M., Dawson, Audrey A., Ogston, D.: The undergraduate curriculum in retrospect. Brit. J. Med. Educ. 4, 293—298 (1970).

Pritchard, J. J.: Psychology and the medical student. 1. Soma without psyche. Brit. J. Med. Educ. 4, 185–188 (1970).

Royal College of Psychiatrists: Information relating to the membership examination and preliminary test. 7th Sept. 1972. Persönliche Mitteilung v. 8. 6. 1973.

Royal Commission on Medical Education, 1965 bis 1968: Report: H. M. S. O. Cmnd. 3569, London (1968).

Royal Medico-Psychological Association: Memorandum on educational programmes for trainees in psychiatry. Brit. J. Psychiat. 118, 693-695 (1971).

Russell, Davies D.: Psychology and the medical student. 3. Behavioural science in the pre-clinical curriculum. Brit. J. Med. Educ. 4, 194—197 (1970).

Russell, G.F.M.: Postgraduate education in psychiatry and its administration: the example of the Maudsley Hospital. Brit J. Med. Educ. 6, 13—19 (1972).

Shepherd, M.: Some teaching methods at the Institute of Psychiatry. in: The training of psychiatrists. Proceedings of the conference on postgraduate psychiatric education. ed. by G. F. M. Russel and H. J. Walton, Headley Brothers Ltd., Ashford, Kent pp 70—72 (1970).

Stengel, E.: The Sheffield Plan. Lancet ii, 418—419 (1961).

The newly graduated doctor. in: Psychiatric education ed. by: D. L. Davies and M. Shepherd, Pitman Medical Publishing Co. Ltd. pp. 55—59 (1964).

The training of psychiatrists, Proceedings of the conference on postgraduate psychiatric education. Brit. J. Psychiat. Special Publikation No. 5 ed by: G. F. M. Russel and H. J. Walton, Headley Brothers Ltd., Ashford, Kent (1970).

Tredgold, R. F.: The integration of psychiatric teaching into the curriculum. Lancet i, 1344—1347 (1962).

Trethowan, W. H.: Postgraduate education outside London. in: Psychiatric education. ed. by D. L. Davies and M. Shepherd, Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London pp. 81—93 (1964).

White, Graham J.: Psychology and the medical student. 4. Synopsis of a symposium. Brit. J. Med. Educ. 4, 198—201 (1970).

B. Ausbildung der Psychiater in Schweden

von

R. Richter

Die Ausbildung der Psychiater gliedert sich wie diejenige aller Ärzte in Schweden in zwei Teile:

1. In den Abschnitt des allgemeinen Medizinstudiums, der zum M.D. Degree (läkarexamen) führt mit einer nachfolgenden Pflichtzeit allgemeiner praktischer Tätigkeit von 21 Monaten und
2. in den Abschnitt des Postgraduierten — = Spezialistentrainings im Fachgebiet Psychiatrie.

Zu 1.

In den skandinavischen Ländern Dänemark, Norwegen und Schweden wurde vor wenigen Jahren das Medizinstudium umgeformt und neu organisiert.

1963 war eine skandinavische Arbeitsgruppe gebildet worden, um die Möglichkeit gleicher Richtlinien für die Ausbildung der Ärzte in den skandinavischen Ländern zu überprüfen. Ende Februar 1965 legte die Arbeitsgruppe ihr Arbeitspapier vor. Im Dezember 1965 wurde in Schweden ein Komitee ernannt, um die Anwendbarkeit der in diesem Arbeitspapier enthaltenen Vorschläge auf die schwedischen Verhältnisse zu beschreiben. Ausgehend von den Empfehlungen dieses Komitees wurde dann im Frühjahr 1969 vom schwedischen Reichstag ein Gesetz erlassen, strenge Richtlinien für die Reform der Basis- und weiteren medizinischen Ausbildung enthaltend.

Die neue Form des Medizinstudiums dauert 5½ Jahre (früher 6½, in der Hauptstadt fiel die neunmonatige Internship-Zeit weg).

Voraussetzung ist der erfolgreiche Abschluß des Gymnasiums.

Das Medizinstudium ist möglich an den medizinischen Fakultäten in Upsala, Lund, Göteborg, Stockholm Umeø und Linköping.

Das Medizinstudium umfaßt insgesamt elf Semester. Die ersten fünf Semester umfassen jeweils 19 Unterrichtswochen, die weiteren Semester jeweils 20 Unterrichtswochen.

Das Medizinstudium gliedert sich in einen *vorklinischen Abschnitt* von vier Semestern = zwei Jahren, der mit Prüfungen für den „basic medical degree" (medicine kandidatexamen) abgeschlossen wird, einen *propädeutischen Abschnitt* von zwei Semestern = einem Jahr, der der Einführung in das klinische Studium dient und in einen *klinischen Abschnitt,* der fünf Semester umfaßt, in zwei Teile gegliedert ist und dessen erfolgreicher Abschluß (schriftliche oder mündliche Prüfungen in allen Hauptfächern, Befragungen in den kleineren Fächern) zum M. D. Degree führt.

Unterricht in Behavioural Sciences und in Psychiatrie während des Medizinstudiums

Behavioural Sciences:

Im allgemeinen werden im vierten Semester, d. h. im zweiten Jahr des vorklinischen Studiums, 20 Stunden medizinische Psychologie und im sechsten Semester, d. h. im propädeutischen Jahr, zehn Stunden Sozialmedizin und 20 Stunden psychologische Medizin gelesen (The Swedish Institute, 1973; Perris, 1973).

An der Universität Umeø wurde im Herbst 1973 ein neues Unterrichtsprogramm im vorklinischen Studium eingeführt (Perris, 1973). Dabei wird die Unterrichtszeit nicht mehr nach Stunden, sondern nach vollen Wochen berechnet. Jede Woche umfaßt 30 bis 40 Vorlesungs- und Seminarstunden.

Im Rahmen dieses neuen Programms wird im ersten Semester eine Woche lang über Gemeindemedizin, medizinische Versorgung und Krankenhauswesen sowie „Vital Statistics" gelesen, im zweiten Semester vier Wochen lang über Psychologie, Gemeindemedizin und Statistik und im sechsten Semester zwei Wochen lang über medizinische Psychologie.

Psychiatrie:

Der Hauptkurs in Psychiatrie ist im neunten Semester (fünftes Studienjahr) gelegen und umfaßt zehn Wochen (The Swedish Institute, 1973; Perris, 1973). An der Universität Uppsala werden während dieser zehn Wochen etwa 85 Vorlesungen gehalten, 70 im Department der Universitätsklinik und 15 am psychiatrischen Krankenhaus (Ulleråkers Hospital). Die Studenten praktizieren einen Monat an der Universitätsklinik und einen Monat am Psychiatrischen Krankenhaus. Sie nehmen auch an der ambulanten Arbeit teil und an Exkursionen in Institute für Alkoholiker, der AA-Organisation und Institute für geistig Behinderte.

An jedem Kurs nehmen 30 Studenten teil (bei vier Kursen im Jahr = 120 Studenten jährlich).

Der Hauptkurs in der Psychiatrie wird durch ein Examen abgeschlossen (Torsten S: son Frey, 1973).

Im zehnten Studiensemester wird die Neurologie unterrichtet und zehn Wochen lang Sozialmedizin, im elften Semester im Anschluß an Geburtshilfe, Gynäkologie und Kinderheilkunde, Kinder- und Jugend-Psychiatrie.

An das Medizinstudium schließt sich eine Pflichtzeit allgemeiner praktischer Tätigkeit (internships) an, die sich folgendermaßen gliedert: in sechs Monate in der allgemeinen Medizin, sechs Monate in der allgemeinen Chirurgie, sechs Monate Tätigkeit unter der Leitung eines Bezirksarztes und drei Monate Psychiatrie (auch das frühere neunmonatige internship umfaßte drei Monate Psychiatrie). Die Tätigkeit in der Chirurgie, inneren Medizin und Psychiatrie wird mit Leistungstests abgeschlossen.

Kandidaten, die ihre allgemeine praktische Tätigkeit beendet haben, werden in das Ärzteverzeichnis des National Board of Health and Welfare eingetragen („registrated"). (The Swedish Institute, 1973; Perris 1973).

Zu 2.

Ärzte, die sich in einem Fach spezialisieren wollen oder die in die allgemeine Praxis gehen wollen, müssen sich einem anschließenden Postgraduierten-Training unterziehen.

a) Für die Qualifikation zum praktischen Arzt dauert das Postgraduierten-Training drei Jahre, sechs Monate davon muß an einer Psychiatrischen Klinik gearbeitet werden (neben 1½ Jahren innerer Medizin, drei Monaten möglichst in einer somatischen Klinik und einem halben Jahr ambulanter Tätigkeit).

b) Das Postgraduierten-Training im Fach Psychiatrie ist überall in Schweden dasselbe. Verantwortlich für seine Planung und systematische Durchführung, für das Abhalten der notwendigen Prüfungen und für die Anerkennung von Spezialisten ist — wie für jede andere Postgraduierten-Ausbildung in einem speziellen Zweig der Medizin und in der allgemeinen Praxis — das „National Committee of Postgraduate Medical Education".

   Das Postgraduierten-Training in Psychiatrie dauert insgesamt fünf Jahre. Es gliedert sich in eine Basisausbildung von mindestens drei Jahren an einer anerkannten Psychiatrischen Klinik, eine einjährige Tätigkeit in der inneren Medizin (oder einer sechsmonatigen Tätigkeit in der inneren Medizin und einer sechsmonatigen Tätigkeit in der Neurologie) und einem weiteren Jahr in einem für die psychiatrische Ausbildung relevanten Fach freier Wahl, z. B. in der Kinderpsychiatrie.

   Ergänzend zur praktischen Erfahrung ist eine theoretische Ausbildung vorgeschrieben. Es müssen mindestens sechs Kurse von der Dauer einer Woche, die verschiedene Aspekte der Psychiatrie behandeln, besucht werden. Diese sechs Kurse werden einmal im Jahr an jedem Universitäts-Department für Psychiatrie im Land gehalten (einer dieser Kurse behandelt z. B. die psychodynamischen Aspekte). Zusätzlich ist ein Kurs in Forensischer Psychiatrie Pflicht. Jeder Kurs wird durch ein Examen abgeschlossen.

   Alle medizinischen Fakultäten (mit Ausnahme von Linköping) haben zwei psychiatrische Departments (zwei davon sogar drei). Eines dieser Departments ist an das allgemeine Krankenhaus angeschlossen, und dort findet der hauptsächliche Teil des Trainings statt. Die anderen Departments, genannt „Forschungsdepartments", sind verbunden mit einem nahegelegenen Psychiatrischen Krankenhaus. Sie betonen die biologischen Faktoren der Psychosen.

   Beispiel für eine Universitätsklinik („Academic Hospital"): Psychiatrische Departments der Universität Uppsala:

   87 Betten, ein Professor und Leiter des Departments, fünf Senior-Psychiater (einer verantwort-

lich für die Behandlung von Alkoholikern), neun Assistenten-Psychiater. Alle ganztags tätig.

Vier Sozialarbeiter, drei Psychologen, zwei Beschäftigungstherapeuten, 1½ Physiotherapeuten, ein Pädagoge. Turnover: 900/Jahr, etwa 3 000 ambulante Patienten, etwa 10 000 konsiliarisch betreute ambulante Patienten/Jahr. Durchschnittliche stationäre Behandlungszeit etwa vier Wochen.

EEG-Abteilung: 1 500 Registrierungen/Jahr. (Torsten S: son Frey, 1973).

Literaturverzeichnis

Perris, C.: Training of Psychiatrists in Sweden. The present medical curriculum in Sweden. Pers. Mitteilung v. 6. Dezember 1975.

The Swedish Institute: Medical education in Sweden. Statistical data: January 1973. Fact sheets on Sweden, class.: FS 70cEp (1973).

Torsten, S.: son Frey: Psychiatric teaching and Services in Uppsala and Sweden. Pers. Mitteilung vom v. 16. Mai 1973.

C. Ausbildung der Psychiater in Norwegen — Ausbildung zum Spezialisten in der Psychiatrie

von

R. Richter

Die Ausbildung und Anerkennung von Spezialisten in den verschiedenen Zweigen der Medizin untersteht der Verantwortlichkeit der „Medical Association". Die Universitäten und medizinischen Hochschulen spielen keine aktive Rolle in der Planung der Ausbildungsprogramme, der Beschreibung des Curriculums etc. Jede Spezialität verfügt über ein eigenes Fachkomittee mit folgenden Aufgaben und Pflichten:

1. Überwachung der Regeln des Fachgebietes und Unterbreitung von Vorschlägen für Verbesserungen,
2. Entwicklung von Trainingsprogrammen im Fachgebiet, sowohl stationärer als auch spezieller Kurse,
3. Überprüfung der Anträge für die Anerkennung der Spezialisten und das Ausstellen von Empfehlungen. Der endgültige Beschluß wird vom Exekutivkomitee der „Medical Association" gefaßt.

   Die Richtlinien für das Fachgebiet der Psychiatrie wurden auf der allgemeinen Versammlung der „Medical Education" im Juni 1973 umfassend verbessert.

Die folgende Beschreibung des Fachtrainings in der Psychiatrie bezieht sich bereits auf diese „neuen" Richtlinien.

Bevor mit dem Fachtraining begonnen werden kann, muß nach der Graduierung zunächst eine praktische Zeit von 1½ Jahren abgeschlossen sein (ein halbes Jahr auf einem Department der inneren Medizin, ein halbes Jahr auf einem chirurgischen Department und ein halbes Jahr als Assistent eines Arztes des öffentlichen Gesundheitsdienstes), die zur Anerkennung als Arzt führt.

Das *Fach-Training in der Psychiatrie in Norwegen* setzt sich folgendermaßen zusammen:

1. Aus einer *Hauptausbildung:* vier Jahre full-time-Tätigkeit in psychiatrischen Institutionen, die von der „Medical Association" zur Ausbildung anerkannt sind. (Die meisten der Psychiatrischen Krankenhäuser und Psychiatrischen Abteilungen der Allgemein-Krankenhäuser sind anerkannt, ebenso eine Reihe von Spezialsanatorien für leichtere psychische Erkrankungen).

   Die Richtlinien der Spezialität sehen vor: Erfahrung mit den verschiedensten Arten psychischer Erkrankungen: leichteren und ernsteren, akuten und mehr chronischen. Erlernung der Behandlung sowohl unter Kurz- als auch unter Langzeitbedingungen. Erlernung der ambulanten Behandlung, der Nachsorge etc.

   Die Hauptausbildung kann bis zu einer Zeit von zwei Jahren allein auf ambulanter Basis stattfinden. Da keine der psychiatrischen Institutionen in Norwegen ein so breites Spektrum an Diensten und Patienten, wie es zur verlangten Ausbildung notwendig ist, besitzt, muß die Ausbildung der Kandidaten mindestens an zwei verschiedenen Institutionen stattfinden.

   Darüber hinaus muß mindestens ein Jahr der Ausbildung an einer Institution der Kategorie 1 stattfinden, d. h. an einer Institution mit besonderen Möglichkeiten und einer hochqualifizierten Ausbildung. Die meisten der Universitätskliniken und eines der psychiatrischen Krankenhäuser gehören zu dieser Kategorie.

   Die Ausbildung sollte in einer Junior-Position stattfinden. Die Tätigkeit des Kandidaten sollte

einerseits in gewöhnlicher klinischer Arbeit bestehen, andererseits sollte für seine Ausbildung gesorgt werden: Eine klinische Arbeit sollte täglich überwacht werden und im Lauf der Woche sollte der Kandidat an folgenden Ausbildungsaktivitäten teilnehmen:

a) Einem systematischen Kurs über psychiatrische Theorie, eng verknüpft mit der klinischen Tätigkeit in der Institution. In den Institutionen der Kategorie 1 sollte dieser Kurs zwei Stunden pro Woche umfassen, in den anderen Institutionen genügt eine Stunde. Für die Planung und Durchführung des Kurses ist die Institution selbst verantwortlich.

b) Diskussionen über Veröffentlichungen und andere neue wissenschaftliche Literatur: in Institutionen der Kategorie 1 von der Dauer einer Stunde/Woche, in den anderen Institutionen von der Dauer einer Stunde, alle zwei Wochen.

c) Von Psychotherapie unter Supervision durch einen qualifizierten Psychotherapeuten: eine Stunde/Woche während mindestens zwei Jahren der Hauptausbildung.

2. Einer *Nebenausbildung:* ein Jahr Ganztagsarbeit in speziellen psychiatrischen Institutionen (z. B. für Kinderpsychiatrie, Schwachsinnigen-Psychiatrie etc.), in der Neurologie, inneren Medizin, Sozialmedizin und in der Rehabilitation, theoretischen medizinischen Instituten oder zwei Jahre allgemeine Praxis.

3. *Spezielle theoretische Kurse:* Während der Fachausbildung muß der Kandidat mindestens an 200 Stunden eines extramuralen Kurses oder von Seminaren teilnehmen.

   120 dieser Stunden müssen innerhalb eines speziellen Pflichtkurses verbracht werden, der von dem psychiatrischen Fachkomitee organisiert wird. Der Kurs besteht aus vier Teilen. Jeder Teil dauert fünf Tage. Thema sind theoretische Aspekte, die während der stationären Tätigkeit nicht so leicht behandelt werden können.

   Jedes Jahr wird mit einem neuen Kurs begonnen, für 20 bis 40 Teilnehmer. In jedem Semester findet ein Teil des Kurses = eine Woche statt (Gesamtdauer vier Wochen = vier Semester = zwei Jahre).

   Neben diesem obligatorischen Training gibt es eine Menge zusätzlicher (freiwilliger) Ausbildungsmöglichkeiten, besonders in der Psychotherapie. Ein unabhängiges Institut für Psychotherapie bietet z. B. zweijährige Einführungskurse, basierend auf ein- oder zweimal wöchentlich stattfindenen Seminaren an. Diese Kurse sind sehr populär. Etwa 50 % der Ausbildungskandidaten nehmen an ihnen teil.

Literatur

Eitinger, L.: Specialist training in psychiatry in Norway. Pers. Mitteilung vom 21. Mai 1973.

Robak, O. H.: Specialist training in psychiatry and psychoterapy in Norway. Pers. Mitteilung vom 1. Juni 1973.

D. Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals in anderen Ländern

von

R. Richter

Die folgenden Ausführungen beziehen sich im wesentlichen auf die Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals in England, den USA, in Norwegen und Schweden.

Zur sprachlichen Vereinfachung wird anstelle des Begriffes „psychiatrisches Pflegepersonal" bzw. „Psychiatrie-Schwester/Pfleger" in sinngemäßer Übereinstimmung der Begriff „Psychiatrie-Schwester" gebraucht.

Rolle der Psychiatrie-Schwester

Die Krankenschwester steht in enger Kooperation mit Vertretern anderer Berufsgruppen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere dem Arzt, im Dienste der Erhaltung körperlicher und geistiger Gesundheit und der Prävention, der Pflege, Heilung und Wiederherstellung von Kranken und deren Rehabilitation. Ihr Tätigkeitsfeld erstreckt sich vorwiegend auf das Krankenhaus, liegt in zunehmendem Maße aber auch außerhalb von diesem. Ihre Hauptfunktion ist die Pflege von Kranken, die koordinierte und kontinuierliche Sorge um den Patienten im Interesse seines körperlichen und seelischen Wohlbefindens und seiner Heilung. Voraussetzung dafür sind neben der Beherrschung grundlegender pflegerischer Techniken und Verrichtungen orientierende Kenntisse in der Medizin, der Psychologie und den Sozialwissenschaften. Neben der Pflege übt die Krankenschwester Funktionen der Beratung, der Administration und des Managements aus und ist in Lehre und Forschung tätig. Ihre speziellen Funktionen richten sich nach ihrem jeweili-

gen Einsatzbereich (im oder außerhalb des Krankenhauses, in einem speziellen Fachgebiet der Medizin), ihrer Ausbildung und nach ihrer Position.

Ein spezifisches, der Öffentlichkeit weitgehend nicht oder nur vage bewußtes Arbeitsfeld für die Krankenschwester ist das Fachgebiet der Psychiatrie. Die Geschichte der Psychiatrie-Schwester ist eine verhältnismäßig kurze. In England etwa trat erst 1930, nach Inkrafttreten des „Mental Treatment Act", die Berufsbezeichnung Schwester bzw. Pfleger („nurse") anstelle der der Wärterin und des Wärters („attendant"). Einhergehend mit der rapiden Entwicklung und Ausweitung des Fachgebietes der Psychiatrie während der letzten Jahrzehnte und der veränderten Stellung und zunehmenden Bedeutung der Psychiatrie, sowohl in der Medizin als auch im öffentlichen Bewußtsein, hat sich die Rolle der Psychiatrie-Schwester entscheidend geändert.

Während die Psychiatrie-Schwester früher, abgesehen von grundlegenden pflegerischen Aspekten, vorwiegend kustodiale Funktionen im Rahmen eines Krankenhauses wahrnahm, werden heute im wesentlichen andere und mehr Aufgaben an sie gestellt bei einem gleichzeitig erweiterten Arbeitsbereich.

Ihr Haupttätigkeitsfeld ist nach wie vor das Krankenhaus, das psychiatrische Krankenhaus bzw. die psychiatrische Abteilung oder Station in einem Allgemeinkrankenhaus. Ihr Interesse gilt dem psychisch Kranken, wobei sie mit dem gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen konfrontiert sein kann oder mit einer bestimmten Patientengruppe (z. B. nur mit akut und/oder chronisch psychotisch Kranken, mit Neurosepatienten und psychosomatisch Erkrankten, mit Suchtkranken, Verhaltensgestörten, speziell mit psychisch kranken Kindern oder Greisen, mit Schwachsinnigen). Sie arbeitet — im Besitz einer eigenen Berufsidentität — in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen, wobei in erster Linie die Ärzte genannt werden müssen, im übrigen im wesentlichen die Sozialarbeiter, die Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, die Krankengymnasten ebenso die Laienhelfer. Im optimalen Falle bildet die Psychiatrie-Schwester mit Vertretern dieser Berufsgruppen unter Supervision eines Psychiaters und in ständigem gegenseitigen Gedankenaustausch ein therapeutisches Team.

Die spezielle, der Psychiatrie-Schwester zukommende Rolle kann nach Maxwell Jones (1952) im wesentlichen unter drei Aspekten betrachtet werden: einem autoritär-disziplinären, einem sozialen und einem therapeutischen. Die Psychiatrie-Schwester habe eine gewisse Disziplin aufrechtzuerhalten zum Schutz der Patienten vor deren eigenen antisozialen Strebungen. Sie sollte den Patienten ein Gefühl der Sicherheit geben und versuchen, die individuellen Probleme der Patienten zu verstehen. Ihre therapeutische Rolle sollte darauf beschränkt bleiben, den Patienten die Atmosphäre der Abteilung nahezubringen, sie zu ermutigen und sie zur Teilnahme an verschiedenen Einzel- und Gruppenaktivitäten zu ermuntern. Da der Einfluß der Schwestern auf das therapeutische Resultat oft entscheidend sein könne, benötigten sie eine intensive Ausbildung, besonders über Grundprinzipien der Psychodynamik, wobei regelmäßige Falldiskussionen im Vordergrund stehen sollten.

Damit übereinstimmend fordert Altschul (1969) als vorrangige Fähigkeiten einer Psychiatrie-Schwester diejenige, ein für den Patienten therapeutisch günstiges Milieu („therapeutic environment") zu schaffen, ein soziales Klima, in dem er gesunden kann und diejenige eine therapeutisch günstige Schwestern-Patient-Beziehung herzustellen und dadurch zur psychologischen Behandlung beizutragen. Darüber hinaus wird von ihr die Fähigkeit der exakten und objektiven Beobachtung, Bewertung und des anschließenden Rapports postuliert. Als Voraussetzung für ihre Tätigkeit benötige die Psychiatrie-Schwester neben grundlegenden Kenntnissen in den Basisfächern und in der Pflege sowie einiger Erfahrung bezüglich physischer Erkrankungen ein fundiertes Wissen über die Ursachen und die Symptome der psychischen Erkrankungen, Einblick in die Motivation menschlichen Verhaltens und Kenntnisse über die rechtlichen und administrativen Aspekte ihrer Tätigkeit.

Ohne weitere Gesichtspunkte hinzuzufügen, gliedert John et al. (1963), die Rolle der Psychiatrie-Schwester beschreibend, die von ihr zu postulierenden Fähigkeiten in „7 Haupttypen an Fähigkeiten", die untereinander in Beziehung stehen, aber getrennt betrachtet werden können:

„1. grundlegende pflegerische Fähigkeiten,
2. technische pflegerische Fähigkeiten,
3. Fähigkeiten in Beschäftigung und Rekreation („occupational and recreational skills"),
4. organisatorische Fähigkeiten,
5. Fähigkeiten hinsichtlich zwischenmenschlicher Bezüge („interpersonal skills"),
6. Fähigkeiten der Beobachtung,
7. Fähigkeiten in der Kommunikation mit Patienten und Mitarbeitern."

Als Beispiel und Beweis dafür, daß sich die Psychiatrie-Schwestern selbst in der Definition ihrer Rolle und der damit verbundenen Aufgaben weitgehend an den genannten Theorien und Forderungen zu orientieren suchen, sei auf die Zielsetzung einer psychiatrischen Schwesternschaft in den USA (Nursing Department, Psychopathic Hospital, University of Iowa) hingewiesen. Diese lautet:

„Die Belegschaft des Nursing Department wird bestrebt sein, dem Patienten die beste Pflege, die er erwarten kann, angedeihen zu lassen, indem sie:

1. individuelle Pflege bietet und die Rechte jedes Patienten schützt, so daß seine Würde und Integrität gewahrt bleiben,
2. die individuellen sozialen, psychologischen, körperlichen und seelischen Bedürfnisse des Patienten erkennt und ihnen Rechnung trägt,
3. ein therapeutisches Milieu schafft und aufrechterhält, das individuelle und soziale Bedürfnisse der Patienten durch geeignete Erfahrungen befriedigt,

4. die Schwesternschaft und die anderen Mitglieder des psychiatrischen Teams ständig mit Beobachtungen, Bewertungen und Berichten über den laufenden Fortschritt des Patienten versorgt,
5. mit der Familie des Patienten oder anderen wichtigen Personen und mit Behörden zusammenarbeitet, um eine Rehabilitation zu ermöglichen und die Wiederherstellung und Rückkehr in die Gesellschaft zu beschleunigen."

Nicht nur im Krankenhaus ist die Psychiatrie-Schwester im Rahmen der Rehabilitation tätig. Diese Aufgabe wird ihr zusammen mit der Nachsorge psychisch Kranker vorwiegend außerhalb des Krankenhauses, in der Gemeinde, gestellt. Hier hat sie auch einhergehend mit der Entwicklung der Gemeindepsychiatrie in zunehmendem Maße beratende Funktionen im Rahmen der Gesunderhaltung und Prävention.

Ausbildung der Psychiatrie-Schwester

Die Ausbildung der Psychiatrie-Schwester stellt in der Mehrzahl der Staaten ein Zusatz- bzw. Spezialtraining im Anschluß an eine allgemeine Basis-Ausbildung in der Krankenpflege dar. In einzelnen Ländern aber, z. B. in England, handelt es sich dabei um eine Grundausbildung mit primärer Spezialisierung.

Allgemeiner Überblick über gegenwärtige Ausbildungssysteme

England

In England wird die Tätigkeit der Krankenpflegeschulen überwacht von gesetzlich verankerten Körperschaften: den „General Nursing Councils" („The General Nursing Council for England and Wales", „The General Nursing Council for Scotland") und den „Central Midwives Boards" (in Nordirland: „The Northern Ireland Council for Nurces und Midwives"). Diese werden von regionalen Ausbildungskommissionen („Area [„Regional" in Schottland] Nurse-Training Committees") unterstützt. Die „Councils" und „Boards" stellen Lehrpläne auf, inspizieren Krankenhäuser und erkennen sie als Ausbildungsstätten für Schwestern bzw. Hebammen an, leiten Examina und führen ein Mitgliederverzeichnis („Register" und „Roll"), in das die Schwestern, die ihre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, eingetragen werden.

Ausbildung und Training erfolgen in einer sehr großen Anzahl von Einrichtungen unter gegensätzlichen Bedingungen und unterschiedlicher Strenge, bei differenten Ausbildungsmethoden und sozialen Annehmlichkeiten („Report of The Committee on Nursing", 1972). Die Zahl der vom „General Nursing Council for England and Wales" anerkannten Schulen beträgt 665 und 62 in Schottland. Dazu kommen Ausbildungszentren für Hebammen und Gemeindeschwestern („district nurses" und „health visitors") sowie zahlreiche Einrichtungen, die eine Zusatzausbildung anbieten. Die Zahl der Basisausbildungsstätten hat insgesamt während der letzten Jahre abgenommen. Bei den Ausbildungsstätten handelt es sich in der Regel um Hospitäler bzw. um in ein Krankenhaus oder eine Gruppe von Krankenhäusern integrierte Krankenpflegeschulen.

In der Basisausbildung gibt es in England zwei, scharf voneinander getrennte Möglichkeiten: die Ausbildung zur „Registered Nurse" (als Mitglied eingetragen im „Register"), die drei Jahre dauert und die Ausbildung zur „Enrolled Nurse" (eingetragen als Mitglied in der „Roll"), die zwei Jahre beansprucht. Das Training für das „Register" enthält mehr theoretische Elemente als dasjenige für die „Roll".

Die Basisausbildung ist von Anfang an keine einheitliche. Das Training für das „Register" ist jeweils in einem der folgenden Bereiche möglich: in der Allgemein-Krankenpflege („general nursing"), in der Kinderpflege („sick children's nursing"), in der Psychiatrie („mental nursing") und in der Versorgung von Schwachsinnigen („mental subnormality [in Schottland „mental deficiency] nursing"). Dasselbe gilt in England und Wales (nicht in Schottland) für das Training für die „Roll" mit Ausnahme der Kinderpflege. Andere Möglichkeiten, sich von Anfang an zu spezialisieren, sind die Krankenpflege in der Ophtalmologie, der Orthopädie und der Lungenheilkunde. Nach Abschluß der Ausbildung in einem der genannten Bereiche, ist eine Zusatzausbildung auf einem weiteren Gebiet möglich. Es werden überdies Ausbildungsprogramme angeboten, bei denen zwei Bereiche kombiniert sind, etwa ein gemeinsames (Basis-)Training in der Allgemeinkrankenpflege und der Psychiatrie.

Die Ausbildung der Gemeinde-Schwestern folgt keinem einheitlichen Schema. Gegenwärtig besitzen nur etwa 70 % der „district nurses" eine entsprechende Qualifikation. Die Ausbildung zur „district nurse" ist entweder in Form eines Zusatz-(post-basic)Kurses oder als Teil des Basistrainings möglich und kann sowohl von „enrolled" wie „registered nurses" wahrgenommen werden. — In England und Wales, jedoch nicht in Schottland, besitzen alle „health visitors" eine Qualifikation. Die Ausbildungskurse dauern ein Jahr. Zugelassen werden dazu „registered nurses", die eine gynäkologische Ausbildung oder Hebammen-Qualifikation besitzen. Ihre Ausbildung wird kontrolliert vom „Council for the Education and Training of Health Visitors". — Eine Ausbildung zur Hebamme ist in England und Wales (nicht in Schottland) auch ohne vorangegangenes Schwesterntraining möglich.

Voraussetzung für die Aufnahme in ein Basistraining ist — sowohl für Kandidaten für das „Register" wie für die „Roll" — in England und Wales ein Mindestalter von 18 Jahren, in Schottland von 17½ Jahren. Von Kandidaten für das „Register" wird im übrigen hinsichtlich der Vorbildung als Mindestvoraussetzung das Zeugnis der Mittleren Reife (a minimum of two 0 level passes) gefordert oder sie müssen sich einer speziellen Aufnahmeprüfung unterziehen. Bei Kandidaten für die „Roll" wird die Eignung für die Krankenpflege anhand von Interviews festgestellt.

Schweden

In Schweden unterstehen die Krankenpflegeschulen dem Ministerium für Erziehung und Kultur („Ministry of Education and Cultural Affairs"). Die zentrale verwaltende Körperschaft, die die Schulen kontrolliert und berät, ist jedoch der „National Board of Education", der in Kooperation mit dem „National Health Board" die Ausbildung der Krankenschwestern plant.

Gegenwärtig gibt es in Schweden 34 Krankenpflegeschulen, die in der Mehrzahl von einem Grafschaftsrat oder Stadtrat verwaltet werden. Sechs davon sind Priavatschulen. Alle diese Schulen unterrichten nach demselben Lehrplan und sind nach denselben Richtlinien organisiert. Sie verfügen über Arrangements mit Krankenhäusern und öffentlichen Behörden.

Die Ausbildung der Krankenschwester besteht zunächst in einer Basisausbildung, die fünf Semester zu je 21 Wochen umfaßt und zur Qualifikation einer „State Registered Nurse" führt, bei der es sich um eine „general duty nurse" handelt, einsatzfähig in jeder Art von Hospital.

Mindestvoraussetzungen für die Zulassung zur Basisausbildung sind ein Alter von 18 Jahren und das Entlassungszeugnis der neunten Klasse einer Pflichtschule, das einen festgesetzten Minimumstandard in bestimmten Fächern bescheinigt, oder äquivalente Zeugnisse anderer Schulen.

Die „State Registered Nurse" ist, nach einer Berufserfahrung von sechs Monaten (mit Ausnahme der Bewerber für das „Public Health Nursing"-Programm, von denen zwei Jahre Berufserfahrung verlangt wird) zu einer Zusatzausbildung (Post-Basic-Nursing Education) in einem Spezialgebiet berechtigt. Bei erfolgreichem Abschluß erhält sie ein Diplom.

Die allgemeine Form der „Post-Basic-Nursing Education" wurde 1968 in einem Gesetzentwurf der Regierung vorgeschlagen. Der Plan stützte sich auf den „State Report on Basic Nursing Education", 1962. Mit der Entwicklung von Lehrplänen in Hauptgebieten der Krankenpflege wurde der „National Board of Education" beauftragt. Es wurden Lehrpläne in einer Reihe von Fachbereichen entwickelt, u. a. für die Krankenpflege in der Psychiatrie.

Die Dauer der Zusatzausbildung beträgt allgemein ein bis zwei Semester zu je 20 Wochen, in der Psychiatrie ein Semester.

Allgemein gültiges Curriculum für die Basisausbildung in der Krankenpflege in Schweden

Unterrichtsfächer während des Basistrainings und jeweilige Gesamtstundenzahl:

1 Anatomie und Physiologie	125
2 Klinische Chemie	25
3 Mikrobiologie und Hygiene	75
4 Pharmakologie	74
5 Soziologie und Sozialmedizin	183
6 Psychologie und Pädagogik	95
7 Supervision und Administration	64
8 Grundprinzipien der Krankenpflege	
8.1 Allgemeine Grundsätze der Krankenpflege	
8.1.1 Erkrankungen und ihre Behandlung	15
8.1.2 Grundlagen der Krankenpflege	138
8.2 Interne Krankenpflege	
8.2.1 Erkrankungen und ihre Behandlung	45
8.2.2 Grundregeln der Krankenpflege	60
8.3 Chirurgische Krankenpflege	
8.3.1 Erkrankungen und ihre Behandlung	45
8.3.2 Grundregeln der Krankenpflege	60
8.4. Psychiatrische Krankenpflege	
8.4.1 Erkrankungen und ihre Behandlung	20
8.4.2 Grundsätze der Krankenpflege	52
8.5 Kinderheilkunde und Krankenpflege in der Kinderheilkunde	
8.5.1 Erkrankungen und ihre Behandlung	24
8.5.2 Grundsätze der Krankenpflege	28
8.6 Krankenpflege in der Geburtshilfe und Gynäkologie	
8.6.1 Geburtshilfe und Gynäkologie	20
8.6.2 Krankenpflege in der Geburtshilfe und Gynäkologie	20
8.7 Tätigkeit der Krankenschwester im Operationssaal und Intensivpflege	
8.7.1 Anästesie und Intensivpflege	20
8.7.2 Tätigkeit der Krankenschwester im Operationssaal	18
8.8 Krankenpflege in anderen Gebieten	
8.8.1 Erkrankungen und ihre Behandlung	46
8.8.2 Grundsätze der Krankenpflege	18
9 Klinische Praxis und Krankenpflege im öffentlichen Gesundheitsdienst	
9.1 Grundlagen der Krankenpflege	140
9.2 Interne Krankenpflege	565
9.2 Chirurgische Krankenpflege	565
9.4 Psychiatrische Krankenpflege	350
9.5. Krankenpflege in der Kinderheilkunde	240
9.6 Krankenpflege in der Geburtshilfe	120
9.7 Tätigkeit im Operationssaal und Intensivpflege	315
9.8 Krankenpflege außerhalb des Krankenhauses	125
10 Physikalisches Training	30
11 Zur Verfügung stehende Zeit für Sondervorlesungen, Seminare und Konferenzen	105
Gesamtunterrichtsstunden	3 825

1. Semester

Inhalt: Einführung in die stationäre Krankenpflege und in das Studium durch die Vermittlung naturwissenschaftlicher Grundlagen und humanitärer Zielsetzungen.

Curriculum:

1. Theorie	*2. Praxis*
theoretischer Unterricht einhergehend mit Feldstudien und Stationspraxis	Grundlagen der Klinischen Krankenpflege einschließlich der Psychiatrischen Krankenpflege
16 Wochen	5 Wochen
	prakt. Tätigkeit in: Krankenpflege bei chronischen Erkrankungen, bei Akut-Krankheiten, in der Psychiatrie.

Fachgebiete:	Unterrichtsstunden
1.1 Anatomie, einschließlich Genetik ..	42
1.2 Physiologie	25
1.4 Ernährungslehre	18
3.1 Medizinische Mikrobiologie	25
3.2 Hygiene	20
3.3 Klinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene	10
4 Pharmakologie	30
5.1 Soziologie	25
5.2 Sozialmedizin	15
5.3 Geschichte der Krankenpflege	10
6.1 Psychologie	20
6.2 Studienanleitung	13
6.3 Ethische Grundsätze der Krankenpflege	6
6.4 Orientierende Aspekte über den Berufsstand der Krankenschwestern	6
7 Supervision und Administration ..	10
8.1 Allgemeine Prinzipien der Krankenpflege	135
8.2 Krankenpflege in der inneren Medizin	5
8.3 Krankenpflege in der Chirurgie ..	5
8.4 Krankenpflege in der Psychiatrie ..	12
8.8 Krankenpflege auf anderen Gebieten; klinische Radiologie	4
9.1 Klinische Praxis: in der allgemeinen Krankenpflege	140
in der psychiatrischen Krankenpflege	35
10 Physikalisches Training	30
11 Zur Verfügung stehende Zeit für sonstige Vorlesungen, Seminare und Konferenzen	21
Gesamtstunden	662

2. Semester

Inhalt: Unterricht über die allgemeinen internen und chirurgischen Erkrankungen, ihre Behandlung und über die Grundsätze und die Praxis der Krankenpflege in der inneren Medizin und in der Chirurgie bei Betonung der individuellen krankenpflegerischen Versorgung des Patienten.

Das Programm gliedert sich in folgende Abschnitte:

Interne Stationen	Chirurgische Stationen	Examenszeit
10 Wochen	10 Wochen	1 Woche
Praxisbereich:	Praxisbereich:	
Interne Stationen; Beobachtung (unter Anleitung) auf ambulanten internen Abteilungen	Chirurgische Stationen; Beobachtung (unter Anleitung) im Operationssaal und auf Wachstationen	

Fachgebiete:	Unterrichtsstunden
1.3 Klinische Physiologie	15
1.4 Ernährungslehre	10
2 Klinische Chemie	25
4 Pharmakologie	15
5.1 Soziologie	10
5.2 Sozialmedizin	6
7 Supervision und Administration ..	6
8.2 Krankenpflege in der inneren Medizin	70
8.3 Krankenpflege in der Chirurgie ...	70
9.2 Klinische Praxis: interne Krankenpflege	260
9.3 chirurgische Krankenpflege	260
11 Zur Verfügung stehende Zeit für sonstige Vorlesungen, Seminare und Konferenzen	21
Gesamtzeit	768

3. Semester:

Inhalt:

1. Vermittlung von Kenntnissen über interne und chirurgische Erkrankungen im Kleinkindesalter und in der Kindheit; Vermittlung von Erfahrung in der Pflege gesunder und kranker Kinder.
2. Vermittlung von Kenntnissen in der Mütterpflege, in der Pflege von Schwangeren und von Entbundenen, in der Pflege von Mutter und Kind. Einführung in das Gebiet der pränatalen Versorgung. Unterricht über die Aufgaben und die Arbeit der Mutter.
3. Erfahrung in der Haus-Krankenpflege.
4. Vermittlung von Kenntnissen über die Gesetze und Vorschriften bezüglich der Hygiene und Gesundheitsversorgung und ihre Anwendung im Krankenhaus und im öffentlichen Gesundheitsdienst.
5. Vermittlung eines Einblickes in das Verhältnis der Gesundheitssorge in der Gemeinde und im Rahmen des Krankenhauses zum Wohl des Individuums.
6. Vermittlung eines Verständnisses der Gesundheitserziehung und der Krankenpflege in der Öffentlichkeit, in anderen Institutionen und Diensten außerhalb des Krankenhauses.
7. Vermittlung von Kenntnissen über die Prinzipien der Supervision.

Das Programm gliedert sich in folgende Abschnitte:

Theoretischer Abschnitt	Kinderstationen	Entbindungsstationen	Sozialmedizinische Praxis	Prüfungszeit
4 Wochen	8 Wochen Praxisbereich: interne und chirurgische Kinderstation; Beobachtung (unter Führung in anderen Kliniken)	4 Wochen Praxisbereich: Entbindungsstationen, Wochenbettstationen, Pränatal-Klinik	4 Wochen Praxisbereich: Krankenpflege im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Haushalten, in der Industrie; Beobachtung (unter Führung) in Gesundheitsbehörden	1 Woche

Fachgebiete:		Unterrichtsstunden
1.1	Anatomie und Physiologie	4
1.4	Ernährungslehre	4
3.2	Hygiene	4
3.3	Klinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene	10
4	Pharmakologie	5
5.2	Sozialmedizin	60
6.1	Psychologie	15
7	Supervision und Administration	12
8.5	Säuglingspflege und Krankenpflege in der Pädiatrie	52
8.6	Krankenpflege in der Geburtshilfe und Gynäkologie	40
8.8	Krankenpflege bei Infektionskrankheiten	15
	Krankenpflege bei Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen	15
9.5	Klinische Praxis: Krankenpflege in der Pädiatrie	240
9.6	Klinische Praxis: Krankenpflege in der Geburtshilfe	120
9.8	Krankenpflege im öffentlichen Gesundheitsdienst	125
11	Zur Verfügung stehende Zeit für sonstige Vorlesungen, Seminare und Konferenzen	21
	Gesamtunterrichtsstunden	742

4. Semester

Inhalt: Vermittlung eines Grundwissens über die psychischen Erkrankungen und deren Behandlung. Erlernen praktischer Maßnahmen. Training, das zur Entwicklung eines Verständnisses der psychodynamischen Grundlagen des menschlichen Verhaltens und der Fähigkeit, eine persönliche Beziehung zum psychisch Kranken herstellen zu können, führen soll. Das Programm schließt außerdem ein: Krankenpflege bei Akut-Krankheiten und im Operationssaal, der Organisation der klinischen Arbeit, Supervision und Administration.

Curriculum:

Psychiatrisches Krankenhaus oder Psychiatrische Kliniken in Allgemein-Krankenhäusern	Operationssaal und Intensiv-Pflegestation
$10^1/_2$ Wochen	$10^1/_2$ Wochen

Praxisbereich:	Praxisbereich:	Praxisbereich:
Stationen mit akut und chronisch Kranken	Operationssaal: Allg. Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, Ohren-Erkrankungen	Anästhesie, Intensivpflege, Polikliniken

Fachgebiete:		Unterrichtsstunden
1.1	Anatomie und Physiologie	2
4	Pharmakologie	14
5.1	Soziologie	10
5.2	Sozialmedizin	12
6.1	Psychologie	15
7	Supervision und Administration	20
8.1	Allgemeine Grundlagen der Krankenpflege	8
8.4	Psychiatrische Krankenpflege	60
8.7	Krankenpflege im Operationssaal und Intensivpflege	38
8.8	Krankenpflege in anderen Gebieten Klinische Radiologie	12
	Erkrankungen des Auges	8
9.4	Klinische Praxis:	
	Psychiatrische Krankenpflege	315
	Technik im Operationssaal und Intensivpflege	315
11	Sonst zur Verfügung stehende Zeit	21
	Gesamtstundenzahl	850

5. Semester

Zielsetzung: Vertiefung und Erweiterung der Kenntnisse und Fähigkeiten in der internen und chirurgischen Krankenpflege: bei Betonung der individuellen Versorgung des Patienten und der Erfahrung im Nachtdienst; Einblick in die Organisation und die Verwaltung der Krankenstation.

Curriculum:

Theoretischer Abschnitt	Interne Allgemein- oder Spezialkliniken	Chirurgische Allgemein- oder Spezialkliniken	Prüfungszeit
1 Woche	9 Wochen Interne Stationen	9 Wochen Chirurgische Stationen	2 Wochen

Fachgebiete:		Unterrichtsstunden
1.4	Ernährungslehre	5
3.3	Klinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene	6
4	Pharmakologie	10
5.1	Soziologie	5
5.2	Sozialmedizin	15
5.3	Geschichte der Krankenpflege	5
5.4	Militär-Medizin	10
6.2	Stationsunterricht	10
6.3	Ethische Grundsätze der Krankenpflege	5
6.4	Orientierende Gesichtspunkte über den Krankenpflegeberuf	5
7	Supervision und Administration	16
8.1	Allgemeine Grundsätze der Krankenpflege	10
8.2	Interne Krankenpflege	30
8.3	Chirurgische Krankenpflege	30
8.8	Krankenpflege auf anderen Gebieten Krankenpflege in der Dermatologie und Venerologie	10
9.2	Klinische Praxis:	
	Interne Krankenpflege	305
	Chirurgische Krankenpflege	305
11	Sonstige zur Verfügung stehende Zeit	21
	Gesamtstundenzahl	803

Norwegen

Hier untersteht die Ausbildung der Krankenschwestern der Verantwortung des Sozialministeriums (The Ministry of Social Affairs). Es gibt zur Zeit 29 von diesem Ministerium zugelassene Krankenpflegeschulen mit einer jährlichen Gesamtkapazität von etwa 1 600 Schülern. Die Schulen gehen nach einem vom Ministerium vorgeschriebenen Ausbildungsprogramm vor, entsprechend einem Beschluß vom 8. Januar 1960 über die Basis-Ausbildung in der Krankenpflege.

Wie in Schweden ist die Ausbildung der Krankenschwestern zunächst ein Basis-Training.

Zulassungsbedingungen sind ein Alter zwischen 18 und 30 Jahren und eine Schulausbildung von mindestens zehn Jahren (der allgemeinen Ausbildung, entspricht etwa der Mittleren Reife). Das Basis-Training dauert drei Jahre. Es umfaßt ein Minimum von 1 370 formalen Unterrichtsstunden (classroom-teaching), wobei aber die Integration von Theorie und Praxis in das Training stark betont wird. Das gesamte Ausbildungsprogramm gliedert sich in 5 Abschnitte, deren Reihenfolge festgelegt ist:

1. Abschnitt: Elementare allgemeine Krankenpflege, insgesamt 420 Unterrichtsstunden.
2. Abschnitt: Krankenpflege bei geriatrischen, chronischen und psychiatrischen Patienten, insgesamt 280 Unterrichtsstunden.
3. Abschnitt: Krankenpflege bei internen und chirurgischen Erkrankungen, insgesamt 470 Unterrichtsstunden.
4. Abschnitt: Krankenpflege in der Gynäkologie und Kinderheilkunde, Einführung in den öffentlichen Gesundheitsdienst, insgesamt 140 Unterrichtsstunden.
5. Abschnitt: Repetition, Vorlesung über rechtliche Aspekte der Krankenpflege, zum öffentlichen Gesundheitsdienst und zur Krankenpflege in der Gemeinde, insgesamt 60 Unterrichtsstunden.

Am Ende jedes Ausbildungsabschnittes steht eine schriftliche Prüfung über folgende Fachgebiete unter spezieller Berücksichtigung des behandelten Stoffgebietes:

1. Krankenpflege,
2. Anatomie/Physiologie,
3. Psychologie/psychische Hygiene,
4. Hygiene,
5. Pathologie.

Am Ende des dritten Abschnittes wird von der jeweiligen Schule ein praktisches Examen durchgeführt.

Abgeschlossen wird das Basis-Training mit einer vom Sozialministerium festgesetzten Prüfung, die sich in die schriftliche Beantwortung von Fragen, die das gesamte Stoffgebiet erfassen, und in die schriftliche Abhandlung (essay-test) eines Themas über pflegerische Probleme gliedert. Das erfolgreich bestandene Examen führt zur „Registration".

Nach einer Berufserfahrung von einem Jahr in der allgemeinen Krankenpflege kann sich die „registered nurse" spezialisieren anhand einer Zusatzausbildung (post-basic-education bzw. Postgraduierten-Ausbildung) , z. B. in der Psychiatrie.

Die Zusatzausbildung in der Psychiatrie dauert ein Jahr und führt zu einem Abschluß-Zertifikat. Es gibt in Norwegen drei Schulen für die psychiatrische Krankenpflege. Zwei dieser Schulen arbeiten in enger Kooperation mit psychiatrischen Krankenhäusern. Eine davon befindet sich in Dikemark. Das mit dieser Schule zusammenarbeitende psychiatrische Hospital gehört zum Stadtbezirk Oslo.

Den Psychiatrie-Schwestern wird, ebenso wie anderweitig klinisch oder technisch spezialisierten Krankenschwestern in Norwegen, noch eine Ausbildung für Fortgeschrittene in der Lehre und Administration angeboten. Die einzige damit befaßte Schule, „The Norwegian School of Advanced Education in Nursing", Oslo, gehört der „Norwegian Nurses Association" und wird finanziell vom Staat unterstützt.

Neben der Gruppe der „registered nurses" gibt es in Norwegen eine große Zahl „Praktischer Schwestern" („practical nurses") mit einer einjährigen Ausbildung.

USA

Auch in den USA sind die Krankenschwestern in zwei große Gruppen gegliedert: in die Gruppe der lizenzierten „praktischen Schwestern", der „Lincensed Practical ('Vocational' in Kalifornien und Texas) Nurses" (LPN/LVN) und in die Gruppe der Krankenschwestern, die eine Lizenz als „Registered Nurse" (R. N.) besitzen.

Die „LPN/LVN's", Anzahl etwa 400 000, sind im wesentlichen in der praktischen Krankenpflege — deren Hauptteil sie ausführen — tätig, unter der Supervision einer „Registered Nurse" oder eines Arztes. Sie arbeiten auch auf Spezialgebieten, unter anderem im öffentlichen Gesundheitsdienst und anderen Einrichtungen der Gemeinde, z. B. als „visiting nurse".

Die älteste nationale Organisation der „LPN/LVN's" ist die „National Association for Practical Nurse Education and Service, Inc." (NAPNES). Seit 1941 verfügt sie über eine Schlüsselrolle hinsichtlich der Ausbildung und beruflichen Anerkennung der praktisch tätigen Krankenschwestern. Vom „US Office of Commissioner of Education" besitzt sie die nationale Anerkennung zur Akkreditierung von Grund- und Weiterbildungsprogrammen und Ausbildungsstätten für die „LPN/LVN's".

Die Ausbildung der „LPN/LVN's" ist nur an staatlich anerkannten Schulen möglich. Sie ist in den einzelnen Staaten und Schulen jeweils individuell verschieden. Derzeit gibt es etwa 1 250 staatlich anerkannte Ausbildungsprogramme.

Sie umfassen etwa ein Jahr. In einigen Staaten dauern sie länger, einige Programme sind kürzer.

Jede Schule stellt ihre eigenen Zulassungsbedingungen auf. In der Mehrzahl wird hinsichtlich der Vorbildung ein High-School-Abschluß verlangt und ein Alter zwischen 17 und 50 Jahren akzeptiert. Bewerber über 50 Jahre werden nach individuellen Gesichtspunkten beurteilt.

Der Ausbildungsstoff umfaßt die Fächer Anatomie, Physiologie, Ernährung, Pharmakologie und Psychologie. Er soll die Kandidaten zur Tätigkeit bei intern-chirurgischen Patienten, bei Müttern und Säuglingen, bei Kindern, alten und chronisch kranken Patienten befähigen und zur Erfüllung deren physischer und psychosozialer Bedürfnisse. Der Unterricht erfolgt theoretisch und praxisbezogen am Patienten.

Nach Abschluß des Ausbildungsprogrammes haben sich die Kandidaten zum Erwerb der staatlichen Lizenz einer staatlichen Prüfung zu unterziehen.

Die „LPN/LVN" hat die Möglichkeit, sich weiter auszubilden und sich auf ein Gebiet zu spezialisieren wie auf die Intensivpflege, auf die Versorgung von Herzkranken und Notfällen, auf das Gebiet der Rehabilitation, der Tätigkeit im Operationssaal, die Gynäkologie, Kinderpflege und Geriatrie.

Ein „Postgraduate Practical Nurse Program" wird z. B. am „Baylor University Medical Center", Dallas, Texas angeboten. Das Programm umfaßt Kurse in Intensiv-Krankenpflege, in der internen und chirurgischen Krankenpflege, in der Gynäkologie und Geburtshilfe und für die Tätigkeit im Operationssaal.

Unterlagen über eine Spezialisierungsmöglichkeit auf dem psychiatrischen Sektor liegen nicht vor. Vereinzelte Zusatzprogramme sind aber anzunehmen.

Für die *Ausbildung der „Registered Nurses"* ist die Organisation der „National League for Nursing" verantwortlich. In den USA gibt es gegenwärtig 3 voneinander getrennte und unterschiedliche Ausbildungsprogramme, die die Zulassung zur „Registered Nurse (R.N.)" vorbereiten:

a) Das Programm für den „Associate Degree", gewöhnlich unter der Leitung und Kontrolle von „junior-" oder „community colleges". Für die Zulassung müssen die Aufnahmebedingungen des College erfüllt werden. Die Ausbildungsprogramme erstrecken sich gewöhnlich über zwei akademische oder zwei Kalenderjahre. Manche Colleges erlauben ein Teilstudium tagsüber oder haben Abendkurse. Das Unterrichtsprogramm umfaßt Kurse in Krankenpflege, ergänzende Collegekurse und eine allgemeine Ausbildung auf College-Niveau. Die erfolgreichen Absolventen dieser Ausbildungsprogramme sind in der Lage Krankenpflege als „general duty nurse" auszuüben.

b) Das Programm für das „Diplom" in der Krankenpflege, gewöhnlich unter der Leitung und Kontrolle eines Hospitals. Die meisten Ausbildungsprogramme variieren in ihrer Dauer zwischen zwei und zweieinhalb Jahren. Sie enthalten neben Kursen in der Krankenpflege solche in Basiswissenschaften. Die Absolventen verfügen über die Ausbildung, um mit der Tätigkeit einer „general duty nurse" zu beginnen.

c) Das Programm für den „Baccalaureate Degree" in der Krankenpflege, bei dem es sich um ein von einem „senior-college" bzw. von einer Universität getragenes Programm mit dem Hauptschwerpunkt in der Krankenpflege handelt. Die Studenten mit dem Hauptschwerpunkt in der Krankenpflege haben dieselben Voraussetzungen zu erfüllen wie die Studenten anderer Fachrichtungen. Die Programme erstrecken sich gewöhnlich über 4 akademische Jahre. Das Studium verbindet ein Training in der Theorie und Praxis der Krankenpflege mit einer allgemeinen Ausbildung. Es bereitet die Studenten auf eine Tätigkeit in der Krankenpflege selbst wie in der Leitung der Krankenpflege durch ein Schwesterteam vor.

   Die Absolventen bringen die notwendigen Voraussetzungen für ein Graduiertenstudium in der Krankenpflege auf dem Niveau des „Masters Dregee" mit.

Die Graduiertenausbildung in der Krankenpflege bereitet auf eine Spezialisierung vor, unter anderem in der Psychiatrie. Neben dem Erwerb eines „Masters Degree" besteht im Rahmen der Graduiertenausbildung auch die Möglichkeit der Promotion.

Dänemark

Die Ausbildung und das Training der Krankenschwestern sind in Dänemark durch ein königliches Dekret („Royal Decree on The Education and Training of Nurses") vom 30. Januar 1957 geregelt und stehen unter der Kontrolle des „National Health Service". Letzterem steht ein beratendes Kommittee zur Seite, „The Education Committee", dessen Mitglieder auf Empfehlung des „National Health Service" vom Innenminister ernannt sind.

Die Ausbildung ist nur an Krankenpflegeschulen möglich, die vom „National Health Service" anerkannt sind.

Für die Zulassung zur Ausbildung werden folgende Voraussetzungen gefordert: ein Alter zwischen 18 und 25 Jahren; ein Schulzeugnis, das gute schulische Leistungen bescheinigt; ein polizeiliches Führungszeugnis; eine Bescheinigung über die Tätigkeit im Haushalt für mindestens ein Jahr (statt dessen wird unter Umständen auch eine einjährige Tätigkeit in einer Einrichtung für chronisch Kranke etc. anerkannt). — Als weitere Zulassungsbedingung wird im „Royal Degree" eine Aufnahmeprüfung empfohlen in der dänischen Sprache, in der Mathematik, in

Physik und Chemie. Die Aufnahmeprüfung sollte im Schweregrad einem Mittelschulexamen entsprechen. Die Ausbildung in der Krankenpflege gliedert sich in Dänemark in ein Basis-, Spezial- und Fortgeschrittenen-Training.

Das *Basistraining* setzt sich aus einem Vorbereitungskurs, einem Einführungskurs und einem dreijährigen Haupttraining zusammen.

Der *Vorbereitungskurs* kann auch an einer Volkshochschule für Krankenpflege absolviert werden. An der letzteren dauert er mindestens fünf Monate, an einer Krankenpflegeschule vier Monate, wobei in jedem Fall insgesamt mindestens 500 Unterrichtsstunden erteilt werden müssen. Vorgeschriebene Unterrichtsfächer sind:

	Unterrichtsstunden	Demonstrationen, Übungen etc.
Physik	25	
Chemie	35	
Anatomie	20	
Physiologie	20	
Pathologie	10	
Genetik	10	
Bakteriologie	30	
Demonstrationen und Übungen in den genannten Fächern		60
Hygiene	15	
Ernährung	20	
Soziologie und Staatsbürgerkunde	38	
Entwicklung des Gesundheitsdienstes	40	
Erste Hilfe, künstliche Beatmung, Verbinden und Bandagieren	8	12
Krankenpflege	25	38
Studienführung		5
Studienfahrten		10
Seminare über ausgewählte Themen		30
Tests und Prüfungen		20
Physikalische Übungen		29
Gesamtstundenzahl	296	204

Der *Einführungskurs*, der wie das Haupttraining nur an einer anerkannten Krankenpflegeschule absolviert werden kann, dauert drei Monate und umfaßt mindestens 280 Unterichtsstunden (141 Stunden theoretischen Unterricht + 139 Demonstrations-, Führungs- etc. Stunden). Der Unterricht gliedert sich in folgende Fachgebiete bzw. Themen:

	Unterrichtsstunden	Demonstrationen, Übungen, Studienanleitung etc.
Anatomie	20	
Physiologie	20	
Soziale Gesetzgebung	10	
Psychologie	20	
Wachstum und Entwicklung im Kindesalter	15	32
Krankenpflege	25	52
Verwaltung und Bewirtschaftung eines Krankenhauses	5	10
Grundlagen der Medizin	10	
Methoden der klinischen Untersuchung	6	4
Einführung, Intervention und Behandlung von Erkrankungen	10	
Studienanleitung		5
Studienfahrten		16
Seminare über ausgewählte Themen		10
Physikalische Übungen		10
Gesamtstundenzahl	141	139

Der *Hauptteil* des *Basis-Trainings* gliedert sich in zwei Teile: im Teil 1 werden mindestens 320 Vorlesungsstunden gehalten, und zwar während der ersten 15 Monate, Teil 2 umfaßt mindestens 220 Stunden während der darauffolgenden 13 Monate. Die Vorlesungen werden über folgende Fachgebiete bzw. Themen bei einer (angegebenen) Mindeststundenzahl gehalten:

	Zahl der Unterrichtsstunden	
	Teil I	Teil II
Organisation des Gesundheitsdienstes	15	10
Soziale Gesetzgebung	15	5
Psychologie	15	15
Psychische Gesundheit	15	15
Lehrmethoden	10	10
Stationsführung	7	13
Grundsätze der Krankenpflege	26	20
Methoden der klinischen Untersuchung	10	
„Materia medica"	15	5
Diätvorschriften und Diätküche	15+22	

	Zahl der Unterrichtsstunden	
	Teil I	Teil II
Krankenpflege in der inneren Medizin	30	15
Krankenpflege bei Tuberkulosekranken	6	2
Krankenpflege bei Infektionskrankheiten	6	4
Krankenpflege bei Haut- und Geschlechtskrankheiten	6	6
Rheumatische Erkrankungen und Physiotherapie		8
Radiologie	5	4
Krankenpflege in der Chirurgie	30	15
Geburtshilfe	6	4
Krankenpflege in der Gynäkologie	6	
Krankenpflege in der HNO-Heilkunde	5	5
Krankenpflege bei Augenerkrankungen	5	5
Krankenpflege in der Orthopädie		6
Krankenpflege in der Pädiatrie	8	12
Krankenpflege in der Psychiatrie	6	21
Studienanleitung und Seminare	16	11
Studienfahrten	10	
Physikalische Übungen	10	6
Gesamtstundenzahl	320	220

Neben dem theoretischen Unterricht (Vorlesungen und Demonstrationen) steht die praktische Erfahrung, wobei wiederum Mindestanforderungen gestellt werden:

Ein Praktikum ist obligatorisch in den nachstehenden Fachgebieten und in nachstehender Mindestzeit:

auf einer internen Abteilung ..... 6 Monate

auf eine chirurgischen Abteilung ..... 6 Monate

im Operationssaal und/oder einer Notaufnahme ..... 2 Monate

in einer Kinderabteilung ..... 4 Monate

in einem Psychiatrischen Krankenhaus .. 4 Monate (oder einer Psychiatrischen Abteilung)

Daneben wird ein Praktikum in den folgenden Fachgebieten empfohlen:

der Geburtshilfe, auf einer Tuberkulosen-Abteilung, einer Aufnahmestation, in der HNO- und Augenheilkunde, der Dermatologie, Gynäkologie und Orthopädie, auf einer Abteilung für chronisch Kranke und/oder geriatrische Fälle. Ebenso wird empfohlen, daß die Studenten eine „district nurse" und eine „public health nurse" bei ihrer Tätigkeit begleiten. Während des Basis-Trainings wird eine Reihe von Examina abgehalten:

zur Bewertung der theoretischen Kenntnisse jeweils ein Examen am Ende des Einführungskurses, nach Abschluß des ersten Teils des theoretischen Programms und am Ende des zweiten Teils; zur Bewertung der praktischen Erfahrung am Ende der ersten sechs Monate des Praktikums und jeweils bei Beendigung des Praktikums auf einem bestimmten Fachgebiet.

Das Examen am Ende des zweiten Teils der theoretischen Ausbildung ist schriftlich und wird vom „National Health Service" gestellt.

Das Basis-Training wird insgesamt mit einer schriftlichen und/oder mündlichen Prüfung in mindestens 3 der wichtigsten Fachgebiete abgeschlossen.

Bei zufriedenstellenden Leistungen erhalten die Ausbildungskandidaten das Diplom in der Krankenpflege und werden im allgemeinen für fähig erachtet, auf jedem Gebiet der Krankenpflege zu arbeiten. An das Basis-Training kann sich ein Spezial-Training in einem bestimmten Fachgebiet anschließen.

Über die Spezialisierungsmöglichkeiten und -gänge liegen keine Informationen vor.

Die Fortgeschrittenen-Ausbildung wird Krankenschwestern angeboten, die eine Position in der Supervision und in der Lehre anstreben (z. B. als Lehrkräfte, Direktoren etc.).

Polen

Hier gibt es zwei Möglichkeiten sich zur graduierten Krankenschwester (registered nurse) ausbilden zu lassen:

1. durch den Besuch einer zweijährigen Krankenpflegeschule nach Abschluß einer High-School (einer höheren Schule mit einer allgemeinen Ausbildung über 12 Jahre),
2. durch den Besuch einer „Secondary Nursing School" (Technikum) mit abschließender Diplomierung (bei einer Gesamtschulzeit von 13 Jahren).

Bei den zweijährigen Krankenpflegeschulen handelt es sich um Schulen für allgemeine Krankenpflege und Schulen für die Krankenpflege in der Psychiatrie. In der Praxis führt aber der Besuch beider Arten von Schulen zur Qualifikation sowohl in der allgemeinen Krankenpflege als auch in der psychiatrischen Krankenpflege.

Die Programme der Schulen für allgemeine Krankenpflege schließen Vorlesungen in der Psychologie, Psychiatrie und Neurologie ein, sowie ein Praktikum auf psychiatrischen (zwei Wochen) und neurologischen Stationen. — Die Programme der Schulen für psychiatrische Krankenpflege bieten,

selbstverständlich, eine umfassendere Ausbildung in Psychologie und Psychiatrie an.

Ein formelles Postgraduierten-Training in der Psychiatrie für Krankenschwestern gibt es in Polen nicht. Einzelne psychiatrische Institutionen bieten aber ein Zusatztraining an, entsprechend ihren Erfordernissen.

Sowjetunion

In der UdSSR gehört die Krankenschwester zur Gruppe der „Mittleren medizinischen Arbeitskräfte" („middle medical workers", Cooper, 1971). Diese Gruppe umfaßt die im Gesundheitsdienst tätigen Fachberufe, die in ihrem Ansehen und in ihren Befugnissen unter dem Arzt stehen. Es gehören dazu die verschiedenen Arten von Zahnärzten, die „feldshers", Hebammen, Krankenschwestern, Apotheker und Medizinischen Technologen. Ihre Zahl betrug 1969 2 Millionen (Verhältnis: drei Nicht-Ärzte zu einem Arzt — bei einem Verhältnis von acht Nicht-Ärzten zu einem Arzt in den USA).

Die „middle medical workers" werden an „middle medical schools" (Cooper, 1971) ausgebildet, die von den medizinischen Hochschulen getrennt sind. Die Administration und die Fakultät dieser Schulen werden von Ärzten gebildet und nicht von qualifizierten „middle medical workers" mit einem Fortgeschrittenen-Training.

Voraussetzung für die Krankenschwestern-Ausbildung sind acht Jahre einer allgemeinen Schulbildung an einer Gesamtschule (soll etwa der mittleren Reife entsprechen).

Die Ausbildung in der Krankenpflege ist zunächst eine allgemeine und dauert etwa zwei Jahre (die Angaben differieren zwischen einem Jahr und zehn Monaten und zwei Jahren).

Im Anschluß daran ist eine spezielle Ausbildung möglich, u. a. in der Psychiatrie. In der Psychiatrie dauert sie ein Jahr. Sie besteht in praktischer Tätigkeit im Fachgebiet der Psychiatrie und in der Teilnahme an Kursen. Bei erfolgreich bestandenem Abschlußexamen wird ein Diplom verliehen.

Im Zusammenhang mit der Berufsgruppe der Krankenschwestern muß auf eine andere, zum Teil verwandte Berufsgruppe hingewiesen werden — auf die später noch näher eingegangen werden wird —, eine für die Sowjetunion spezifische Berufsgruppe, wohl ohne entsprechendes Pendant in westlichen Ländern: die *„feldshers"* (Cooper, 1971; Rollins, 1971),(vermutlich mit dem deutschen Wort Feldscher zu übersetzen, aber ohne Sinnentsprechung).

Die „feldshers" besitzen eine eigene, definierte Rolle im Gesundheitssystem, ohne — wie es vielfach gesehen wird — eine Stellung zwischen Arzt und Schwester innezuhaben (Cooper, 11971). Ihre Grundausbildung, die ebenso lang wie die der Krankenschwestern dauert, umfaßt zum Teil dieselben Stoffgebiete wie die Krankenpflegeausbildung, u. a. auch ein Training in Krankenpflege.

Nach der Graduierung ist ein zwei Jahre dauerndes Training in der Psychiatrie an psychiatrischen Krankenhäusern möglich. Nach Abschluß dieses Spezialtrainings sind die „feldshers" in psychiatrischen Krankenhäusern tätig.

Österreich

Der Bereich der Krankenpflege wird, neben den medizinisch-technischen Diensten und den Sanitätsdiensten, geregelt durch das Bundesgesetz vom 22. März 1961, BGBl. No. 102, betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätsdienste, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. No. 152/1967, No. 95/1969, No. 349/1970 und No. 197/1973.

Danach umfaßt der Krankenpflegefachdienst folgende Bereiche:

a) die Allgemeine Krankenpflege,

b) die Kinderkranken- und Säuglingspflege,

c) die Psychiatrische Krankenpflege.

Die Ausbildung des Krankenpflegepersonals erfolgt an Krankenpflegeschulen, die vom Bundesministerium für soziale Verwaltung anerkannt sind. Die Zahl der Schulen für Allgemeine Krankenpflege beträgt insgesamt 38, diejenige für Kinderkranken- und Säuglingspflege 12 und diejenige für die Psychiatrische Krankenpflege neun (Gesamtzahl 59, Stand vom Juni 1973).

Die Ausbildung erfolgt von Anfang an in einem der genannten Krankenpflegebereiche (d. h. in der Allgemeinkrankenpflege; in der Kinderkranken- und Säuglingspflege oder in der Psychiatrischen Krankenpflege).

In allen diesen Bereichen dauert die Ausbildung vier Jahre und gliedert sich folgendermaßen:

in ein erstes Ausbildungsjahr, das der Vertiefung der Allgemeinbildung und der Vorbereitung auf die Ausbildung im Krankenpflegefachdienst dient,

in ein zweites bis viertes Ausbildungsjahr, der theoretischen und praktischen Ausbildung in dem jeweiligen Krankenpflegebereich dienend.

Aufnahmebedingungen sind neben dem Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft ein Lebensalter von nicht über 35 Jahren, die zur Erfüllung der Berufspflichten nötigen körperlichen und geistigen Fähigkeiten (Vorlage eines amtsärztlichen Zeugnisses), Unbescholtenheit (Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses) und der erfolgreiche Besuch des ersten Ausbildungsjahres nach erfolgreicher Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht.

Das erste Ausbildungsjahr entfällt, wenn

a) mindestens eine Klasse einer allgemeinbildenden höheren Schule, einer berufsbildenden mittleren oder höheren Schule oder einer Bildungsanstalt für Arbeitslehrerinnen, für Kindergärtnerinnen und für Erzieher erfolgreich besucht wurde oder

b) nach Vollendung des 16. Lebensjahres vor der Aufnahmekommission ein solches Maß an Allgemeinbildung nachgewiesen wird, das erwar-

ten läßt, daß dem theoretischen und praktischen Unterricht und Krankenpflegefachdienst Folge geleistet werden kann.

Die Ausbildung ist eine theoretische und praktische. Die theoretische Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege und in der Kinderkranken- und Säuglingspflege umfaßt folgende Fachgebiete:

a) Ethik und Berufskunde der Krankenpfleger,

b) Grundpflege, allgemeine und spezielle Krankenpflege,

c) Lehre vom Leben, vom Bau des menschlichen Körpers und von der Tätigkeit der menschlichen Organe (Biologie, Anatomie und Physiologie),

d) Hygiene und Infektionslehre, einschließlich Desinfektion und Sterilisation, Sozialhygiene und Krankenhaushygiene,

e) Grundzüge der allgemeinen und besonderen Lehre von den Krankheiten, deren Erkennung und Behandlung,

f) Medikamentenlehre und Lehre von den Giften,

g) Instrumenten- und Gerätelehre,

h) Lehre von Ernährung, von der Kranken- und Diätkost,

i) Grundzüge der Soziologie, der Psychologie und der Pädagogik,

k) Grundzüge des Sanitäts-, Arbeits- und Sozialversicherungsrechtes,

l) Grundzüge der Betriebsführung im Krankenhaus.

Die praktische Ausbildung in der Allgemeinen Krankenpflege und in der Kinderkranken- und Säuglingspflege erfolgt in den einschlägigen Fachabteilungen, Diagnostik- und Therapieeinrichtungen der Krankenanstalt, an der die Schule errichtet ist. Am Ende des zweiten und dritten Ausbildungsjahres werden jeweils Einzelprüfungen von den Lehrkräften des betreffenden Unterrichtsfaches abgehalten und am Ende des vierten Ausbildungsjahres eine kommissionelle Prüfung (Diplomprüfung).

Die Prüfungskommission setzt sich zusammen aus der Aufnahmekommission (leitende Sanitätsbeamte des Landes, ärztlicher Leiter der Krankenpflegeschule, Schuloberin der Krankenpflege, Vertreter des Rechtsträgers der Krankenpflegeschule, Vertreter der gesetzlichen Interessenvertretung der Dienstnehmer aus dem Kreis der Krankenpflegepersonen) und weiteren Lehrkräften der Krankenpflegeschule. Den Vorsitz der Prüfungskommission führt der leitende Sanitätsbeamte des Landes oder dessen Stellvertreter. Die Vertreter des Rechtsträgers der Krankenpflegeschule und der gesetzlichen Interessenvertretung der Dienstnehmer haben beratende Stimme.

Nach erfolgreich abgelegter Diplomprüfung wird ein Diplom vergeben.

Ähnliche Regelungen gelten für die Ausbildung in der psychiatrischen Krankenpflege (darauf und auf das spezielle Ausbildungsprogramm wird später im Rahmen der Behandlung von Trainingsprogrammen für die Psychiatrie-Schwester eingegangen werden).

E. Entwicklung und Stand der psychiatrischen Ausbildung von Sozialarbeitern in anderen Ländern

von

W. Dietrich

I. Einleitung

II. 1 Fragestellung

2 Methode

III. Ergebnisse

1 *Historische Entwicklung*

1.1 USA

1.1.1 Child guidance movement

1.1.2 Auswirkungen des I. Weltkrieges

1.1.3 Das settlement movement

1.1.4 Einfluß der Psychoanalyse auf die Sozialarbeit in der Nachkriegszeit
1.1.5 Entwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit bis in die 60er Jahre
1.2 Entwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit in Großbritannien
1.2.1 Die theoretische Richtung der Psychiatrie in der Sozialarbeit
1.2.2 Der Mental Health Act
1.2.3 Der Seebohm-Report und seine Folgen
1.3 Die Entwicklung der Sozialarbeit in den übrigen europäischen Ländern
1.3.1 Niederlande
1.3.2 Schweden

2 *Die Studiengänge heute*
2.1 USA
2.1.1 MSW-Ausbildung
2.1.2 Untergraduierten Ausbildung
2.1.3 Postgraduierte Ausbildung
2.2 *Großbritannien*
2.2.1 Certificate of qualification in Social Work (CQSW)
2.2.2 Certificate in Psychiatric Social Work an der Universität Leeds
2.3 Ausbildung in Schweden
2.4 Niederlande
2.5 Europäische Länder
2.6 Außereuropäische Länder

3 *Schwerpunkt der Psychiatrie in der Ausbildung*

4 *Einsatz von Sozialarbeitern in psychiatrischen Einrichtungen*

5 *Bedarf und Angebot an Sozialarbeitern*

IV. Diskussion der Ergebnisse

1 Tendenzen der Weiterbildung der Ausbildung

2 Konsequenzen

V. Nachwort

VI. Literaturverzeichnis

I. Einleitung

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Ausbildung zum psychiatrischen Sozialarbeiter im Ausland und seiner praktischen Tätigkeit. Aus zwei Gründen wurde dieses Thema zum Inhalt einer gesonderten Arbeit ausgewählt: Die Sozialarbeit hat in ihrer jetzt 75jährigen Geschichte eine rasche, dabei äußerst wechselhafte und in den einzelnen Ländern unterschiedliche Entwicklung durchgemacht. Diese Geschichte spiegelt lebhaft das Verhältnis der Gesellschaft und der staatlichen Institutionen zu den sozial Benachteiligten, den unterprivilegierten Schichten in der Gesellschaft, den oft ohne eigenes Verschulden in Not Geratenen und den psychisch Kranken wieder. Sozialer Druck äußert sich beim Individuum häufig in psychisch abweichendem Verhalten: Der Psychiatrie, als dem Zweig der Medizin, der sich mit psychisch auffälligem bzw. von der allgemeinen Norm abweichendem Verhal-

ten beschäftigt, kommt dadurch ein besonders enger Bezug zur sozialen Umwelt der Patienten*) zu. In diesem Verhältnis dient der Sozialarbeiter (oder vorsichtiger ausgedrückt: sollte er dienen) als Vermittler zwischen dem Psychiater und der sozialen Umgebung des Patienten. Ihm kommt die Aufgabe zu, soziale Belastungsfaktoren in der Gesellschaft zu erkennen, diese, soweit es ihm möglich ist, auszuschalten, besonders dadurch gefährdete Personengruppen ausfindig zu machen und mit ihnen auf die Beseitigung dieser Faktoren hinzuarbeiten und schließlich diejenigen, die dem äußeren Druck nicht mehr standhalten könnten — zu diesen gehören auch viele der psychisch kranken Patienten —, zu betreuen und ihnen einen Wiedereinstieg in die Gesellschaft zu ermöglichen. Er spielt also eine wichtige Rolle dabei, dem Patienten möglichst großes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden zu ermöglichen.

Bei dieser Aufgabe stoßen die Sozialarbeiter natürlich an gesellschaftliche Barrieren, die zu überwinden nicht in ihren beruflichen Möglichkeiten stehen. Diese Begrenzung der Möglichkeiten wird von vielen Sozialarbeitern nicht richtig gesehen, was zu einer idealistischen Einschätzung der Berufsmöglichkeiten führt. Denn trotz aller Hinwendung zur Prävention kann sich Sozialarbeit immer nur mit den Folgeerscheinungen sozialer Mißstände beschäftigen, deren Ursachen zu beseitigen aber nicht in den Möglichkeiten ihres Berufes steht.

Die Geschichte der Sozialarbeit zeigt ein ständig wachsendes Bedürfnis der Gesellschaft nach sozialen Hilfseinrichtungen. Die ständig sich ausbreitende Entwicklung der Sozialarbeit reflektiert zum einen eine Verschärfung sozialer Spannungen in der Gesellschaft, die es dem einzelnen Bürger zunehmend erschweren, sich aus eigener Kraft aus sozialen Notsituationen zu befreien, zum anderen aber auch die Bereitschaft des Staates und seiner sozialen Einrichtungen, auf diese Veränderung der sozialen Verhältnisse zu reagieren. Diese Bereitschaft erwächst aber nicht unbedingt aufgrund freiwilliger Einsicht, sondern ist oft nur Ergebnis des Zwanges der sozialen Verhältnisse. So hatten z. B. die beiden Weltkriege mit ihren verheerenden Folgen ganz entscheidenden Einfluß auf die Sozialarbeit in den USA — und hier in besonderem Maße auf die psychiatrische Sozialarbeit. Auch läßt sich die große Nachfrage nach Sozialarbeitern in den letzten zehn Jahren in den USA nicht trennen von den Rassenunruhen in den Slums, dem Krieg in Indochina mit allen seinen Folgen und der wachsenden politischen Bewegung unter der studierenden Jugend. (77)

Der Stand und die Entwicklung der Sozialarbeit in jedem Land sind also in gewisser Weise ein Gradmesser für die sozialen Verhältnisse eines Landes und für die Fähigkeit der Gesellschaft, auf soziale Spannungen zu reagieren. Das Thema für diese Arbeit wurde gewählt, um darzustellen, wie in einzelnen, für die Entwicklung der Sozialarbeit entscheidenden und heute auf diesem Gebiet fortgeschrittensten Ländern das Verhältnis der Sozialwissenschaften zur Psychiatrie — denn nichts anderes als deren praktische Verbindung stellt der psychiatrische Sozialarbeiter dar — sich entwickelte, und welchen Stand die Ausbildung und Praxis der Sozialarbeit im psychiatrischen Bereich heute dort erreicht hat. Es ist zu hoffen, daß aus diesen Ergebnissen Konsequenzen für das Verhältnis der Psychiatrie zur Sozialarbeit und für die Ausbildung von Sozialarbeitern in unserem Land gezogen werden können.

Der zweite Grund für die Darstellung dieses Bereiches in einer gesonderten Arbeit ist ein pragmatischer: In den führenden Ländern der Sozialarbeit hat sich diese in den letzten Jahren explosionsartig entwickelt. Alte Ausbildungsgänge wurden beseitigt, neue geschaffen, gesetzliche Grundlagen, die das Tätigkeitsgebiet der Sozialarbeit verändern, wurden erlassen, einzelne Berufszweige der Sozialarbeit schlossen sich in neuen Berufsverbänden zusammen. Diese verwirrende Entwicklung ist nur schwer systematisch in den Griff zu bekommen, insbesondere, weil Unterlagen über diese Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland schwierig erreichbar sind und die erreichbaren Informationen oft schon wieder veraltet sind. Die Fülle und Wichtigkeit dieses Stoffes rechtfertigen die gesonderte Darstellung dieses Themas.

II.

1 Fragestellung

Ein wichtiger Gesichtspunkt bei der Darstellung des Themas sollte die Frage sein, welche Konsequenzen für die Ausbildung von Sozialarbeitern und dem Verhältnis der Psychiatrie zur Sozialarbeit in der Bundesrepublik Deutschland aus den Ergebnissen gezogen werden können. Aus diesem Grund wird auf eine reine Aneinanderreihung aller nur erreichbarer Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter verzichtet. Die Darstellung beschränkt sich bewußt auf die Länder, in denen die Ausbildung der Sozialarbeiter und ihr praktisches Einsatzgebiet sehr weit entwickelt sind. Bei diesen Ländern handelt es sich — wie noch zu zeigen ist — insbesondere um die USA und Großbritannien, außerdem noch die Niederlande und Schweden. Andere Länder werden, sofern in ihnen eine allgemein geregelte und anerkannte Ausbildung besteht bzw. Informationen über diese vorliegen, nur am Rande behandelt werden. In dieser Beschränkung der Darstellung liegt

*) In der Literatur hat sich zunehmend der Ausdruck „Klient" für die vom Sozialarbeiter betreuten Personen durchgesetzt. Da diese Arbeit unter medizinischen psychiatrischem Gesichtspunkt verfaßt wurde, wird hier der Begriff „Patient" weitgehend beibehalten. Hinzu kommt, daß nach deutschem Sprachgebrauch der „Klient" eine Person ist, die freiwillig und auf eigene Initiative die Hilfe einer anderen Person für sich in Anspruch nimmt, diese Person frei wählen kann und die Möglichkeit besitzt, jederzeit auf diese Hilfe verzichten bzw. eine dritte Person mit der Wahrnehmung dieser Hilfe betrauen zu können. Diese Definition trifft nur sehr unvollständig zu auf den Personenkreis, der die Hilfe eines Sozialarbeiters in Anspruch nimmt.

einerseits die Möglichkeit größerer Klarheit in der Darstellung des Themas, andererseits schafft diese Raum, die historische Entwicklung der Ausbildung von Sozialarbeitern etwas intensiver zu verfolgen. Denn erst der Einblick in die Geschichte ermöglicht Verständnis für die Vorzüge, aber auch die Lücken und Mängel eines Ausbildungssystems. Deshalb wurde diese Art der Darstellung der breiten Beschreibung aller erreichbaren Ausbildungssysteme vorgezogen, welche einer ahistorischen Momentaufnahme gleichkommen müßte.

Auf eine Darstellung der Ausbildung von Sozialarbeitern in den osteuropäischen Ländern mußte aus zwei Gründen verzichtet werden: erstens ist Material über die Ausbildung in diesen Ländern bei uns nur unter großen Schwierigkeiten zu erhalten (so paradox es klingt: die Curricula für Sozialarbeiter in der Türkei (15) und in Brasilien (86) waren leichter und schneller zu erreichen als irgendeine Information über die Sozialarbeit in der DDR), so daß über dieses Gebiet nur lückenhafte Informationen vorliegen. Zweitens geboten zur Verfügung stehender Raum und Zeit diese Beschränkung.

Unter folgenden Fragestellungen wurde das erreichbare Material untersucht:

1. Existieren bzw. existierten spezielle Ausbildungsgänge für psychiatrische Sozialarbeiter im Ausland?
2. Gibt es innerhalb der allgemeinen Ausbildung zum Sozialarbeiter eine Schwerpunktbildung für Studenten, die in psychiatrischen Einrichtungen tätig werden wollen, und welchen Schwerpunkt hat das Fach Psychiatrie in den allgemeinen Lehrplänen?
3. Welche praktischen Einsatzmöglichkeiten existieren in psychiatrischen Einrichtungen für die Studenten während der Ausbildung und welche praktischen Arbeitsmöglichkeiten hat der Sozialarbeiter nach Abschluß des Studiums auf diesem Gebiet?
4. Läßt sich eine bestimmte theoretische Richtung in der psychiatrischen Ausbildung festmachen?
5. Welche aktuellen und geplanten Veränderungen bestehen in der Ausbildung von Sozialarbeitern?

Aus diesen Fragestellungen wird ersichtlich, daß sich eine Beschränkung allein auf die Ausbildung zu psychiatrischen Sozialarbeitern sehr schnell als unmöglich erweist. Die Ausbildungsgänge sind so eng mit der allgemeinen Ausbildung der Sozialarbeiter verquickt, daß es einfach nicht möglich ist, das eine schematisch aus dem anderen herauslösen zu wollen.

Nach Darstellung und Diskussion des erreichbaren Materials unter den angegebenen Fragestellungen wird zum Schluß kurz diskutiert werden, welche praktischen Vorschläge sich für die Ausbildung von Sozialarbeitern in Psychiatrie und ihrem Einsatz in psychiatrischen Einrichtungen in unserem Land ergeben.

2 Methode

Zur Information über den Stand der aktuellen Ausbildung der Sozialarbeiter und deren Entwicklung wurde folgendes Material verwendet:

1. veröffentlichte Arbeiten,
2. unveröffentlichtes Informationsmaterial von Berufsverbänden, Sozialarbeiterschulen, Ministerien,
3. persönliche Mitteilungen von Berufsverbänden, Ausbildern von Sozialarbeitern und Personen, die aufgrund ihrer Stellung einen Überblick über die Ausbildung von Sozialarbeitern haben.

Zu 1. Um einen Überblick über relevante Veröffentlichungen zu erhalten, ließen wir eine Literatursuche beim „Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information" in Köln für die Jahre 1966 bis 1973 durchführen. Zusätzlich wurden als Informationsquelle die letzten fünf Jahrgänge der Zeitschrift „Soziale Arbeit" (Herausgeber: Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen, Berlin) herangezogen. In der Zeitschriftenbibliographie dieser Zeitschrift werden laufend ca. 2 000 Zeitschriften ausgewertet. Dieses Institut war auch bei der Beschaffung schwer zugänglicher Literatur behilflich.

Eine weitere Informationsquelle stellten die letzten Jahrgänge folgender Zeitschriften dar: „Social Work" (USA), „Social Casework" (USA), „The American Journal of Psychiatry", „British Journal of Psychiatry", „Lancet", „British Journal of Social Work", „British Journal of Psychiatric Social Work", „Nervenarzt" (Bundesrepublik Deutschland), „Soziale Arbeit" (Bundesrepublik Deutschland). Diese Zeitschriften wurden unter bestimmten Stichworten wie „education of social work", „social work", „psychiatric social work", „mental health" u. a. systematisch durchgesehen.

Zu 2. und 3. Es wurden uns bekannte Stellen (staatliche, Berufsverbände, Schulen) angeschrieben und um Information gebeten. Neben den formalen Ausbildungsvoraussetzungen und Studiengängen erbaten wir auch spezielle Auskunft über die psychiatrische Ausbildung zum psychiatrischen Sozialarbeiter.

Da es sich bei der Untersuchung sehr schnell zeigte, daß die USA das Land mit der längsten und breitesten Erfahrung in der psychiatrischen Ausbildung von Sozialarbeitern, in dem die wissenschaftliche Erforschung des Gebietes der Sozialarbeit am weitesten fortgeschritten ist, darstellt, wandten wir uns der Ausbildung in diesem Land mit einer besonderen Aktion zu: wir verschickten an 48 von insgesamt 86 Schulen für Sozialarbeiter, die im öffentlichen Verzeichnis des „Council on Social Work Education" (CSWE) für 1973 aufgeführt werden (17), einen Fragenkatalog, in dem nach Informationen über Schwerpunktausbildungen in psychiatrischer Sozialarbeit, praktischen Einsatz (field work) der Studenten in psychiatrischen Einrichtungen und theoretischer Richtung der gelernten Psych-

iatrie gefragt wurde. Die Mehrzahl der angeschriebenen Schulen beantwortete unsere Anfrage. Diese 48 Schulen waren ausgewählt worden, weil in der Kurzbeschreibung ihrer Studiengänge Schwerpunkte in community mental health, mental health, medical social work, psychiatric social work oder auf klinische Arbeit gelegt werden. Dieser Umfrage kann nur informativer Wert beigemessen werden, da die Beschreibung der Schulen in dem angegebenen Verzeichnis so kurz ist und bei einigen sogar gänzlich fehlt, so daß sicherlich nicht alle in Frage kommenden Schulen erfaßt werden konnten.

Zusätzlich wurden als Grundlagematerial einschlägige Veröffentlichungen über Sozialarbeit verwandt, soweit sie in Bibliotheken einschließlich Fachbibliotheken in der Bundesrepublik Deutschland zu erlangen waren. Diese letzte Einschränkung erscheint besonders wichtig, da diese Literatur nur sehr unvollständig in unserem Lande erreichbar ist — vielleicht ein Indiz dafür, daß die wissenschaftliche Aufarbeitung der Gebiete der Sozialarbeit bei uns erst in den ersten Anfängen steht.

III. Ergebnisse

1 Historische Entwicklung

Die Sozialarbeit als eigenständiger und anerkannter Beruf hat eine relativ kurze Geschichte und zeigt erst in den letzten 50 Jahren ein stetiges, zunehmend stärker werdendes Wachstum. Die Ursprünge der Sozialarbeit aber reichen weiter zurück. Sie hat ihre Wurzeln in den religiösen und karitativen Organisationen, welche sich in all den Ländern, in denen die junge Industrie im vergangenen Jahrhundert einen starken Aufschwung nahm und mit diesem Aufschwung auch ihre sozialen Opfer forderte, der Armen, der gesellschaftlich Benachteiligten und der sozial Ausgestoßenen annahmen. Zu dieser Zeit — dem Beginn des 19ten Jahrhunderts — begann Armenfürsorge auch Fürsorge für die „armen Irren" (29) — also die psychisch Kranken — zu werden. Die Erkenntnis, daß psychisch Kranke als Kranke zu behandeln sind, ermöglichte die allerersten Ansätze einer psychiatrischen Sozialarbeit. 1841 wurde in der Nervenheilanstalt Eberbach in Deutschland das erste Nachsorgeprogramm für entlassene Patienten eingerichtet. Laien besuchten die Patienten zu Hause und stellten so die Verbindung von Patienten und Krankenhaus her (3/1857) *). Schon 40 Jahre vorher wurde in Boston 1798 die erste „community dispensary" eröffnet, welche in den USA den Ausgangspunkt für die Entwicklung der Sozialarbeit speziell auf dem Gebiet der medizinischen Gesundheitsversorgung darstellten (77/273—4).

Es würde den Rahmen vorliegender Arbeit bei weitem sprengen, wollten wir jetzt gründlich die Entstehung der gesamten Sozialarbeit als Beruf hier nachzeichnen. Doch ist es für das Verständnis des Standes der heutigen Sozialarbeit wichtig, wenigstens in groben Zügen über die Entstehung dieses Berufszweiges zu informieren.

1.1 USA

Während sich in Europa die Trennung der psychisch Kranken von Kriminellen und Almosenempfängern schon langsam vollzog, wurden die Geisteskranken in den USA noch in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts in Gefängnissen und Armenhäusern untergebracht (3/1857). Erst Dorothea Dix, eine couragierte Bürgerin, nahm sich dem Los der Geisteskranken an. Sie untersuchte deren Lage, veröffentlichte die skandalösen Ergebnisse ihrer Nachforschungen und drängte Abgeordnete des Kongresses mit Anträgen um Verbesserung der Lage der Geisteskranken. Doch die Verhältnisse änderten sich nur langsam. Noch 1874 stellte das erste Treffen der „Conference of Charities and Corrections" noch keine wesentlichen Änderungen dieser Zustände fest. Doch gründete diese Konferenz einen ständigen Ausschuß, der Daten sammeln und Empfehlungen zu der sozialen Lage der Geisteskranken geben sollte. Dieser Ausschuß kann als erster systematischer Ansatz im Bereich der psychiatrischen Versorgung angesehen werden.

Langsam setzte sich auch die Erkenntnis durch, daß zur Arbeit mit den sozial Benachteiligten und psychisch Kranken guter Wille und fester Glaube nicht ausreichen, sondern daß ein gewisser Grad an Ausbildung vorhanden sein muß. Obgleich die meisten wohltätigen Organisationen nach dem Prinzip „Lernen durch Arbeit" (85/108) vorgingen, begann die Charity Organisation Society (COS) — ein Zusammenschluß von Wohltätigkeitsorganisationen — 1891 einen Ausbildungskurs für ihre Mitarbeiter in Brooklyn. Dieser Kurs wurde 1898 auf Vorschlag Mary Richmonds hin vom New Yorker COS ausgebaut zu einem sechswöchigen Kurs in „philantropic work", welcher zum erstenmal auch eine praktische Ausbildung unter Aufsicht erfahrener Sozialarbeiter (field work) enthielt. 1903 wurde dieser Kurs auf sechs Monate ausgedehnt und eine Abendschule für Berufstätige eingerichtet. Aus diesen Ansätzen entstand die bekannte New York School of Social Work, heute einer der renommiertesten Sozialarbeiterschulen in den USA (7).

Diese Entwicklung hatte ihre Ursache in der rapiden Verschlechterung der Lebensverhältnisse der Bevölkerung, welche einfach die Unterstützung der Armen und Kranken, die sich aus eigener Kraft nicht länger behaupten konnten, dringend erforderlich machte. So betrug z. B. das Existenzminimum eines amerikanischen Arbeiters 1890 520 $ pro Jahr, während das Durchschnittseinkommen bei 192 $ pro Jahr lag (77/227). Auf die Lage der europäischen Einwanderer werden wir weiter unten eingehen.

Während von 1903 ab von G. Taylor in Zusammenarbeit und unter Aufsicht der Universität von Chicago Kurse in Sozialarbeit abgehalten wurden (85/109), entwickelte C. P. Emerson am John Hopkins

*) Zahlen nach dem / geben Seitenangaben der entsprechenden Quelle an.

Hospital ein Ausbildungsprogramm, durch welches Medizinstudenten die soziale Umwelt ihrer Patienten kennenlernen sollten (77/274). Endgültig erhielt die Sozialarbeit 1904 Verbindung zur Psychiatrie, als die Frau des bekannten Psychiaters A. Meyer am Manhattan State Hospital damit begann, Patienten und deren Verwandte zu Hause zu besuchen. Meyer begründete diesen Schritt damit, daß „wir so Hilfe erhalten für ein tieferes soziales Verständnis unserer Probleme und den Ursachen der Krankheit, der Familie und der Gesellschaft, damit näherkommen" (3/1858).

E. H. Horten, die 1906 am State Hospital als Sozialarbeiterin eingestellt wurde, gilt als die erste Sozialarbeiterin, die fest an einer Einrichtung für psychisch kranke Patienten angestellt wurde. Obgleich schon kurze Zeit vorher Sozialarbeiterinnen in Boston in psychiatrischen Anstalten tätig waren (1/1622), so ist sie sicherlich die bekannteste psychiatrische Sozialarbeiterin dieser Zeit. Die State Charities Aid Association, welche die Anstellung von Sozialarbeitern an psychiatrischen Anstalten finanzierte, geht in der Begründung der Notwendigkeit dieser Arbeit noch über A. Meyer hinaus: „Die Arbeit ist begründet in der Annahme, daß Krankheit häufig verursacht ist durch widrige soziale, moralische oder industrielle Bedingungen und sie nicht dauernd geheilt werden kann, wenn diese Bedingungen nicht geändert werden" (3/1858).

Zu etwa der gleichen Zeit als in New York die erste Sozialarbeiterin an einer psychiatrischen Klinik angestellt wurde, eröffneten Cabot und Putnam am Massachusetts General Hospital in Boston das erste „social service department" an einer psychiatrischen Klinik. Psychoneurotische Patienten wurden hier von Sozialarbeitern behandelt. Hier also hatte der Sozialarbeiter nicht mehr nur reine Zuträgerfunktion für die Ärzte, sondern sie waren selbst schon in die Behandlung der Patienten einbezogen (1/1622). Auch psychisch gestörte Kinder wurden hier behandelt. Kurze Zeit später entstanden in Boston und Chicago ähnliche Einrichtungen, die besonderes Gewicht auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen legten.

Diese ersten Sozialarbeiter (besser eigentlich -innen, da es sich fast ausschließlich um Frauen handelte), wurden „agents" genannt (59/641), (44/498). Ihre Aufgabe bestand darin, Fremdanamnesen zu erheben, die Verwandten über den Zustand der Patienten zu informieren, die Verbindung der Patienten zu Familien und Freunden aufrechtzuerhalten und zu stärken, dem Patienten zu helfen, Situationen, die seine Krankheit wieder aufbrechen lassen könnten, zu vermeiden. Zugleich arbeiteten sie mit Schulen und Gerichten im Interesse der Patienten, machten die Behandlungsmöglichkeiten der Krankenanstalten öffentlichen Stellen bekannt und versuchten, das Ansehen der psychiatrischen Krankenhäuser in der Öffentlichkeit zu verbessern (3/1858).

Die Anstellungen von Sozialarbeitern an psychiatrischen Kliniken nahmen schnell zu. Gab es 1905 noch außer in Boston nur drei weitere Sozialarbeiter an anderen Kliniken, so gab es 1915 schon an ca. 100 Krankenhäusern sog. „social service departments" (77/275). Die Ausdrücke „psychiatric social work" und „psychiatric social worker" wurden das erstemal 1913 am Boston Psychopathic Hospital verwandt, als die Sozialarbeiterin Jarret und der Psychiater Southard dort einen umfassenden Sozialdienst einrichteten, der auch ein Ausbildungsprogramm für Sozialarbeiter umfaßte (77/278), (3/1859). Der „psychiatric social worker" löste jetzt den „agent" ab. Seine Aufgaben wurden weitaus pragmatischer beschrieben als es noch Meyer oder Horton taten. Er solle „die Möglichkeit für ein normales Leben wieder herstellen und das möglichst größte Wohlergehen gewährleisten" (78), wie es Jarret und Southard in ihrem bekannten Buch ausdrückten, welches großen Einfluß auf die spätere starke psychoanalytische Ausrichtung der Sozialarbeit nahm.

1.1.1 Child guidance movement

Nur kurze Zeit später, als die soeben beschriebene Arbeit von Sozialarbeitern an psychiatrischen Kliniken entstand, entwickelte sich das child guidance movement. 1907 wurden in New York und 1908 in Boston Sozialarbeiter angestellt, deren Aufgabe es war, Schulkindern und deren Eltern direkte Unterstützung zukommen zu lassen. Sie arbeiteten mit Schuldirektoren, Lehrern, Eltern und Kindern zusammen, um Einfluß auf die Veränderung der Umgebung von Kindern zu nehmen, welche in der Schule Schwierigkeiten hatten. Das 1909 in Chicago gegründete Juvenile Psychopathic Institute kann als erster Vorläufer der späteren child guidance clinics bezeichnet werden, deren erste 1922 in St. Louis gegründet wurde (77/280). Sie stellten das Hauptbetätigungsfeld für psychiatrische Sozialarbeiter dar (1/1622), während die Beschäftigung von Sozialarbeitern in psychiatrischen Anstalten und Kliniken sich zunächst nur sehr langsam entwickelte. In diesen Einrichtungen wurde — anders als in den Krankenhäusern — von Anbeginn an eine gleichberechtigte Teamarbeit zwischen Sozialarbeitern, Psychiatern und klinischen Psychologen praktiziert (44/499). Die Sozialarbeiter stellten hier also nicht den verlängerten Arm des Psychiaters dar, der aus Zeitmangel nötige soziale Informationen über den Patienten nicht einholen konnte und zu dem Zweck Sozialarbeiter einstellte, sondern sie waren mitverantwortlich für Diagnose und Behandlung der Kinder. Die volle Integration der Sozialarbeiter in ein Team wurde einerseits dadurch ermöglicht, daß die child guidance clinics außerhalb der traditionellen Krankenhäuser aufgebaut wurden, zum anderen in ihrem Aufgabenbereich die Grenzen der Behandlung, Vorbeugung und Rehabilitation sehr fließend waren, ja sie im Gegensatz zu den psychiatrischen Krankenhäusern direkten präventiven Auftrag hatten, nämlich soziale Faktoren aufzuspüren, welche Ursache von Verhaltensstörungen von Kindern darstellten, und auf deren Beseitigung hinzuarbeiten.

Als der Commonwealth Found of America 1922 die Einrichtungen von acht child guidance clinics in ausgesuchten Städten finanzierte, erhielt die Entwicklung dieser Einrichtungen einen starken Auftrieb (44/499).

Neben der qualifizierten Ausbildung, die sie genossen, mag diese Erfahrung verantwortungsvoller Teamarbeit mit dazu beigetragen haben, daß gerade die psychiatrischen Sozialarbeiter sehr schnell den karitativen Mantel, den die Sozialarbeiter noch aus ihrer Entstehungsphase her trugen, abstreiften und ein starkes berufliches Selbstbewußtsein entwickelten, welches sich auf gründliche Kenntnisse der Sozialwissenschaften und des menschlichen Verhaltens stützen konnte.

1.1.2 Auswirkungen des 1. Weltkrieges

Den stärksten Auftrieb erhielt die psychiatrische Sozialarbeit zu Beginn dieses Jahrhunderts durch den 1. Weltkrieg und seine Folgen. Das amerikanische Rote Kreuz beschäftigte in den Militärhospitälern psychiatrische Sozialarbeiter, welche die akuten psychischen Auswirkungen des Krieges auf die Soldaten behandelten, während in den USA selbst sich Sozialarbeiter um die Familien der Soldaten und die „shell shocked veterans" (77/234) kümmerten.

Die praktischen Erfahrungen und die theoretischen Grundlagen des noch in der Entstehung begriffenen Berufszweiges faßte die Sozialarbeiterin Mary Richmond in ihrem Buch „Social Diagnosis" (71) zusammen, welches nach Aldrich „vielleicht mehr Einfluß auf die Entwicklung der Sozialarbeit gehabt habe als jedes andere von einem Sozialarbeiter geschriebene Dokument" (44/1622). In ihm betont sie die Wichtigkeit des sozialen Drucks, also des Drucks von außen, auf die Entstehung psychisch abweichenden Verhaltens. Gleichzeitig wies sie auf die zwischenpersönlichen Beziehungen und deren Einfluß auf die Entstehung sozialer Probleme hin. Gerade dieser zweite Punkt wurde in den 20er Jahren von den Lehrern der Sozialarbeit aufgegriffen, während der erste, der natürlich konsequent auf soziale Reformen abzielt, sich erst viel später langsam durchsetzen konnte (6), (8/13), (72/285).

Die Herausbildung der psychiatrischen Sozialarbeiter zum voll anerkannten Beruf war abgeschlossen mit der Einführung der ersten formalen Ausbildungskurse für psychiatrische Sozialarbeiter an der „Training School of Psychiatric Social Worker" am Smith College/Massachusetts. Das Ziel dieses Kurses war es, Soldaten mit durch den Krieg verursachten Neurosen zu behandeln und wieder in die Gesellschaft einzugliedern. Er enthielt Ausbildung in normalem und abnormalem Verhalten, Einführung in psychologische Testmethoden, Informationen über Alkoholismus, körperliche Grundlagen von Geisteskrankheiten und Übungen in der Anamneseerhebung (77/234). Im gleichen Jahr wurden in New York und Toronto ähnliche Kurse für Sozialarbeiter eingerichtet.

Von Anbeginn an wurde die Sozialarbeit in den USA als pragmatische Wissenschaft aufgefaßt und gelehrt. Die Hauptfrage war „Does it work"?, weniger aber die Hinterfragung der Ursachen der sozialen Probleme, mit deren Auswirkungen die Sozialarbeiter tagtäglich konfrontiert werden. In diesem Ansatz ist mit eine Ursache zu sehen, die es — besonders in den 20er Jahren — erleichterte, der Sozialarbeit jeden sozialreformerischen Impetus zu nehmen (8).

1.1.3 Das settlement movement

Bevor die weitere Entwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit beschrieben wird, soll kurz auf eine andere Bewegung innerhalb der Sozialarbeit hingewiesen werden, die zwar keine direkte Verbindung zur Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen aufzeigt, die aber deshalb von Bedeutung ist, weil sie in ihrer Arbeit nicht am Individuum ansetzte, sondern ganze Bevölkerungsgruppen zum Ziel hatte. Die „social settlements" waren Wohlfahrtseinrichtungen, die sich um die Belange geographisch umschriebener Bevölkerungsgruppen kümmerten. Sie arbeiteten häufig unter rassischen, ethnischen und religiösen Minderheiten. Gerade dadurch, daß sie die soziale Situation ganzer Gruppen und deren Benachteiligung innerhalb der Gesellschaft im Auge hatten, kam ihnen von Anbeginn an eine Orientierung auf soziale Reformen zu (8/12) — unabhängig von den sehr unterschiedlichen politischen Schattierungen ihrer Führer.

Settlements entstanden in den 90er Jahren im Zuge der rapide zunehmenden Einwanderung aus Europa, besonders dem Südosten Europas, aus dem die ungelernten verarmten Bauern und Arbeiter aus Italien, Griechenland und der Slowakei einwanderten, um in dem „gelobten Land" das große Glück zu suchen. Diese Suche begann und endete oft auch in den Slums der großen Städte des Nordostens.

Dieser Minderheiten nahmen sich die meist aus der weißen protestantischen Mittelschicht stammenden Sozialarbeiterinnen der Settlements an. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit lag auf Nachbarschaftshilfe, der Überwindung von Sprach-, Wohn- und Beschäftigungsproblemen (42). Die Führer dieser Settlements spiegelten in ihren Auffassungen die unterschiedliche materielle und soziale Situation in den einzelnen Städten wider: So lehnte Jane Addams — eine Ahnin der heutigen Sozialarbeiter —, die in Chicago, der Hochburg der Großindustrie und des Verbrechens, das Hull House aufbaute, jegliche Konzepte der rassischen Überlegenheit der alten weißen Einwohner gegenüber den Einwanderern ab und beteiligte sich aktiv am Aufbau der Immigrants Protective League, einer Vereinigung zum Schutz der Rechte der Einwanderer. Die Settlement-Mitbegründerin, M. McDowell, war, ebenfalls in Chicago, eine Mitbegründerin der ersten Gewerkschaft für weibliche Lagerarbeiterinnen, in der unterschiedliche Organisationen organisiert waren.

In Boston, der gediegenen Handelsstadt ohne große Industrie, dem Zentrum amerikanischer Finanzgewalt und anglo-amerikanischer Kultur, baute R. Woods das South End House auf. Sein Verhalten den Einwanderern gegenüber wird als ambivalent beschrieben (42/26). In seiner Arbeit strebte er die reine Anpassung an die amerikanischen Lebensverhältnisse an ohne Rücksicht auf die nationalen, kulturellen und religiösen Besonderheiten der Einwanderer. Die Ankommenden sollten sich den Regeln des Gastlandes völlig anpassen. „Assimilation" und „Amerikanisation" waren Ziele von South End House. Teilweise wurden direkt rassisti-

sche Standpunkte von der Überlegenheit der angelsächsischen Rasse vertreten (42/26).

Bei allen unterschiedlichen politischen Auffassungen erreichte das Settlement Movement zahlreiche Verbesserungen in den Lebensbedingungen der Einwanderer. Die USA waren während der „progressive area" — wie die amerikanische Geschichtsschreibung die Periode von 1896 bis 1916 bezeichnet (56/353) — noch in der Lage, auf die verheerenden sozialen Folgen des ständigen Wachsens der Industrie mit sozialen Reformen zu antworten. Die Industrie benötigte für ihre weitere Ausdehnung noch zusätzlich Arbeitskräfte aus dem Ausland. Die Phase der zügellosen Expansion und der Unterordnung aller sozialen Strukturen unter das Gewinnstreben der großen Industriekonzerne begann erst mit der Beendigung des 1. Weltkrieges, welcher den siegreichen USA den ganzen Weltmarkt für ihre Industrie eröffnet hatte. An diesem Punkt enden auch die Reformen der „progressive area" (8/10).

1.1.4 Einfluß der Psychoanalyse auf die Sozialarbeit in der Nachkriegszeit

Borenzweig beschreibt die politische Situation nach Beendigung des 1. Weltkrieges folgendermaßen: „Die Großindustrie legte den Gewinn des Krieges als Beweis dafür aus, daß Amerika unschlagbar sei. Da in ihren Augen sie selbst Amerika repräsentierten, wollten sie keinerlei Einmischung von irgend jemandem hinnehmen — seien es die Regierung, Gewerkschaften, Ausländer oder Neger. Das Kriegsende und die Angst vor dem russischen Bolschewismus nährten den amerikanischen Chauvinismus. 1924 umfaßte der Ku-Klux-Klan ... ca. 4½ Millionen Mitglieder." (8/10). In diesem absolut reformfeindlichen politischen Klima, in dem jede soziale Reform synonym gesehen wurde mit Radikalismus, kam das Settlement Movement, dessen Ziel ja gerade soziale Veränderungen waren, völlig zum Erliegen. Viele der privaten Förderer des Settlement Movements schenkten der weit verbreiteten Propaganda Glauben, daß diese Bewegung von „Bolschewisten" unterlaufen sei, und zogen ihre Unterstützung zurück. J. Addams reagierte auf diese politische Radikalisierung damit, daß sie ihre Arbeit am Hull House aufgab und sich der Arbeit in internationalen karitativen Organisationen zuwandte (8).

Durch die grotesken Formen der politischen Verfolgung (13) waren Veränderungen der sozialen Umwelt vorerst unmöglich gemacht. Dafür aber eröffnete jetzt die Psychoanalyse die Möglichkeiten, Veränderungen im Individuum selbst in Gang zu setzen.

Schon frühzeitig hatte die Psychoanalyse bei den Psychiatern, die die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern suchten und die ersten Ansätze hierzu schufen, Eingang gefunden. Nachdem 1909 Freud persönlich fünf Vorlesungen an der Clark University gehalten hatte, übernahmen die Protagonisten psychiatrischer Sozialarbeit zumindest in weiten Teilen seine Theorien. James, Putnam und Meyer nahmen in ihre Theorien psychoanalytische Ansätze auf, Southard, der Begründer der ersten Schule für psychiatrische Sozialarbeiter, war Freudianer (8/9—10). Dabei schlossen sich psychoanalytischer Ansatz und Sozialarbeit in den Settlements beileibe nicht aus. Auch dort wurden psychoanalytische Techniken verwendet — nur eben nicht ausschließlich.

Southard und Jarret legten in ihrem schon erwähnten Buch (78) die Grundlage für den überwiegenden Einfluß der Psychoanalyse auf die Sozialarbeit. Soziale Notsituationen wurden einseitig quasi als Symptom psychischer Störung begriffen, von einer Umkehrung dieser Abhängigkeit war vorerst nicht mehr die Rede. So war die intellektuelle Basis gebildet, auf der das psychoanalytisch ausgerichtete case work (Einzelfallhilfe) aufgebaut wurde (8).

Zunehmend wurden in den 20er Jahren die psychoanalytischen Theorien zum Bindeglied zwischen Psychiatrie und Sozialarbeit (3/1860—73). Anfänglich erstreckte sich dieser Einfluß nur auf die Ausbildung der psychiatrischen Sozialarbeiter, griff aber sehr bald mit deren Hilfe auf die gesamte Ausbildung in case work und Familienfürsorge über (1/1623), (81/252). Die Entstehung und Entwicklung der Hauptmethode der Sozialarbeit — dem case work — ist der Hauptbeitrag der Psychiatrie bzw. der Psychoanalyse zur Entwicklung der Sozialarbeit (67), (43). Rückblickend kann heute gesagt werden, „daß psychoanalytische Kenntnisse die Theorie darstellen, der die größte Aufmerksamkeit in der Literatur über psychiatrische Sozialarbeit zugewandt wird". (9/172)

Das „Übergewicht" (8/16), welches die unter engster Assistenz der Psychoanalyse geborene Methode des case work in der amerikanischen Sozialarbeit in den 20er Jahren erwarb und selbst heute noch — trotz rückläufiger Tendenz — innehat, ist mit begründet in dem Glauben, daß soziale Probleme Fehler des Individuums seien, nicht aber in der sozialen Ordnung begründet sind (90/132—33). Diese Vorstellungen stellen einen deutlichen Rückschritt dar gegenüber den Erkenntnissen, welche die Väter der psychiatrischen Sozialarbeit bewogen, die Verbindung von Psychiatrie und Sozialarbeit herzustellen (s. S. 10). Entstehen konnte dieser Glaube nur in einer Gesellschaft, in der industrielles Wachstum und Gewinnstreben zum Maßstab aller Dinge geworden war und deren Repräsentanten nicht Willens waren, den sozialen Auswirkungen dieses ungehemmten Wachstums wirklich entgegenzutreten. „Jeder ist seines Glückes Schmied" — soziales Versagen findet seine Ursache in persönlicher Schwäche. Die zügellose Konkurrenzgesellschaft beruhigt ihr Gewissen durch die Verlagerung sozialer Mißstände in das Individuum selbst. Die wissenschaftliche Begründung hierfür liefert die Psychoanalyse. Oder wie B. Wootton es einige Jahrzehnte später ausdrückte: „Freudinanertum als Entschuldigung dafür, keine sozialen Aktionen durchführen zu müssen. Die Schuld für die Armut liegt in der frühen Kindheit." (91/293). Und so ist es nur logisch, wenn die soziale Reformfeindlichkeit der 20er Jahre in den USA korrespondierte mit einem Aufblühen der Psychoanalyse und deren übermäßigen Einfluß auf die Entwicklung der Sozialarbeit. Es sei betont, daß nicht kritisiert wird, daß die Psychoanalyse Einfluß

nahm, sondern daß diesem Einfluß ein unverhältnismäßiger Schwerpunkt zukam.

Es dauerte eine ganze Weile, bis sich die Sozialarbeit dieser „Fallstricke der Psychoanalyse" (2/7) bewußt wurde und begann, sich aus ihnen zu befreien. Seit B. Wootton 30 Jahre nach Beginn des Siegeszuges der Psychoanalyse in der Sozialarbeit ihre Breitseite auf diese abfeuerte (91), nimmt die Kritik an der einseitigen Ausrichtung des case work in der Literatur ständig zu (8). Heute finden wir — wie wir noch sehen werden — eine Abnahme der individualpsychologischen Methoden in der Ausbildung von Sozialarbeitern zugunsten mehr gruppen- oder gesellschaftsorientierten Methoden (7/628) (30/659), wobei „case work" aber immer noch die Hauptmethode darstellt.

1.1.5 Entwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit bis in die 60er Jahre

Der große Bedarf nach ausgebildeten Sozialarbeitern, den der 1. Weltkrieg und seine Folgen nach sich zog (44/499), führte nach der Einrichtung des ersten Kurses für psychiatrische Sozialarbeiter am Smith College zwei Jahre später im Juni 1921 zur Gründung der American Association of Social Workers (AASW). Diese Berufsvereinigung setzte es sich zum Ziel, Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter zu formulieren, deren Ausführung praktisch vorzubereiten, die Forschung voranzutreiben und den Informationsfluß zwischen den Sozialarbeitern zu verbessern. Die ersten Veröffentlichungen dieser Organisation hatten Probleme aus dem Gebiet der psychiatrischen und medizinischen Sozialarbeit und aus dem Bereich der Familienfürsorge zum Inhalt (77/236). Hiermit sind auch die damaligen Hauptarbeitsgebiete der Sozialarbeiter beschrieben. Es stellt eine wichtige Tatsache für die systematische Weiterentwicklung der Sozialarbeit dar, daß seit der Entwicklung der Sozialarbeit zu einem festen Beruf eine zentrale Stelle bestand, die die allgemeinen Rahmenrichtlinien für die Ausbildung formulierte. Bei der Durchführung dieser Richtlinien wurde den einzelnen Schulen relativ freie Hand gelassen.

Ende der 20er Jahre wurde auf der Milford Conference der AASW die Methode des social case work als Grundlage der Sozialarbeit anerkannt. Die im vergangenen Abschnitt beschriebene Entwicklung fand jetzt ihren offiziellen Niederschlag in den Ausbildungsgängen. Neben dieser Hauptmethode wurden aber auch schon die Methoden von „group work" und „community organisation" festgelegt und die Ausbildung und weitere Forschung auf diesem Gebiet gefordert. Ab 1935 waren in all diesen Methoden Ausbildungskurse an den Schulen für Sozialarbeiter eingerichtet (77/239).

Trotz der Auswirkungen auf die Vereinheitlichung der Ausbildungsmethoden konnte durch die Gründung der AASW nicht verhindert werden, daß sich ein Trend zu unterschiedlichen Berufsbildern in den verschiedenen Beschäftigungszweigen der Sozialarbeit herausbildete. Aufgrund des großen Bedarfs richtete die Veterans Administration, auch heute noch einer der größten Arbeitgeber für Sozialarbeiter in den USA (44/498), 1926 ein landesweites Unterstützungsprogramm für psychiatrische Sozialarbeit ein. Noch im gleichen Jahr wurde die Amer. Association of Psychiatric Social Workers (AAPSW) gegründet, welche einen gesonderten Ausbildungsgang für psychiatrische Sozialarbeiter (PSW) entwickelte (44), (51).

Auch die einzelnen Methoden der Sozialarbeit erlangten zunehmend organisatorische Selbständigkeit innerhalb der AASW. So wurde 1935 eine eigene „group work section", 1938 eine „community organisation section" gegründet, welche 1946 bzw. 1948 selbständige Organisationen bildeten (77/239). Wir finden hier die Ansätze zu einer Entwicklung in der Sozialarbeit in den USA, die auch heute noch starke Nachwirkungen zeigt und in ihren Auswirkungen besonders von englischen Sozialarbeitern sehr heftig kritisiert wurde (35/179—80), (91), nämlich ein „splitting" der verschiedenen Methoden, die völlig isoliert voneinander unterrichtet werden. So wurden sie zum Teil Mittel zum Zweck und dem Sozialarbeiter wurde zwar ein „knowledge of How" doch nur ein unzureichendes „knowledge of What" vermittelt (35), (91/287—88), (79/236).

Der 2. Weltkrieg brachte wiederum einen großen Bedarf an ausgebildeten Sozialarbeitern. Die damals anerkannten zwölf Schulen konnten diesen Bedarf speziell an psychiatrischen Sozialarbeitern (PSW) bei weitem nicht decken (68). Deshalb wurde die psychiatrische Sozialarbeit von staatlicher Seite her stark gefördert. Die Verabschiedung des mental health act 1946 gab ihr starken Auftrieb (44).

Trotz dieser staatlichen Förderung kam das Angebot von ausgebildeten PSW bei weitem nicht an den Bedarf heran. So wurde 1952 der Bedarf mit ca. 10 000 ausgebildeten PSW beziffert, um nur die Grundversorgung in Krankenhäusern und Kliniken zu sichern. Dieser Nachfrage standen etwa 4 500 PSW gegenüber. Dabei betrug die Zahl der jährlich ausgebildeten PSW gerade 645 (24). Die Klage über diesen enormen Mangel an PSWs taucht in fast allen Jahresrückblicken der AAPSW dieser Jahre auf (25), (58), (61). 1959 wird psychiatrische Sozialarbeit schon an fast allen der 49 anerkannten Schulen für Sozialarbeiter unterrichtet und die Zahl der eingeschriebenen Studenten hat sich von 305 1947 auf 1 062 erhöht (60).

Bis 1951 lag die Verantwortung für die Ausbildung von PSW allein in den Händen der AAPSW (44). Doch hatte bald nach dem 2. Weltkrieg ein Umschwung in der organisatorischen Entwicklung eingesetzt. Jetzt wurde die Notwendigkeit der einheitlichen Organisierung der Ausbildung und Berufszweige erkannt und auf diese hingearbeitet. Die AAPSW spielte hierbei eine aktive und führende Rolle (44). 1952 wurde die Verantwortung der Ausbildung dem Council on Social Work Education (CSWE) übertragen und 1955 schlossen sich sieben Berufsorganisationen zur National Association of Social Worker (NASW) zusammen (77), die bei ihrer Gründung 20 000 Mitglieder umfaßte (57).

Der Bereich der Sozialarbeit wuchs explosionsartig an: 1960 waren insgesamt 116 000 Beschäftigte im Wohlfahrtswesen, das bedeutet gegenüber 1950

eine Zunahme von 42 %. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der PSW von 2 253 auf 5 171, eine Zunahme also von etwa 130 % (5). Dabei lag ein Hauptarbeitsgebiet der ausgebildeten Sozialarbeiter im medizinischen bzw. psychiatrischen Bereich: obwohl 1960 nur 9 % aller Sozialarbeiter dort beschäftigt waren, so stellten sie doch 29 % aller Sozialarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung (46), (86).

1960 wurden auf Beschluß des CSWE alle speziellen Ausbildungsprogramme für die unterschiedlichen Richtungen der Sozialarbeit eliminiert und ein einheitlicher Ausbildungsgang eingeführt. Diese Ausbildung umfaßte ein zweijähriges Universitäts- bzw. Collegestudium mit allgemein vorgeschriebenen Fächern und praktischer Arbeit (field work) unter Aufsicht an einer zugelassenen Institution. Es schloß ab mit dem Grad eines Master of Social Work (MSW) (44), (77).

Von diesem Zeitpunkt ab kann man für die USA nicht mehr vom Berufsbild oder der Ausbildung eines PSW sprechen, da es diese Bezeichnung nicht mehr gibt. Von nun an ist der Student auf dem Gebiet der psychiatrischen Sozialarbeit allenfalls noch daran von den anderen Studenten zu unterscheiden, welche Art praktischer Ausbildung er in psychiatrischen Einrichtungen erfährt mit der damit einhergehenden Möglichkeit zu lernen, wie die Methoden des case work und group work in der psychiatrischen Versorgung angewendet werden (44). Die theoretischen Inhalte der heutigen Ausbildung zum Sozialarbeiter sind früher Bestandteil der allgemeinen Ausbildung zum PSW gewesen. Obgleich noch in den letzten zehn Jahren bemerkenswerte Änderungen sowohl im Inhalt als auch in der Form der Ausbildung von Sozialarbeitern stattgefunden haben, bildet der Beginn der 60er Jahre doch einen vorläufigen Endpunkt in der Entwicklung der Ausbildung für die psychiatrische Sozialarbeit in den USA. Die Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit wurde an dieser Stelle deshalb so breit dargestellt, weil sich an ihr zweierlei zeigen läßt: wie sich zum einen die Entwicklung der Sozialarbeit nicht von der sozialen und politischen Entwicklung des Landes trennen läßt, — ohne die rasche industrielle Entwicklung um die Jahrhundertwende und besonders nach den beiden Weltkriegen hätte sich die Sozialarbeit in den USA nicht in dem beschriebenen Maß entwickeln können —, der zweite wesentliche Punkt ist, daß die theoretische Ausrichtung der Sozialarbeit nicht abhängig ist von den theoretischen Ansichten ihrer Führer, sondern umgekehrt die theoretische Ausrichtung den äußeren Umständen angepaßt wird. Dies zeigt das Beispiel des Einflusses der Psychoanalyse auf die Sozialarbeit.

1.2 Entwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit in Großbritannien

Auch in Großbritannien geht die Sozialarbeit zurück auf die Tätigkeit karitativer und religiöser Organisationen. Etwa zur gleichen Zeit wie in den USA wurde mit der systematischen Ausbildung von Sozialarbeitern begonnen: 1903 wurde unter Leitung Urwicks an der London School of Sociology and Social Economics der erste Kurs in „general basic training" eingerichtet (12/356). Dieser Kurs erfüllte genau schon die Forderungen, die 50 Jahre später von Anhängern der „generic education" gestellt wurden (93), nämlich die Verbindung der Lehre aller Methoden der Sozialarbeit mit einer gründlichen Ausbildung in Sozialwissenschaften. Er stellte den Beginn der akademischen Ausbildung von Sozialarbeitern in Großbritannien dar.

Im Unterschied zu den USA aber hatte die Psychologie und Psychiatrie keinen nennenswerten Einfluß auf die weitere Entwicklung der Ausbildung zu Beginn des Jahrhunderts. Umgekehrt standen sich gerade diejenigen, die sich für soziale Reformen einsetzten — also der noch junge Berufsstand der Sozialarbeiter, — und diejenigen, die die Ansicht vertraten, daß die Ursachen der Probleme eher beim Individuum selbst als in dessen sozialer Umgebung zu suchen seien, häufig feindlich gegenüber (85/107). Bis 1914 hatte sich die Sozialarbeit von den Wohlfahrtsorganisationen völlig gelöst (12/357). Erst während des Ersten Weltkrieges gewannen psychologische Methoden und Theorien von den USA her langsam an Einfluß auf die Praxis der Sozialarbeit.

Die Entwicklung ging nur sehr langsam voran. Als das Maudsly-Hospital 1923 eröffnete, wurde eine Armenpflegerin eingestellt, deren Aufgaben sich aber praktisch nur auf die Abschätzung der Zahlungsfähigkeit der Patienten beschränkte (89/310). In dieser Zeit wuchs das Interesse an Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen von Kindern, insbesondere der straffällig gewordenen. Diese Entwicklung bekam durch C. Burts Veröffentlichung „Young Delinquent" starken Auftrieb. Sie gab den letzten Anstoß zur Einführung von Ausbildungskursen im mental health Bereich für Sozialarbeiter (81/15). 1926 eröffnete die Tavistock Klinik im Zentrum Londons eine spezielle Abteilung für Kinder. Im Jahr darauf gründete die Jewish Health Organisation die erste child guidance clinic. Doch gab es zu diesem Zeitpunkt keine spezielle Ausbildung für die Sozialarbeiter, die an diesen Einrichtungen arbeiteten. (12/373)

Nach längeren Verhandlungen mit dem Commenwealth Found of America, der — wie erwähnt — in den USA das child guidance movement entscheidend unterstützte, besuchten auf dessen Einladung hin 1927 zehn ausgewählte Sozialarbeiter die USA, fünf weiteren wurde ein einjähriges Stipendium gewährt. Während dieser Zeit wurden sie insbesondere mit den in Großbritannien fast unbekannten psychologischen Methoden vertraut gemacht. Diese historische Fahrt stellt den Beginn der psychiatrischen Sozialarbeit in Großbritannien dar.

Mit Hilfe der Zurückgekehrten wurde 1929 in London ein child guidance clinik nach amerikanischem Vorbild eingerichtet. Der Commenwealth Found hatte seine finanzielle Unterstützung an die Bedingung geknüpft, daß diese Klinik der Ausbildung von Sozialarbeitern dienen sollte und zugleich an eine Universitätsklinik angeschlossen sei (10/162). So wurde dann gleichzeitig der erste Spezialkurs für Psychiatric Social Worker (PSW) an der Lon-

don School of Economics gegründet. In Großbritannien war also die Ausbildung von psychiatrischen Sozialarbeitern von Anbeginn an eine akademische Ausbildung auf Universitätsebene. Da eine abgeschlossene Sozialarbeiterausbildung oder ein Studienabschluß in Sozialwissenschaften Voraussetzung zur Aufnahme der Studien war, stellte die PSW Ausbildung eine hochqualifizierte postgraduierte Ausbildung dar.

Das Studium dauerte ein Jahr. Es schloß theoretische Ausbildung und praktische Arbeit (field work) im Programm ein. Das field work mußte an psychiatrischen Krankenanstalten und einer child guidance clinik abgeleistet werden. Es umfaßte also ein breiteres Feld als in den USA, wo die praktische Ausbildung zur damaligen Zeit fast nur in den letzteren Einrichtungen durchgeführt wurde (81/21).

Obgleich den Studenten durch diese Regelung ein Einblick in das gesamte Einsatzgebiet der PSA vermittelt wurde, wurde mit Einrichtung dieses Kurses der — vielleicht zur damaligen Zeit unvermeidliche — Grundfehler der Ausbildung begangen. Später wurde nämlich sehr heftig kritisiert (10/163—4), (81/37), (94), daß kein allgemeiner Kurs in social case work eingerichtet wurde, auf dem sich eine gewisse Spezialisierung in psychiatrischer bzw. medizinischer Sozialarbeit, Bewährungshilfe oder Familienfürsorge aufbauen konnte. So aber wurde nur ein kleines Teilgebiet der Sozialarbeit — nämlich die Arbeit mit psychisch gestörten Patienten — für die weiterführende Ausbildung herausgegriffen. Die spätere Entwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit zeigte, daß diese Kritik berechtigt war.

Noch 1929 wurde die Association of Psychiatric Social Worker (APSW) gegründet. Obwohl nicht stark an Mitgliedern — bei ihrer Gründung umfaßte sie genau 17 PSW (81/161) —, errang sie doch sehr schnell entscheidendes Gewicht und entwikkelte sich zur einflußreichsten Sozialarbeiter-Organisation in Großbritannien — auch wenn sie zahlenmäßig weiterhin sehr klein blieb. Ihr großes Gewicht erklärt sich aus drei Gründen: (89/273—4):

1. stellten die PSW die Elite der Sozialarbeiter dar. Sie hatten vor ihrem Studium eine Ausbildung zum Sozialarbeiter absolviert, und viele von ihnen hatten schon einige Jahre praktische Erfahrungen hinter sich. Die Aufnahmebedingungen für das Studium waren äußerst schwierig. Sie wurden nach dem Studium meist in leitende Positionen eingesetzt.

2. Die Mitgliedschaft in der APSW war nicht abhängig vom Arbeitsgebiet der Mitglieder, sondern einzig von deren Ausbildung. Viele PSW aber suchten und fanden nach Abschluß des Studiums Anstellung in leitenden Positionen in anderen Bereichen der Sozialarbeit.

3. Stellte die APSW den aktivsten aller Berufsverbände dar, der sich während der 30er Jahre sehr intensiv und mit Erfolg sowohl für die finanzielle Besserstellung seiner Mitglieder als auch für eine Verstärkung seines Einflusses auf die Ausbildung und deren Verbesserung einsetzte. Er erreichte, daß der Titel eines PSW für seine Mitglieder geschützt wurde. Diese Elitestellung der PSW, in der sie sich selbst sehen und von den übrigen Sozialarbeitern gesehen wurden (81/251), brachte aber auch eine gewisse Isolierung zu den übrigen Bereichen der Sozialarbeit, welche erst in den 60er Jahren langsam beseitigt werden konnte (39/130).

Ein Jahr nach Gründung der APSW wurden 1930 durch den mental treatment act die Tore der psychiatrischen Anstalten geöffnet — zumindest einen Spalt breit. Von jetzt an war es in Großbritannien möglich, sich freiwillig stationär psychiatrisch behandeln zu lassen (27). Trotzdem blieben die child guidance clinics das Hauptarbeitsgebiet der PSW. Die Arbeit in den großen psychiatrischen Anstalten wurde als weniger wert angesehen. Dies hatte seine Ursache in der allgemeinen Ablehnung der Psychiatrie als medizinischer Wissenschaft. So fand an den Universitäten Großbritanniens praktisch keine Ausbildung in Psychiatrie statt — mit Ausnahme des Maudsly-Hospitals in London und der Universität von Edinburgh/Schottland.

Die Psychiater verdienten weitaus weniger als ihre Kollegen in anderen Disziplinen (50/1229). Bis Kriegsende 1945 gab es in England und Wales nur drei Lehrstühle für Psychiatrie, in London überhaupt keinen (2/17). Es bestand also weder Anreiz noch Möglichkeit für die PSW, in den psychiatrischen Anstalten zu arbeiten. Deshalb beschränkte sich ihre Arbeit neben der Beschäftigung mit Kindern und Jugendlichen lange Zeit auf eine Gruppe von Patienten: die intelligenten Neurotiker (81/256). Auch die Arbeit mit den geistig behinderten Kindern wurde stark vernachlässigt (81), (39/131).

Bis 1944 gab es nur einen einzigen Kurs für PSW in Großbritannien an der London School of Economics. Diese bildete von 1929 bis 1944 insgesamt 257 PSW aus (81/48).

Auch in Großbritannien brachte der Zweite Weltkrieg einen Anstoß zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit. Ebenso wie in den USA hatten der Krieg und seine Folgen die Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung verstärkt. Zusätzlich hatte die wegen der deutschen Bombenangriffe stattgefundene Evakuierung der großen allgemeinen Krankenhäuser in die auf dem Land gelegenen psychiatrischen Anstalten die ersten Schritte einer Integration der Psychiatrie in die Medizin nach sich gezogen (2/17). Die völlige Gleichstellung der Psychiatrie mit den übrigen medizinischen Fachrichtungen erfolgte 1948 mit der Einführung des National Health Service (NHS). Diese brachte die Eingliederung der psychiatrischen Anstalten in die allgemeine medizinische Versorgung und machte die Psychiatrie mit der Einführung der Consultants (leitende Ärzte, die an verschiedenen Einrichtungen tätig sind und das Recht auf eine private ambulante Praxis haben) auch finanziell für die Mediziner interessant. Unter dem NHS erfuhr die Psychiatrie auch eine starke finanzielle Unterstützung. Diese Hilfe, die Aufhebung der Isolation und die Gleichstellung der Psychiatrie mit anderen medizinischen Fachrichtungen führten zu einer deutlichen Verbesserung des Status der Psychiater (50/1223).

Parallel zu dieser Entwicklung ging auch die Ausbildung von PSW voran: in den vier Nachkriegs-

jahren wurden doppelt soviele PSW ausgebildet (insgesamt 224) wie in den vier Jahren vor dem Krieg. 1945 wurde eine neue Ausbildungsmöglichkeit in Edingburgh geschaffen, 1947 folgte eine weitere in Manchester. Diese wurde 1949 dem Psychiatrie-Department der Universität zugeordnet und stellte die erste Ausbildungsmöglichkeit für Sozialarbeiter an einer medizinischen Fakultät dar.

Doch darf die Kapazität dieser Ausbildung nicht überschätzt werden. Zusammen mit dem 1954 eingeführten Kurs in Liverpool wurden von 1945—62 in Großbritannien insgesamt 845 PSW ausgebildet (81/48). Dieses im Verhältnis zu den anderen Zweigen der Sozialarbeit langsame Wachstum wird darauf zurückgeführt, daß es sich um eine postgraduierte Universitätsausbildung handelt, für die es an den Universitäten an Raum und ausgebildetem Lehrpersonal fehlte, während für die anderen Ausbildungen für Sozialarbeiter oft nicht einmal ein einfacher Universitätsgrad erforderlich war (81). Insgesamt gab es 1951 in Großbritannien ca. 22 000 Sozialarbeiter — d. h. um mit B. Wootton zu sprechen (91/268), es kam ein Sozialarbeiter auf zwei Barmänner bzw. -mädchen.

Einen wichtigen Einschnitt in der Ausbildung von Sozialarbeitern stellte 1954 die Einführung eines Kurses in generic social work an der London School of Economics dar. Diese ebenfalls postgraduierte Ausbildung hatte zum Ziel, in engster Verbindung mit praktischer Arbeit eine akademische Ausbildung für alle Beriche der Sozialarbeit zu vermitteln, wobei besonders Kinderfürsorge und Bewährungshilfe berücksichtigt wurden (86/67). Hieraus gingen weitere Ausbildungskurse in Applied Social Studies an verschiedenen Universitäten hervor. Die APSW weigerte sich, diese Kurse offiziell anzuerkennen (45/91).

1.2.1 Die theoretische Richtung der Psychiatrie in der Sozialarbeit

Der Einfluß, den die Psychoanalyse auf die Ausbildung von PSW genommen hat, ist im Gegensatz zu den USA gering zu veranschlagen. Die Abhängigkeit der Sozialarbeiter von diesen Theorien war weitaus weniger stark als auf der anderen Seite des Atlantiks. Eine „surrender to Freud", die B. Wootton den amerikanischen Sozialarbeitern vorwarf (91/270), fand nicht statt. Der eine Grund ist in der erwähnten Isolierung und Diskriminierung der Psychiatrie als medizinischer Wissenschaft zu suchen, welche trotz formaler Gleichstellung bis zum Erlaß des Mental Health Act 1959 bestehen blieb. In die großen psychiatrischen Anstalten aber fand die Psychoanalyse keinen Einlaß, ihr Einfluß beschränkte sich auf einige Zentren — hauptsächlich in London z. B. die Tavistock Klinik oder die Gruppe um Anna Freud. So ist bis heute die Behandlung durch einen niedergelassenen Analytiker in Großbritannien außerhalb Londons praktisch nicht zu finden. Auch niedergelassene Psychiater gibt es kaum. Hauptträger der ambulanten Behandlung psychisch Kranker ist der Allgemeinarzt (44/35). Es gab in Großbritannien also fast keine analytisch ausgebildeten Psychiater oder Psychologen, die die Ausbildung der PSW hätten durchführen können. Allein über einige in den USA ausgebildete PSW erlangte die Psychoanalyse ein wenig Einfluß auf die Arbeit in den child guidance clinics (10/163).

Ein weiterer Grund, der eine analytische Kopflastigkeit der britischen PSW zu vermeiden half, war ihre doppelte Ausbildung sowohl in Sozialwissenschaften als auch in psychiatrischer Sozialarbeit. Diese Ausbildung ermöglichte es, sowohl die individuellen als auch die sozialen, die materiellen und die persönlichen Probleme der Patienten zu sehen (9/173). Diese doppelgleisige Ausbildung und die praktische Erfahrung, die jeder Student schon vor seinem Studium sammeln mußte, verhinderten eine einseitige Festlegung der Studenten von Studienbeginn an.

Der allgemeine theoretische Ansatz in der Psychiatrie war eklektisch: neben den Standardwerken der Psychiatrie wurden Freud, Jung, Adler, die Behavioristen und Vertreter der Gestaltschule gelesen, daneben auch noch Piaget (9/172). Es bereitete besonders in den Anfangsjahren einige Schwierigkeiten, diese „gemischte Kost" (10) den Studenten in einigermaßen verdaulicher Form vorzusetzen. So wurden dann die Schwerpunkte in der theoretischen Ausbildung recht zufällig gesetzt, je nachdem, welche Ausbilder der Schule zur Verfügung standen.

Die Hauptmethode der Sozialarbeit stellte wie in den USA das case work dar (62/159). Doch wurde immer darauf hingewiesen, daß diese Methode eben eine Methode neben anderen und keinen besonderen Zweig der Sozialarbeit darstellt — auch wenn sie als Grundmethode der Sozialarbeit angesehen wurde. Das Zentrum der Ausbildung sollte nicht irgendeine Methode, sondern die klinische Fallkonferenz, also deren praktische Anwendung, darstellen (35/181).

Social group work setzte sich als Methode nur langsam durch. Dies hatte seinen Grund weniger in theoretischer Einseitigkeit als im Mangel an ausgebildeten Lehrkräften. Obgleich M. Asdown, eine führende PSW, bereits 1948 auf das Gewicht der Gruppe in der Arbeit hinwies (62), wurde doch erst 1962 der erste Kurs in social group work eingerichtet (81/42). Diese Methode konnte sich erst Ende der 60er Jahre als allgemein anerkannte und gelehrte Methode in Ausbildung und Praxis durchsetzen (63/3).

1.2.2 Der Mental Health Act

Die endgültige Gleichstellung der psychisch Kranken mit den somatisch Kranken brachte der Mental Health Act (MHA) von 1959 (27). Er forderte die völlige Integration der psychiatrischen Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern, um somit eine größere Trennung der Patienten von ihrer sozialen Umwelt zu vermeiden und eine gemeindenahe Behandlung zu ermöglichen. Es wurden bis 1967 122 psychiatrische Abteilungen mit 7 900 Betten in allgemeinen Krankenhäusern eingerichtet, während die Gesamtzahl der psychiatrischen Betten von 142 000 (1961) auf 130 000 (1967) gesenkt wurde. Im gleichen Zeitraum wurden 150 Tageskliniken mit jeweils durchschnittlich 30 Betten errichtet (27).

Zugleich brachte der MHA einschneidende Veränderungen in der Stellung der Sozialarbeiter. In den neu geschaffenen local authority departments wurden Sozialarbeiter als Mental Welfare Officer (MWO) eingestellt. In deren Bereich fielen drei Tätigkeitsgebiete: 1. die Aufgabe des bisherigen Duly Authorised Officer (DAO), welcher für Zwangseinweisungen von Patienten in Notfällen zur Beobachtung und zur Behandlung (27) zuständig war; 2. Unterstützung von geistig Behinderten; 3. die bisherige Tätigkeit der PSW (39/130). Für die PSW gab es in dieser neuen Einrichtung ein breites Spektrum verschiedener Aufgaben: 1. case work a) in Ambulanzen, Polikliniken und Tageskliniken, b) in den child guidance clinics, c) in den Allgemeinkrankenhäusern des Bezirks, d) in Patientenclubs und schließlich e) in der Ausbildung junger Sozialarbeiter; 2. waren sie für group work in Tageskliniken, Tageszentren und — als besonders neue Aufgabe für die PSW — mit geistig behinderten Kindern und deren Eltern verantwortlich; 3. ergaben sich erste Ansätze für Gemeinwesenarbeit in der Zusammenarbeit mit der Psychiatric Rehabilitation Association. Die Möglichkeiten auf diesem Gebiet aber wurden erst an der „Oberfläche angekratzt" (39). Diese Arbeit brachte verstärkten Kontakt mit den Familien der Patienten und den niedergelassenen Ärzten mit sich (89), womit der Schwerpunkt der Arbeit sich zu verlagern begann, von der rein therapeutischen Seite zur präventiven.

Das breite Aufgabengebiet und nicht zuletzt die gute Bezahlung bei den Local Authority Departments zog zunehmend PSW an: waren 1960 nur 47 PSW dort beschäftigt, so waren es 1968 schon 226 (39). Diese Steigerung aber ging auf Kosten der Krankenhäuser, an denen ein zunehmender Mangel an PSW herrschte (4/134). Während die Gesamtzahl an PSW von 1958 bis 1967 um 418 stieg, nahm die Zahl der an Krankenhäusern beschäftigten gerade um 19 zu. Im Bezirk Birmingham waren 1969 7 PSW für die Betreuung von 12 593 stationären Patienten zuständig (82/859). Über die Verteilung des PSW auf die verschiedenen Arbeitsbereiche gibt Abbildung 1 Auskunft.

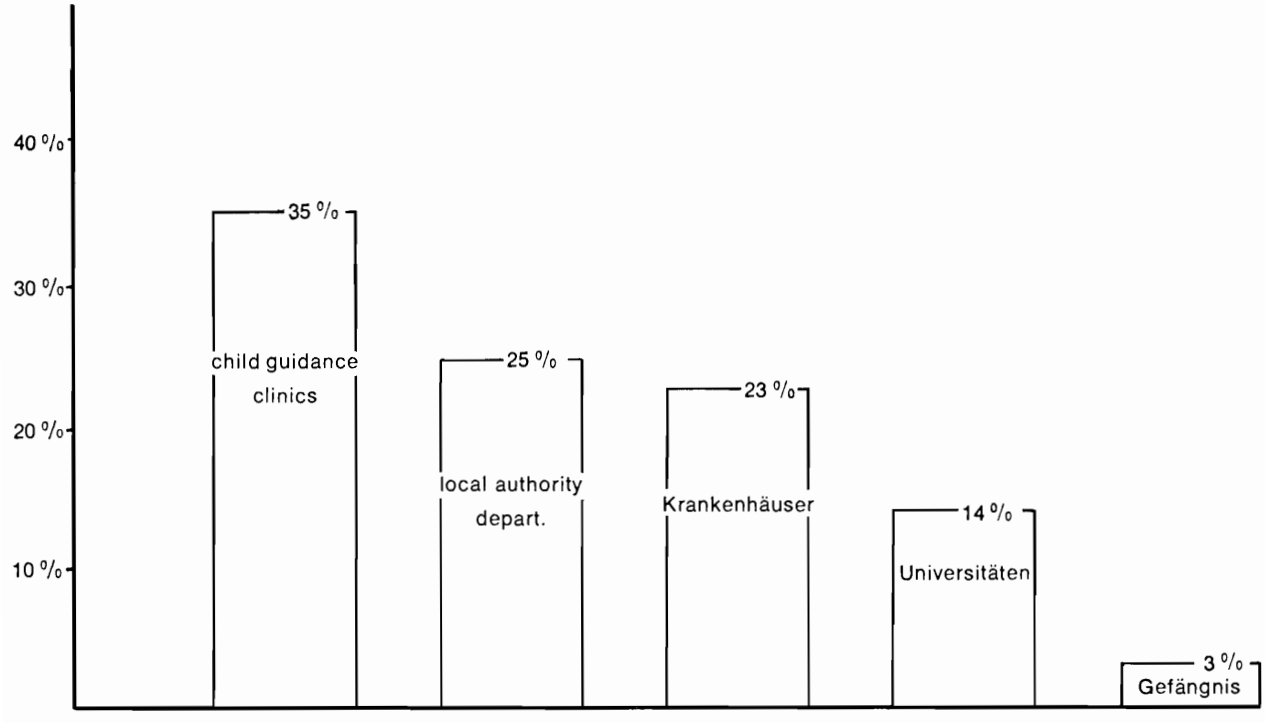
Die neue Situation unter dem MHA hatte auch ihre Auswirkungen auf die Ausbildung der PSW. Hatte die Einführung der Kurse in Applied Social Studies schon in den 50er Jahren die Monopolstellung der APSW auf die Ausbildung der PSW ins Wanken gebracht und beträchtliche Verwirrung der beruflichen Identität nach sich gezogen (45), so kam es in den Local Authority Departments auch zu einer Überschneidung in den praktischen Aufgaben mit den anderen Bereichen der Sozialarbeit. Es war nicht mehr ersichtlich, warum ein Teilgebiet der Sozialarbeit noch eine gesonderte Ausbildung und eine spezielle Organisation für sich beanspruchte. Dieses Problem wurde von der APSW frühzeitig erkannt. Die jährlichen Rechenschaftsberichte zählen seit 1961 zwei Hauptprobleme auf:

1. die Einigung der Sozialarbeiterberufe und
2. die weitere Integration der Sozialdienste (27/184).

Die Vereinigung der verschiedenen Sozialarbeiterverbände vollzog sich in den 60er Jahren. 1963

Abbildung 1

Arbeitsgebiete von PSW 1968 (nach 31)



wurde ein gemeinsamer Ausschuß unter Vorsitz eines PSWs eingerichtet, aus dem dann schließlich 1970 die British Association of Social Worker (BASW) hervorging. Die APSW ging in diesem Verband auf. Zur gleichen Zeit wurde auch das Central Council on Education and Training of Social Work (CCETSW) gebildet, welche von nun an verantwortlich für die Ausbildung von Sozialarbeitern und die Anerkennung deren Kurse ist (84/48), (21).

1.2.3 Der Seebohm-Report und seine Folgen

1965 wurde das Committee on Local Authority and Allied Personal unter der Leitung von Frederick Seebohm von der britischen Regierung eingesetzt, um einen Überblick über die Sozialdienste Englands und Wales zu erarbeiten und notwendige Veränderungen vorzuschlagen. 1968 legte die Kommission ihren Bericht vor (69). Sie schlug darin einen umfassenden Sozialdienst mit Einrichtung sog. social service departments vor, der die verstreuten sozialen Institutionen unter einer Leitung zusammenfassen und dadurch einen gemeindenahen („community based"), auf die Familie ausgerichteten Dienst schaffen sollte, welcher für alle Bürger gleich erreichbar und zuständig sein sollte (84/14). Anstelle des früheren symptom- bzw. klientenorientierten Systems sollte jetzt ein familienorientiertes Versorgungssystem treten. In diesem Dienst sollten die Sozialarbeiter, die bisher beim Jugendamt, Gesundheitsamt, mental health departments und Wohlfahrtsämtern gearbeitet hatten, zusammengefaßt werden. Allein die Bewährungshelfer schlossen sich diesem System nicht an (31/2).

In jedem der social service departments sollten Teams von 10 bis 12 Sozialarbeitern zusammengestellt werden, welche für alle sozialen Probleme — seien es medizinische bzw. psychiatrische, seien es Eheprobleme, Wohnungsschwierigkeiten oder Schulversagen von Jugendlichen — in einem Gebiet von ca. 50 000 bis 100 000 Einwohnern zuständig sind. Innerhalb dieses Teams war eine gewisse Spezialisierung vorgesehen. Die Direktoren dieses Amtes sollten den gleichen Status wie die ähnlicher Ämter, z. B. des Gesundheitsamtes, erhalten (31) (84).

Es lag auf der Hand, daß die bisherige Spezialisierung der Sozialarbeiter in der Ausbildung sich nachteilig für eine effektive Arbeit in diesem Team auswirken würde. Deshalb schlug die Kommission eine Vereinheitlichung der Ausbildung vor, welche in Zukunft alle Methoden der Sozialarbeit gleichermaßen beinhalten sollte (84).

In die Bezirke sollten auch die an den Krankenhäusern beschäftigten Sozialarbeiter eingegliedert werden. Dabei sollten sie trotz Bezahlung durch das social service department weiterhin unter Aufsicht der Gesundheitsbehörde arbeiten.

Die Vorschläge wurden von der Regierung weitgehend angenommen und 1970 als Gesetz verabschiedet (34). Die Einrichtung der social service departments wurde von der APSW begrüßt (39), da dadurch die Überschneidung der bisherigen Sozialdienste aufgehoben wurde. Sie wies dringend darauf hin, daß auch die Frage der Zuständigkeit für die kleine Gruppe der Sozialarbeiter an den Krankenhäusern, welche in dem Gesetzestext noch offengelassen war, so gelöst werden müsse, daß auch diese Gruppe dem social service department angegliedert werde (4/134).

Bei den Psychiatern dagegen stießen die Vorschläge des Seebohm-Reports auf sehr heftige Kritik. Obwohl auch sie grundsätzlich einer Vereinheitlichung der Sozialdienste zustimmten, kritisierten sie, daß die Sozialarbeiter an den Krankenhäusern — insbesondere an den psychiatrischen Krankenhäusern — den social service departments zugeordnet waren und nicht mehr unter medizinischer Leitung ständen. Hiermit würde ein einheitliches psychiatrisches Versorgungssystem unmöglich gemacht. Zugleich bezweifelten sie die Möglichkeit einer Vereinheitlichung der Ausbildung von Sozialarbeitern und forderten die Beibehaltung der bisherigen Spezialisierung (74) (37).

Zu ähnlichen Ergebnissen kam 1972 auch eine gemeinsame Kommission des Royal College of Psychiatrists, der Society of Medical Officers of Health und der British Medical Association (73). Sie betont, daß schon seit Jahren eine Vereinheitlichung des NHS diskutiert wird, welche jetzt durch die Verabschiedung des Social Service Acts unmöglich geworden sei, da dieser den Ausschluß der verwandten Sozialdienste aus dem NHS vollzogen habe. Grundsätzlich lehnt sie die Zuständigkeit der social service departments für psychisch kranke Patienten ab. Auch sie fordert die Beibehaltung der Spezialisierung in der Ausbildung von Sozialarbeitern, welche gerade zwei Jahre zuvor von der BASW abgeschafft worden war. — Diese Kritiken von seiten der Ärzteschaft fanden aber beim Gesetzgeber kein Gehör.

Die Vorschläge des Seebohm-Reports gaben der Sozialarbeit einen enormen Anstoß. Sie veränderten ihre Tätigkeitsgebiete, indem sie sie aus den Kliniken und Krankenhäusern herauslösten und dadurch statt einer symptomorientierten Behandlung eine mehr familienorientierte ermöglichte. Durch die verstärkte Ausrichtung auf die Probleme der sozialen Umwelt, auf einen mehr gesellschaftlichen Blickwinkel, eröffneten sie neue Möglichkeiten präventiver Sozialarbeit. Durch sie erhielten die Sozialarbeiter ihren heutigen Berufsstatus. Die Ausbildung wurde völlig neu organisiert und auf die Bedürfnisse des geschaffenen Sozialdienstes ausgerichtet. Selbst wenn sich durch diese Neuregelung die Versorgung der psychiatrischen Patienten kurzfristig qualitativ verschlechtern sollte, weil die hochqualifizierten PSW jetzt wegfallen bzw. auch für andere Aufgabengebiete mit zuständig sind, so wird sie sich langfristig sicherlich aufgrund des integrierten Versorgungssystems und der besseren Ausbildung aller Sozialarbeiter verbessern.

1.3 Die Entwicklung der Sozialarbeit in den übrigen europäischen Ländern

Die Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit auf dem Festland Europas — in Irland verlief die Entwicklung um einige Jahre verzögert parallel zu der in Großbritannien (26/28) — läßt sich kurz darstellen. Denn hier gab es, von einigen Ansätzen in den

Niederlanden abgesehen, keine selbständige Entwicklung der Sozialarbeit mit psychisch kranken Patienten. Vielmehr war diese immer Teil der allgemeinen Ausbildung zum Sozialarbeiter. Der „Psychiatrische Sozialarbeiter" als eigenständiger Beruf war eine auf die angelsächsischen Länder beschränkte Erscheinung.

1.3.1 Niederlande

Die Niederlande sind das Ursprungsland der systematischen Ausbildung von Sozialarbeitern. Noch vor der Einrichtung der ersten Kurse in den USA wurde 1899 in Amsterdam das Institut für Ausbildung in Sozialarbeit gegründet. Diese erste Schule der Sozialarbeit auf der Welt sollte den Studenten in einem zweijährigen Kurs gründliche Kenntnisse auf dem Gebiet der Sozialarbeit vermitteln. Im Lehrplan gab es, abgesehen vom Fach Kinderfürsorge, keine Ausrichtung auf klinische bzw. medizinische Sozialarbeit (85/109).

Erste Impulse für psychiatrische Sozialarbeit kamen von außen: Ende der 20er Jahre kehrten einige Sozialarbeiter aus den USA zurück, wo sie die Arbeit der child guidance clinics studiert hatten. Ähnliche Einrichtungen wurden daraufhin in den Niederlanden gegründet: 1928 wurde der erste medizinisch-pädagogische Dienst in Amsterdam eingerichtet (40) (83).

Einfluß auf die klinische Psychiatrie aber hatte diese Entwicklung nicht. Zwar bildete sich in Amsterdam nach dem Ersten Weltkrieg eine der Hochburgen der psychoanalytischen Schulen heraus, welche starken Einfluß auf die Gründung der ersten sozialpsychiatrischen Dienste 1928 in Rotterdam nahm, doch blieb der Einfluß der psychodynamischen Auffassungen auf die klinische Psychiatrie äußerst gering. Diese orientierte sich bis zu Beginn der 50er Jahre an der klassischen deutschen Psychiatrie (83/105). Zu dieser Zeit entstanden mit Umorientierung der Psychiatrie auf angelsächsische Schulen die ersten Sozialabteilungen an psychiatrischen Kliniken.

In den 40er Jahren und 50er Jahren gab es auch eine spezielle Ausbildung für psychiatrische Sozialarbeiter. Diese aber ist seit ca. 12 Jahren voll in Fortbildungskurse integriert, welche Anfang der 50er Jahre für Sozialarbeiter, die an Kliniken arbeiteten, eingerichtet wurden. Da in den Niederlanden Sozialarbeit als einheitliches Berufsbild aufgefaßt wird, bestehen seither keine speziellen Ausbildungskurse für psychiatrische Sozialarbeiter mehr (40). Dafür findet eine gründliche Ausbildung in allen Methoden der Sozialarbeit statt, wobei die Hauptmethode der in Kliniken tätigen Sozialarbeiter immer noch das „case work" darstellt (33).

1.3.2 Schweden

Die hochentwickelte Ausbildung der Sozialarbeiter in Schweden — wie in ganz Skandinavien — blieb relativ unberührt von angelsächsischem Einfluß, da es eine gänzlich andere Entwicklung als in den bisher beschriebenen Ländern nahm. 1921 wurde in Stockholm auf Grundlage privater Initiative die erste Schule für Sozialarbeit und öffentliche Verwaltung gegründet. Da also an der gleichen Schule Sozialarbeiter und Verwaltungsangestellte ausgebildet wurden, lag von Anbeginn an der Schwerpunkt der Ausbildung auf den Fächern Recht und Verwaltung. Erst mit der später erfolgten Trennung der Ausbildungsgänge wurde diese einseitige Schwerpunktbildung aufgehoben (86/67).

In den 40er Jahren stieg die Nachfrage nach Sozialarbeitern gewaltig an, und es wurden deshalb zwei neue Schulen gegründet. Drei weitere folgten in den 60er Jahren, so daß heute Sozialarbeiter an insgesamt sechs Schulen ausgebildet werden. Wurden 1963 nur ca. 400 Studenten aufgenommen, so wird die Zahl der Neuaufnahmen für 1973/74 auf 2 040 geschätzt. Trotz dieser Ausweitung der Kapazität melden sich immer noch weitaus mehr Bewerber als Studienplätze zur Verfügung stehen (54).

1963/64 wurde eine gründliche Umorganisierung des Studiums durchgeführt: Alle Studiengänge wurden um ein Jahr verlängert, alle Schulen dem staatlichen Erziehungssystem eingegliedert und der direkten Kontrolle des Erziehungsministeriums unterstellt. Ein zentraler Ausschuß („Nämden för socionomutbildning") wurde eingerichtet, um sicherzustellen, daß an allen Schulen die Ausbildung auf dem gleichen Standard erfolgt. Dieser Ausschuß setzt auch die Zulassungsbedingungen fest (547).

Eine spezielle Ausbildung für psychiatrische Sozialarbeiter hat es also in Schweden nie gegeben und gibt es auch heute nicht. Auf die Fortbildungsveranstaltungen in klinischer Sozialarbeit, in denen Psychiatrie einen Schwerpunkt bildet, wird weiter unten eingegangen.

2 Die Studiengänge heute

2.1 USA

Die Ausbildung der Sozialarbeiter in den USA hat in den letzten Jahren mehr Änderungen erfahren als in allen früheren vergleichbaren Zeitabschnitten. Die Beschreibung der Ausbildung von vor nur etwa acht Jahren wäre heute schon wieder völlig überholt (65). Da diese Entwicklung auch heute noch anhält, wäre es wenig sinnvoll, die Ausbildung hier in allen Einzelheiten darzustellen, da die Einzelheiten in vielen Punkten schon wieder überholt sein könnten. Es kann also nur ein allgemeiner Überblick über den heutigen Stand der Ausbildung gegeben werden, wie sie sich aus der dargestellten Geschichte entwickelt hat und die Tendenzen ihrer weiteren Entwicklung diskutiert werden.

Die Ausbildung von Sozialarbeitern erfolgt in den USA auf vier Ebenen:

1. Graduierten-Ausbildung mit dem Abschluß eines Master of Social Work (MSW)
2. Untergraduierte Ausbildung
3. Postgraduierte Ausbildung
4. Fortbildung

2.1.1 MSW-Ausbildung

Die Zulassung von Schulen für die Ausbildung aller Sozialarbeiter obliegt dem Council on Social Work Education (CSWE). Dieses legt in Richtlinien

den Rahmenplan für die Curricula an den einzelnen Schulen fest. Es bestimmt die Hauptfächer und Grundlinien der Ausbildung. Innerhalb dieses Rahmens legt jede Schule ein eigenes Curriculum fest. Bis 1969 hatten diese Richtlinien eine starre Dreiteilung der Methodenlehre zur Folge, da die Studenten nur jeweils in einer der drei Methoden der Sozialarbeit ausgebildet wurden. Mit dem Curriculum Policy Statement von 1969 (18) erlaubte und forderte das CSWE von den Schulen die Entwicklung eigener Studiengänge. Die Ausbildung zum „Case Worker" gibt es seither nicht mehr. Als Minimalforderung für den theoretischen und praktischen Unterricht wurde Lehre in folgenden Fächern festgelegt: 1. Wohlfahrtspolitik und -einrichtungen, 2. menschliches Verhalten und soziale Umwelt, 3. Praxis der Sozialarbeit (17). Durch diese Richtlinien sollte eine zunehmende Betonung von Prävention und institutionellen Veränderungen erfolgen an Stellen von Behandlung in der bisherigen Ausbildung (65/10). Waren bis 1969 die angebotenen Programme an den einzelnen Schulen nahezu identisch, so herrscht heute eine fast unüberschaubare Vielfalt innerhalb der Ausbildung.

Die MSW-Ausbildung ist in den USA eine akademische Ausbildung auf Universitätsebene. Voraussetzung zur Aufnahme ist ein College Grad (bachelor degree, BA), welcher in Geisteswissenschaften und einigen Fächern der Sozialwissenschaft abgelegt werden muß. Da die Anzahl der Bewerber die vorhandenen Studienplätze übersteigt, hat jede Schule noch zusätzliche Aufnahmekriterien: so sind z. B. akademische Auszeichnungen, Aufnahmetests oder Aufnahmegespräche, in denen der Bewerber seine Berufseignung nachweisen muß, für die Zulassung zum Studium maßgeblich (53). Die Dauer der Ausbildung beträgt zwei Jahre. Es gibt aber schon Tendenzen, diese Zeit zu verlängern bzw. flexibler zu handhaben (65/11). Die Kombination von theoretischer und praktischer Arbeit innerhalb dieser Zeit sowie die Festlegung der Ausbildungsschwerpunkte und Stundenpläne ist den Schulen innerhalb der erwähnten Richtlinien freigestellt. Trotz unterschiedlicher Ausbildungsschwerpunkte in den einzelnen Kursen wird bei erfolgreichem Abschluß der einheitliche Grad eines MSW verliehen. Die noch bis Ende der 50er Jahre mögliche spezielle Ausbildung zum psychiatrischen Sozialarbeiter besteht heute nicht mehr.

Drei Punkte aber müssen unbedingt heute betont werden:

1. Ausbildung zum Sozialarbeiter ist nicht synonym mit der MSW-Ausbildung,
2. MSW-Ausbildung hat nicht mehr ausschließlich die Vorbereitung auf case work zum Inhalt,
3. Behandlung ist nicht mehr der ausschließliche oder auch nur der Hauptschwerpunkt der Ausbildung.

Mit diesen drei Punkten sind die wesentlichen Änderungen innerhalb der MSW-Ausbildung innerhalb der letzten zehn Jahre gekennzeichnet.

Jede Schule bietet den Studenten bestimmte Schwerpunktbildungen innerhalb des Studiums an. Diese Schwerpunkte beschränken sich aber nicht auf die drei klassischen Methoden, wie es vor einigen Jahren noch üblich war, sondern sie sind zunehmend auf das spätere Einsatzgebiet der Sozialarbeit orientiert. Aus der Vielfalt der Angebote seien nur einige herausgegriffen: Öffentliche Sozialeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Mental Health Service, Familienplanung, Arbeit an privaten Wohlfahrtseinrichtungen, soziale Planung und Verwaltung, Gemeinwesenarbeit, Unterricht und Forschung auf dem Gebiet der Sozialarbeit, klinische Sozialarbeit, Suchtbekämpfung, Geriatrie, Jugendwohlfahrt, Ausbildung in psychoanalytischen Theorien. Diese Liste läßt sich weiter fortsetzen. Die Studenten müssen vor Beginn der Ausbildung oder nach einem Jahr einen der angeführten Schwerpunkte für ihr weiteres Studium auswählen.

Die inhaltliche Veränderung der Curricula in den letzten Jahren läßt sich durch einige Zahlen verdeutlichen: von 1967 bis 1971 sank der Anteil an Studenten, die case work als Schwerpunkt gewählt hatten, von 85 % auf 36 %, während sich der Anteil von group work bei ca. 10 % hielt, stieg der von community organisation (Gemeinwesenarbeit) von 1 % auf 10 %. Im gleichen Zeitraum nahm der Anteil von „generic" Kursen von 4 % auf 37 % zu (65). Auch wenn man berücksichtigt, daß viele der alten Kurse einfach mit neuen Namen belegt wurden, so zeigen diese Zahlen doch die Tendenz zur inhaltlichen Verlagerung der Ausbildung.

Die Schwerpunktbildung in Psychiatrie oder verwandten Fächern soll die Tabelle 1 verdeutlichen, die aus der CSWE-Aufzählung der Schwerpunktbildungen aller zugelassenen Schulen (17) zusammengestellt wurde. Sie kann nur einen sehr groben Überblick vermitteln, da die Zusammenstellung der CSWE äußerst knapp gehalten ist und bei einigen Schulen die Schwerpunktbildung überhaupt nicht gegeben ist. Es handelt sich also um Mindestzahlen, sicherlich werden einige Schulen noch ähnliche Schwerpunkte aufweisen.

Schulen insgesamt	86
davon Schwerpunkt in	
mental health	20
psychiatrischer Sozialarbeit	3
klinischer Sozialarbeit	3
ähnliches (psychoanalytische Theorien, soziale Gesundheit, psychosoziale Behandlungsmethoden	3

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß ca. 30 % aller MSW-Ausbildungsstätten in den USA die Psychiatrie oder ihr nahestehende Fächer als Schwerpunktfächer ausweisen. Praktischer Einsatz während des Studiums (field work) ist bei fast jeder Schule an psychiatrischen Einrichtungen möglich.

2.1.2 Untergraduierte Ausbildung

Diese Ausbildung ist in den USA in den letzten Jahre enorm angewachsen. Die Zunahme ist nur z. T. darin begründet, daß die MSW-Ausbildung den Bedarf an Sozialarbeitern bei weitem nicht dekken kann, sondern auch in der Erkenntnis, daß auf vielen Gebieten der praktischen Sozialarbeit eine so aufwendige Ausbildung wie die zum MSW nicht vonnöten ist. Viele MSW wurden und werden noch heute für Aufgaben eingesetzt, bei denen sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten nicht voll zur Wirkung kommen lassen können.

Der Untergraduierten-Ausbildung setzten die Sozialarbeiterverbände anfänglich großen Widerstand entgegen (75/153). Erst 1967 legte das CSWE die allgemeinen Richtlinien für diese Ausbildung fest (65/6). Sie soll vier Hauptschwerpunkte umfassen: 1. eine allgemeine Grundausbildung in Geisteswissenschaften, mit einigen Schwerpunktfächern in Sozialwissenschaft, 2. Vorbereitung auf weitere Ausbildung zum MSW, 3. Vorbereitungen auf praktische Tätigkeit in Wohlfahrtseinrichtungen, 4. Förderung der Entwicklung anderer sozialer Berufe. Besonders der dritte Punkt, die Vorbereitung auf eine bestimmte praktische Tätigkeit, wird zunehmend in den Mittelpunkt der Ausbildung gestellt (65).

Durch den Fortfall der Schwerpunkte und die starke Betonung einer allgemeinen geisteswissenschaftlichen Grundausbildung, in der die Methodenlehre der Sozialarbeit enthalten ist, hat dieser Zweig mehr als die Ausbildung zum MSW einen „generic" Charakter. Andererseits ist er stärker praxisorientierter, da die praktische Ausbildung schon auf einen bestimmten Berufszweig hin abzielt.

Diese Ausbildung wird an Colleges und Universitäten durchgeführt. Ihr erfolgreicher Abschluß führt zu einem Bachelor Degree (BA), welches Voraussetzung zum MSW-Studium ist. 1972 waren 205 Colleges vom CSWE zur Durchführung dieser Ausbildung berechtigt (16), 1973 waren es schon 270 (47). Seit 1971 dürfen auch Träger eines BA-Grades Mitglied der NASW werden — ein Zeichen dafür, daß diese Ausbildung immer stärkeres Anerkennen findet. Neben den offiziellen zugelassenen Kursen besteht noch eine Anzahl weiterer, nicht zugelassener Ausbildungen. 1971 existierten ca. 730 solcher Programme (65). Neben dieser College-Ausbildung gibt es seit ca. fünf Jahren eine zweijährige Ausbildung an sog. Community Colleges, manchmal auch Junior Colleges genannt. Diese stellen den am schnellsten wachsenden Zweig der gesamten höheren Ausbildung von Sozialarbeitern dar (65). Auch sie vermitteln eine allgemeine geisteswissenschaftliche Grundlage mit Schwerpunkt in Sozialwissenschaften. In engster Zusammenarbeit mit örtlichen Sozialeinrichtungen führen sie die praktische Ausbildung der Studenten durch. Diese Ausbildung ist streng berufsbezogen. Der Abschluß berechtigt nicht automatisch zur Teilnahme an BA- oder MSW-Kursen, noch hat er eine Reduzierung der Studienzeit in diesen Fächern zur Folge.

Überhaupt ist der Übergang von der untergraduierten Form der Ausbildung zur graduierten für die Studenten meist schwierig, besonders wenn das College gewechselt wird, da dieser wenig flexibel ist und schon abgeschlossene Fächer und Kurse noch einmal belegt werden müssen. Es werden aber Anstrengungen unternommen, fließendere Übergänge zu schaffen.

Aufgrund des mehr allgemeineren Charakters der untergraduierten Ausbildung gibt es bei ihr keine besonderen Schwerpunkte auf dem Gebiet der Psychiatrie.

2.2.3 Postgraduierte Ausbildung

Dieser Bereich zeigt eine beständige Zunahme in den letzten Jahren. Promovierten 1959 erst 26 Studenten, so waren es 1971 schon 89. 1973 boten 25 Universitäten eine postgraduierten Ausbildung an (19). Voraussetzungen für diesen Studiengang sind der MSW-Grad, gute, meist überdurchschnittliche Leistungen während des Studiums und praktische Erfahrungen in Sozialarbeit. Es gibt keine standardisierten Ausbildungsgänge, sondern für jeden Anwärter werden Fächerkombinationen individuell je nach angestrebtem Studienziel ausgesucht. Die Ausbildung dauert mindestens zwei Jahre, schließt mit einem mündlichen oder schriftlichen Examen und der Fertigstellung einer Promotionsarbeit ab (86/878). Viele dieser Arbeiten werden auf dem Gebiet der Psychiatrie gemacht, da das National Institut of Mental Health zu diesem Zweck finanzielle Unterstützung gewährt.

Neben diesen „doctorial programs" existieren an einigen Universitäten noch sogenannte „third year programs" bzw. „postmaster's degree programs". Diese Form der postgraduierten Ausbildung aber führt nicht zu einem allgemein anerkannten Abschluß, sie erleichtert aber die spätere Durchführung der Promotion.

Das Ziel dieser Ausbildungskurse ist die Heranbildung von wissenschaftlich ausgebildeten Führungskräften für Verwaltung, Planung, Forschung und Lehre (65).

2.2 Großbritannien

2.2.1 Certificate of qualification in Social Work (CQSW)

In Großbritannien setzte sich in den vergangenen Jahren zunehmend die Erkenntnis durch, daß das breite Spektrum der Probleme, mit denen die Sozialarbeiter konfrontiert werden, in allen Bereichen der Sozialarbeit ähnlich, wenn nicht sogar gleich sind, und daher auch die Behandlung der Probleme auf allen Gebieten in den Grundzügen ähnlich sein müsse. Als Konsequenz wurden spezielle Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter beseitigt und eine einheitliche Grundausbildung angestrebt. Spezielle Berufsbezeichnungen wie „child care officer" oder „psychiatric social worker" sind heute abgeschafft zugunsten der einheitlichen Bezeichnung „social worker".

Mit der Verabschiedung des Social Service Act 1970 nahmen die meisten Vorschläge des Seebohm-Reports Gesetzesform an und wurde ein weitgehend vereinheitlichter Sozialdienst geschaffen. Die neu geschaffenen Social Service Departments stellen

heute den größten Arbeitgeber für Sozialarbeiter dar. Außerdem können sie noch Anstellung finden beim staatlichen Gesundheitsdienst, welcher für die an den Krankenhäusern arbeitenden Sozialarbeiter zuständig ist, und in der Bewährungshilfe, welche mit Ausnahme in Schottland nicht in den allgemeinen Sozialdienst eingegliedert wurde. Hinzu kommen noch freigemeinnützige Wohlfahrtsorganisationen.

Zur weiteren Vereinheitlichung der Ausbildung wurde 1971, wie erwähnt, das Central Council for Education and Traning in Social Work (CCETSW) gebildet. Diese löste die drei bestehenden Ausbildungskommissionen für Gesundheit und Wohlfahrt, Kinderfürsorge und Bewährungshilfe ab. Es ist eine Körperschaft, die sich aus Vertretern der Arbeitgeber, der Universitäten und anderen Ausbildungsstellen, der Berufsorganisationen sowie Regierungsvertretern zusammensetzt. Seine Aufgabe besteht darin, Ausbildungskurse für Sozialarbeiter offiziell anzuerkennen, die Ausbildung zu unterstützen und weiter auszudehnen, die theoretischen und praktischen Inhalte der Ausbildung weiterzuentwickeln und die Forschung in Ausbildungsfragen zu fördern (21/2). Obgleich jede Universität bei Antrag auf Anerkennung eines Ausbildungskurses das Curriculum vorlegen muß, gibt das CCETSW kein Standard-Curriculum oder auch nur Richtlinien für Curricula heraus. Studenten, die einen der anerkannten Kurse erfolgreich abgeschlossen haben, werden heute einschließlich mit dem Certificate of Qualification in Social Work (CQSW) durch das CCETSW ausgezeichnet.

Zum Erreichen des CQSW gibt es zwei Hauptwege: einen für graduierte und einen für noch nicht graduierte Bewerber. Die Ausbildung wird an Universitäten, neuerdings auch an Colleges bzw. Polytechnika durchgeführt. Für Bewerber, die schon einen akademischen Grad besitzen, dauert die Ausbildung zwei Jahre und führt automatisch nach erfolgreichem Universitätsabschluß zum CQSW. Studenten, die schon einen „relevant degree" besitzen (darunter wird mindestens Ausbildung in Sozialwissenschaft, Verwaltung oder Planung verbunden mit praktischer Erfahrung in Sozialarbeit verstanden), verkürzt sich die Zeit bis zum CQSW auf ein Jahr.

Für Bewerber ohne akademischen Grad im Alter von 20 bis 25 Jahren ist Universitätsreife Voraussetzung, wobei gute Noten gefordert werden. Nur wenige Schulen nehmen die Bewerber direkt nach Schulabschluß mit 18 Jahren auf, die meisten fordern praktische Kenntnisse in Sozialarbeit. Doch gibt es einige Schulen, die anstelle des zweijährigen Kurses für Nichtgraduierte drei bzw. vier Jahresausbildungen für direkte Schulabgänger anbieten.

Bewerber, die älter als 25 Jahre sind, brauchen keine formalen Ausbildungsvoraussetzungen zu erfüllen. Sie müssen entsprechende praktische Erfahrungen mitbringen und werden nach ihrer persönlichen Eignung ausgewählt. Die Ausbildung dauert zwei Jahre. Daneben gibt es noch die Möglichkeit für Berufstätige oder Mütter mit Kindern, im teilweisen Teilzeitstudium das CQSW zu erreichen.

Spezielle Anerkennung durch das CCETSW erhalten noch Kurse für Heimerziehung, für Arbeit mit Blinden und Tauben.

Bis Ende 1972 hatte das CCETSW 130 Kurse für Graduierte und Nichtgraduierte, die zum CQSW führen, sowie 42 andere Ausbildungskurse anerkannt (21/6).

Neben der Anerkennung durch das CCETSW erhält der Student nach erfolgreicher Beendigung der Ausbildung durch die Universität ein „Certificate" oder „Diploma in Applied Social Studies" bzw. ein „Diploma in Social Work". An zwei Universitäten (Leeds, Manchester), in denen die Ausbildung der Sozialarbeiter in der Zuständigkeit der Psychiatrie Departments der Medizinischen Fakultät liegt, beenden die Studenten ihr einjähriges Studium mit einem „Certificate in Psychiatric Social Work" (20). Der Studiengang der Universität von Leeds soll hier näher beschrieben werden.

2.2.2 Certificate in Psychiatric Social Work an der Universität Leeds

Die Ausbildung von psychiatrischen Sozialarbeitern wurde 1964 am Psychiatrie Department der Universität Leeds eingerichtet. Obwohl einer medizinischen Fakultät angeschlossen, handelt es sich um eine multidisziplinäre Ausbildungsstätte, an der neben den Sozialarbeitern auch Psychiater und klinische Psychologen ausgebildet werden. Zum Teil belegen sie die gleichen Vorlesungen. (66)

Bewerber müssen über 23 Jahre alt sein, über einen akademischen Grad oder Diplom in Sozialwissenschaften verfügen und mindestens ein Jahr praktische Erfahrung in Sozialarbeit vorweisen. Es werden aber auch in Ausnahmefällen Bewerber ohne entsprechende akademische Qualifikation aufgenommen, wenn sie ausreichende praktische Erfahrungen nachweisen können. Letztlich entscheidet eine Kommission über die Aufnahme.

Die Ausbildungsdauer beträgt ein Jahr. Während dieser Zeit werden die Studenten an zwei Tagen in der Woche theoretisch ausgebildet, die restlichen drei Tage arbeiten sie praktisch unter Aufsicht ausgebildeter Sozialarbeiter. Diese praktische Arbeit wird im Raum Leeds an psychiatrischen Anstalten, psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und child guidance clinics durchgeführt. Je vier Monate müssen auf einer Erwachsenen- und einer Kinderabteilung abgeleistet werden. In den zwei Monaten Sommerpause übernehmen die Studenten eine Vollzeitbeschäftigung an Einrichtungen nach freier Wahl ohne Aufsicht durch eine ausgebildete Lehrkraft.

Der theoretische Unterricht umfaßt Vorlesungen, Seminare und Tutorien über Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie (einschließlich klinischer Visiten), Formen des Schwachsinns, Psychologie, menschliche Entwicklung und Verhalten, Methoden der Sozialarbeit, Sozialverwaltung und -institutionen und die Behandlung von Straffälligen. Zusätzlich wird eine Einführung in Forschungsmethoden gegeben. Der Schwerpunkt in der Methodenlehre liegt eindeutig auf case work, doch wird auch

group work gelehrt und eine Einführung in Gemeinwesenarbeit vermittelt.

Der theoretische Ansatz in der Psychiatrie ist eklektisch: je nach Dozent wird die phänomenologische Schule von Schneider und Jaspers vermittelt, einige Dozenten sind ego-dynamisch orientiert, andere bevorzugen einen verhaltenstherapeutischen Ansatz. Auch organische und pharmakologische Auffassungen werden gelehrt. Neben klassischen Lehrbüchern werden Texte von Adler, Jung, Cooper, Laing und Piaget herangezogen.

Zu beachten ist, daß der Hauptschwerpunkt der Ausbildung auf die praktische Arbeit an ausgewählten Arbeitsplätzen unter qualifizierter Anleitung gelegt wird. Welchen Einfluß der theoretische Unterricht z. B. in Psychiatrie bei dieser Arbeit spielt, läßt sich nur schwer schätzen.

Die Ausbildung schließt mit einem mündlichen und schriftlichen Examen in Psychologie, Psychiatrie, Methoden der Sozialarbeit und Sozialverwaltung ab. Der Kandidat erhält den Grad eines Master of Science (MSc) und das CQSW vom CCETSW.

Ziel dieser Kurse ist es, Sozialarbeiter für Posten von Mental Health Consultants zu befähigen, spezielle Fähigkeiten für die Arbeit mit psychisch Kranken herauszubilden, einen praktischen Beitrag zur Forschung auf dem Gebiet der geistigen Gesundheit zu leisten und die psychiatrischen Aspekte der Sozialarbeit in Lehre und Supervision weiterzuentwickeln.

Ähnliche Ausbildung bestehen in Großbritannien noch in Manchester und London.

2.3 Ausbildung in Schweden

Wie schon beschrieben, nahm die Sozialarbeiterausbildung in Schweden einen anderen Verlauf als in den angelsächsischen Ländern. Sie war in ihrer Entwicklung weniger auf die Klinik als auf die Tätigkeit der Verwaltung und Sozialeinrichtungen orientiert. Durchgeführt wird sie an eigenen Sozialhochschulen, von denen es bisher sechs in Schweden gibt.

Mit Übernahme dieser Schulen durch den Staat 1963 wurde eine zentrale Stelle eingerichtet, welche für die Ausbildung der Sozialarbeiter zuständig ist (s. S. 38). Diese legt im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Beispielen in den USA und Großbritannien die Curricula für die einzelnen Studiengänge genau fest und hat bindende Richtlinien für die Prüfungen ausgearbeitet.

Es handelt sich um eine Graduierten-Ausbildung, die je nach praktischer Vorerfahrung der Studenten 3 bis $3^1/_2$ Jahre dauert. Es werden drei Studienrichtungen unterschieden: Sozialarbeit, öffentliche Verwaltung und theoretische Studien. Allen drei Richtungen gemeinsam ist ein einjähriges Grundstudium in Sozialwissenschaften. Während dieser Zeit werden Kenntnisse in Recht, politischen Wissenschaften, Ökonomie, Statistik, Soziologie, Psychologie und Methoden der Sozialarbeit vermittelt. In diesen Fächern werden Zwischenprüfungen abgelegt, welche nur mit „bestanden" oder „nichtbestanden" bewertet werden.

Im Anschluß daran folgt die erste fünfmonatige Periode praktischer Arbeit (entfällt bei Studenten, die länger als zehn Monate vor Aufnahme des Studiums gearbeitet haben). In dieser Zeit soll die Integration von theoretischem Wissen und praktischen Fähigkeiten erfolgen sowie eine Einführung in die Anwendung der Methoden der Sozialarbeit gegeben werden. Dieser erste praktische Einsatz soll möglichst breite Erfahrungen aus dem Gebiet der Sozialarbeit vermitteln. Er wird meist in öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen bzw. Verwaltungsstellen abgeleistet. Jeder Student soll — besonders während des ersten praktischen Einsatzes — an mehreren Einrichtungen beschäftigt werden. Es soll ein Einblick in die Probleme des Sozialwesens, der Kinder- und Jugendfürsorge, des Alkoholismus und der Drogensucht vermittelt werden. Die Supervisor gehören nicht der Schule, sondern dem entsprechenden Arbeitsplatz an. Normalerweise werden nur ein bis zwei Studenten an einer Stelle beschäftigt, doch gibt es neuerdings Versuche mit sogenannten „field work centers", an denen sechs bis zehn Studenten gleichzeitig beschäftigt sind. Über den Wert dieser Einrichtung liegen noch keine Ergebnisse vor (54).

An diese Zeit schließen sich zwei Semester spezialisierte Ausbildung an. Diese umfaßt für die Ausbildung in Sozialarbeit die Hauptfächer Recht, Psychologie und Methoden der Sozialarbeit. Vor dem letzten Studiensemester legt der Student ein weiteres Semester (fünf Monate) praktische Arbeit ab, in welchem Erfahrungen auf spezialisierterem Gebiet als während des ersten Einsatzes gesammelt werden sollen. Inwieweit psychiatrische Krankenhäuser zu dieser Aufgabe herangezogen werden, wird aus vorliegenden Unterlagen nicht klar. Auf jeden Fall spielen sie keine wichtige Rolle hierbei. — Eine schematische Wiedergabe des Studienablaufs ist in Abbildung zwei dargestellt.

Für den erfolgreichen Abschluß des Studiums benötigt der Student eine bestimmte Anzahl von Punkten, welche sich nach einem komplizierten System aus seinen Leistungen während der Studienzeit in den einzelnen Fächern errechnet. Dieses „Socionomexamen" entspricht grob dem MSW-Abschluß in den USA. Das Bestehen berechtigt zur Führung des Titels „Socionom". Wegen der Spezifität der Ausbildung, welche ganz auf schwedische Verhältnisse zugeschnitten ist, ist dieser Abschluß im Ausland kaum verwertbar (54).

Diese Ausbildung wurde Ende 1973 gründlich umorganisiert, doch liegen die neuen Organisationspläne leider noch nicht vor.

Abbildung 2

Studiengang für Sozialarbeiter in Schweden

1. Möglichkeit

Grundstudium	prakt. Einsatz	spez. theor. Ausbildung	prakt. Einsatz	spez. theor. Ausbildung
1. + 2. Sem.	3. Sem.	4. + 5. Sem.	6. Sem.	7. Sem.

2. Möglichkeit (für Studenten mit praktischer Vorerfahrung)

Grundstudium	spezial. theor. Ausbildung	prakt. Einsatz	spez. theor. Ausbildung
1. + 2. Sem.	3. + 4. Sem.	5. Sem.	6. Sem.

Postgraduierte Ausbildung

Nach Abschluß des Studiums im Bereich Sozialarbeit besteht in Stockholm und Lund die Möglichkeit zur Teilnahme an Kursen in klinischer Sozialarbeit. Diese dauern fünf Monate. Sie zielen darauf ab, in Kombination von theoretischer und praktischer Arbeit die Kenntnisse der Studenten in case work, group work, Psychologie, Psychiatrie und Soziologie zu vertiefen. Die Absolventen dieser Kurse sollen später an Kliniken tätig werden. Für weitergehende Studien sind die Sozialhochschulen (noch) nicht eingerichtet. Es besteht aber die Möglichkeit, mit dem „Socionomexamen" als Voraussetzung an einer schwedischen Universität zu promovieren.

2.4 Niederlande

In den Niederlanden existiert eine spezielle Ausbildung für psychiatrische Sozialarbeiter seit Beginn der 60er Jahre nicht mehr. Seither besteht eine allgemeine vierjährige Grundausbildung. In dieser wird großer Wert auf „medizinische Information" (worunter auch Grundkenntnisse der Psychiatrie fallen) gelegt, doch scheitert hier — wie auch in anderen europäischen Ländern (15) — eine gründliche Ausbildung oft an der Schwierigkeit, für diese Aufgaben geeignete Dozenten zu finden (40). Die Praxisausbildung wird hauptsächlich an den öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen, z. T. aber auch an den in den Niederlanden bestehenden Sozialabteilungen von psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführt.

Für die Sozialarbeiter, die im medizinischen und speziell im psychiatrischen Bereich tätig sind, besteht nach der Grundausbildung und einer mindestens zweijährigen Praxiserfahrung die Möglichkeit, an psychiatrischen Fortbildungskursen teilzunehmen. Diese Kurse dauern zwei Jahre. Psychiatrie bzw. Psychopathologie stellen eines der Hauptfächer dar. Die theoretische Richtung in diesen Fächern läßt sich nicht ausmachen; auch in den Niederlanden ist der Ansatz weitgehend eklektisch (40). Diese Fortbildungskurse werden z. Z. an vier Schulen durchgeführt.

2.5 Europäische Länder

Auch in den übrigen europäischen Ländern gibt es keine spezielle Ausbildung für psychiatrische Sozialarbeiter. Diese Länder bieten meist einheitliche Studiengänge an, wobei oft eine gewisse Spezialisierung nach einem Grundstudium möglich ist, welche aber nicht zu einem gesonderten Abschluß führt.

Die Ausbildung dauert zwischen drei und vier Jahren und besteht immer aus Kombination von theoretischer und praktischer Arbeit. Durchgeführt wird sie an sogenannten Fachhochschulen oder Polytechnika, die speziell zur Ausbildung von Sozialarbeitern eingerichtet sind. Diese Schulen sind auf dem europäischen Festland weitgehend getrennt von den Universitäten und deren Ausbildungsstätten. Es gibt aber Tendenzen, diese Trennung aufzuheben.

Von besonderem Interesse ist die Ausbildung von Sozialarbeitern (Assistant de Service Social) in Frankreich. Traditionell haben die medizinischen Fächer einen Schwerpunkt in der Ausbildung (15). Die Regierung hat durch Rechtsverordnung 1968 die Ausbildung von Sozialarbeitern den Schulen genauestens vorgeschrieben. Vom Staat wurde hier festgelegt, wieviel Stunden in welchem Fach in welchem Jahr der dreijährigen Ausbildung die Studenten abzulegen haben (89). Auffallend ist die Betonung der Medizin und verwandter Fächer im Curriculum: im ersten Jahr nimmt sie ca. 25 % aller Stunden, einschließlich der Fächer der menschlichen Entwicklung und kindlichen Reifung sogar $^2/_3$ der Stunden ein; im zweiten und dritten Jahr sind es 30 %, mit Einschluß der Fächer Hygiene und menschliche Entwicklung etwas über 50 %. Dagegen nimmt die Methodenlehre nur 21 % der Unter-

richtsstunden in Anspruch. Hierbei wird durch die letzte Rechtsverordnung der Gemeinwesenarbeit eine besondere Bedeutung beigemessen. Praktische Arbeit wird an zwei Tagen der Woche während der dreijährigen Ausbildung abgeleistet. Die Ausbildung schließt mit einem Diplom ab.

2.6 Außereuropäische Länder

Entwickelte Ausbildungsprogramme für Sozialarbeiter gibt es außerhalb Europas und der USA, abgesehen von den hier ausgeklammerten Staaten Osteuropas, noch einige in Lateinamerika und Asien. Die renommierte Paul Baerwald Schule in Israel bietet eine dreijährige Ausbildung an, welche sich aber nicht wesentlich von amerikanischen Vorbildern unterscheidet. Besondere Ausbildungen für psychiatrische Sozialarbeit existieren auch hier nicht. 1973 waren in Israel insgesamt ca. 800 Studenten an den Schulen für Sozialarbeit eingeschrieben, die Kurse für Untergraduierte, Graduierte (BA) und Postgraduierte anbieten (55).

3 Schwerpunkt der Psychiatrie in der Ausbildung

Der Überblick der UNO über die Arbeit in Sozialdiensten (85) (84) beschreibt drei Hauptschwerpunkte in der Ausbildung: 1. Studium des Menschen, 2. Studium der Gesellschaft, 3. Methoden der Sozialarbeit. Mit unterschiedlicher Gewichtung halten sich alle uns bekannten Curricula an diese Einteilung. Auf jeden dieser drei Punkt nimmt die Psychiatrie Einfluß: Unter Punkt 1. wird sie direkt bei der intellektuellen und affektiven Entwicklung des Menschen gelehrt, bei Punkt 2. taucht sie bei den Fächern Sozialpsychologie und Sozialanthropologie auf. Über den Einfluß der Psychiatrie bzw. der Psychoanalyse auf die Entwicklung des case work wurde schon berichtet (S. 16 f.). Es waren besonders die psychiatrischen Sozialarbeiter, die die Theorien der Psychoanalyse in alle Bereiche der Sozialarbeit einführten (81/252).

In der Methodenlehre hat in den letzten zehn Jahren eine eindeutige Entwicklung hin zu Gruppen- und Gemeinwesenarbeit (community organisation) oder zu alle Methoden umfassenden „zielorientierten" Ausbildungsgängen stattgefunden. Dies gilt mit Einschränkungen auch für die Ausbildung von Sozialarbeitern für die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen. Das case work erhielt aber in den letzten Jahren wieder verstärkte Impulse durch Einführung verhaltenstherapeutischer und lerntheoretischer Ansätze. Es wird argumentiert, daß der psychodynamische Ansatz, welcher Verständnis des Mystischen, also des durch heute erreichbare objektive Daten nicht Erfaßbaren, im Patienten zu erreichen suche, mit dem Ziel des Praktikers häufig kollidiere, nämlich dem Patienten eine effektive, d. h. wirklich verändernde Behandlung zukommen zu lassen (11/50). Hingegen biete die Verhaltenspsychologie den Vorteil, auf wirklich alle wichtigen Gesichtspunkte komplexen menschlichen Verhaltens angemessen eingehen zu können. — Diese Kontroverse ist noch lange nicht ausgestanden. Doch steigt das Interesse der Sozialarbeiter ständig, verhaltenstherapeutische Methoden anzuwenden (32/51). Auch in Großbritannien bedient man sich dieser Theorien zunehmend. So widmete die APSW 1969 eine ganze Ausgabe ihrer Zeitschrift — was durchaus ungewöhnlich für diese ist — dem Für und Wider dieser Theorie (48) (76) (84).

Eine allgemeine theoretische Richtung in der Lehre der Psychiatrie läßt sich in keinem Land ausmachen. Die Schwerpunkte im Unterricht sind weitgehend vom jeweiligen Dozenten abhängig. Doch wird immer versucht, den Studenten einen Gesamtüberblick über die Psychiatrie zu vermitteln. Die Qualität dieser Ausbildung ist entscheidend abhängig vom Grad der Zusammenarbeit der Schule mit einer Universität bzw. deren medizinischen Fakultät. Werden die Sozialarbeiter an Universitäten ausgebildet, so ist das Unterrichtsangebot im Fach Psychiatrie meist sehr reichhaltig. Fehlt diese Verbindung, so findet man oft nur ein spärliches Angebot vor.

Um weitere Informationen über das Gewicht der Psychiatrie in amerikanischen Lehrplänen zu erhalten, schrieben wir 48 Sozialarbeiterschulen in den USA an. Wir baten um Informationen über den Unterricht in Psychiatrie (Dauer, gelehrter Stoff), über eventuelle Schwerpunktbildungen in mental health u. ä. Bereichen sowie den praktischen Einsatz von Studenten in psychiatrischen Einrichtungen (s. S. 6). Ca. die Hälfte der angeschriebenen Schulen beantwortete diese Anfrage.

Die Auswertung dieser Antworten zeigte, daß auch in den USA keine bestimmte psychiatrische Richtung im Unterricht dominiert. Doch läßt sich eine Betonung psychodynamischer Theorien festmachen. Diese sind in allen Lehrplänen zu finden.

Die Schwerpunktbildung für bestimmte Richtungen der Sozialarbeit ist im Abnehmen: einige der Schulen, die nach Angaben des CSWE Schwerpunkte auf mental health und ähnlichen Gebieten eingerichtet hatten, bieten diese heute nicht mehr an. Dafür werden allgemeine Kurse abgehalten, welche unter dem Punkt „menschliches Verhalten" und „soziale Umwelt" unterschiedlich viele psychiatrische Kurse anbieten.

Als Beispiel für den Unterricht in Psychiatrie seien hier zwei Vorlesungen der Columbia University New York beschrieben. Unter dem Titel „Wachstum der menschlichen Persönlichkeit, Entwicklung und Abweichung" werden in der Vorlesung das Spektrum der psychologischen Aspekte menschlichen Wachstums und Entwicklung vom Normalen zum Pathologischen beschrieben. Es werden moderne dynamische (psychoanalytische) Konzepte von Persönlichkeit und Psychopathologie, mit besonderem Schwerpunkt auf Ich-Psychologie behandelt und die Beziehung von somatischen, psychologischen und sozialkulturellen Faktoren in der Persönlichkeitsentwicklung besprochen. Nach der Entwicklungsphase des Jugendlichen folgt ein Überblick über die Psychodynamik von Gruppenformationen. Im folgenden Semester wird diese Vorlesung fortgesetzt mit der Behandlung des Problems von Gesundheit und Krankheit im Alter, den diagnostischen Klassifikationen und Beschreibungen

von Neurosen, Psychosen und Charakterstörungen sowie psychodynamischen Aspekten der Geisteskrankheiten. Während dieser Vorlesung werden Besuche bei einer Reihe von psychiatrischen Einrichtungen durchgeführt.

Neben diesen Vorlesungen werden noch sechs weitere angeboten, in denen auch andere theoretische Konzepte (z. B. Verhaltenstherapie) zur Diskussion gestellt werden (14). — Obwohl wir es hier mit der ältesten und noch heute einer der führendsten Sozialarbeiterschulen der USA zu tun haben, ihr Curriculum also nicht repräsentativ für die Durchschnittsausbildung ist, so finden wir doch in den Curricula aller anderen Schulen ähnliche Vorlesungen angeboten. Über deren Qualität lassen sich hier keine Aussagen machen.

Auffallend ist die große Anzahl von Psychiatern in einigen Lehrstäben: so sind am Simmons College/Boston von 61 Fakultätsmitgliedern neun Dozenten für Psychiatrie, Kinderpsychiatrie bzw. Psychoanalyse. An der Columbia University/New York sind von 20 Teilzeitdozenten 12 Psychiater, die an Krankenhäusern oder als niedergelassene Psychiater arbeiten.

In den Studienführern finden sich Studiengänge für Untergraduierte (BA) und Postgraduierte, welche erst in den letzten Semestern eingerichtet wurden. Die Postgraduierten-Ausbildung umfaßt entweder Studien während eines dritten Jahres („Third Year Program") oder ein Promotionsstudium. Oft werden diese auf dem mental health Sektor durchgeführt. Bei dieser rapiden Zunahme gewinnt die Prognose an Gewicht, daß die Untergraduierten-Ausbildung in der Zukunft noch weiter ausgedehnt werden wird und die Promotion zum allgemeinen höheren akademischen Abschluß werden könnte (65/15).

Für die Ausbildung der in psychiatrischen Einrichtungen tätigen Sozialarbeiter aber ist weniger theoretischer Unterricht als die zur Verfügung stehenden praktischen Ausbildungsstätten maßgeblich von Bedeutung. (Eine besondere Stellung nimmt das Smith College/Massachussetts ein, welches als erste Schule für psychiatrische Sozialarbeiter auch heute noch als führende theoretische und praktische Ausbildungsstätte für psychiatrisch orientierte Sozialarbeiter allgemein anerkannt ist). In den erreichbaren Studienführern der USA ist für diesen praktischen Einsatz eine große Anzahl von psychiatrischen Krankenhäusern, Ambulanzen, child guidance clinics, mental health centers und ähnliche Einrichtungen verzeichnet, welche den Studenten Möglichkeit zur Arbeit in der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung eröffnen. Für jede dieser Einrichtung ist eine ausgebildete Lehrkraft zuständig. Das Problem aller anderen Länder, nämlich ausreichend und genügend qualifizierte Lehrkräfte zur Anleitung der praktischen Arbeit der Studenten zu finden, scheint in den USA nicht in dem Maße zu bestehen (86/77).

4 Einsatz von Sozialarbeitern in psychiatrischen Einrichtungen

Der praktische Einsatz von Sozialarbeitern in psychiatrischen Einrichtungen umfaßt ein sehr breites Gebiet. Selbstverständlich ist dieser Einsatz nicht nur durch die Qualität der Ausbildung der Sozialarbeiter begrenzt, sondern hauptsächlich durch die organisatorische Struktur der psychiatrischen Versorgung des Landes. Erst bei gemeindenaher psychiatrischer Versorgung — also in einem entwickelten Sozialpsychiatrischen Dienst kann der ausgebildete Sozialarbeiter seine Fähigkeiten voll anwenden. Je weiter entfernt vom allgemeinen gesellschaftlichen Leben sich die Behandlung psychisch kranker Patienten vollzieht, desto weniger Funktionen bleiben dem Sozialarbeiter.

Auch die innerorganisatorische Struktur ist für seine Arbeit von großer Wichtigkeit: Voraussetzung für möglichst effektive Arbeit ist die volle Integration in ein Team, innerhalb dessen er selbständig und selbstverantwortlich Aufgaben übernimmt. Es ist bezeichnend, daß die psychiatrische Sozialarbeit sich in den USA gerade aus den child guidance clinics heraus entwickelte, welche eine sehr gesellschaftsnahe psychiatrische Versorgungsform darstellen, in denen Teamarbeit weit entwickelt ist.

Ein psychiatrisch ausgebildeter Sozialarbeiter findet seinen Arbeitsplatz in psychiatrischen Anstalten, Polikliniken, psychiatrischen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser, in Heimen, Behandlungszentren und Schulen für geistig Behinderte, Kinder- und Jugendfürsorge, aber auch in zunehmendem Maße in der allgemeinen Sozialverwaltung und -planung.

Die Hauptmethode der Sozialarbeit in psychiatrischen Einrichtungen ist heute immer noch das case work (1) (3) (51). Das Ziel einer case work Behandlung ist die Einhaltung und Verbesserung der sozialen Anpassungsfähigkeit des Patienten. Hauptaufgabe soll die emotionale Unterstützung und Stärkung des Ichs des Patienten sein. Hierin hat sie sehr viel gemeinsam mit einer supportiven Psychotherapie, von der sie sich aber dadurch unterscheidet, daß sie weniger mit dem Unterbewußten als mit dem Bewußten des Patienten handelt, also nicht so „tief" geht wie diese (31). Der „case worker" — übrigens ein schlechter Begriff, der glücklicherweise heute immer weniger verwendet wird — aber ist in der Regel dem Psychotherapeuten aufgrund seiner Ausbildung in der Behandlung der Umweltfaktoren des Patienten, im Gebrauch öffentlicher Unterstützung und in der ganz konkreten Hilfe für den Patienten überlegen. Er ist — kurz gesagt — praktischer orientiert. Auf die von B. Wootton an case work vorgetragene Kritik (91), die sich hauptsächlich auf dessen soziale Anpassungsfunktion bezieht, kann in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen werden.

In psychiatrischen Kliniken liefert der Sozialarbeiter einen entscheidenden Beitrag zur Diagnose. Er ist verantwortlich für die Erhebung von Fremdanamnesen des Patienten bei Familie, Bekannten und am Arbeitsplatz. So liefert er den psychosozialen Hintergrund, vor welchem die Diagnose des auffälligen Verhaltens des Patienten gestellt werden und ein Behandlungsplan ausgearbeitet werden kann. In der Behandlung spielt der Sozialarbeiter eine wichtige Rolle sowohl in der persönlichen Beziehung zum Patienten, als auch in der Verbindung zur Fa-

milie und anderen Bezugspersonen wie Lehrer, Hausarzt, Arbeitgeber oder Pfarrer. Er versucht Belastungsfaktoren in der sozialen Umwelt des Patienten, die mitverantwortlich für dessen Krankheit sind und deren Weiterbestehen eine Besserung des Zustandes behindern, aufzuspüren und, soweit es ihm möglich ist, zu beseitigen oder zu verringern. Leider sind seine Möglichkeiten auf diesem Gebiet sehr beschränkt.

Beim Patienten und der Familie arbeitet er auf ein Verständnis für die Behandlung und deren Akzeptierung hin. Eine besonders wichtige Rolle spielen die Sozialarbeiter in den child guidance clinics, in welchen sie für die Behandlung der Eltern der gestörten Kinder zuständig sind, während die Ärzte und Psychologen mit den Kindern arbeiten. Neben case work wird in diesen Fällen zunehmend group work angewendet.

Der Anteil, den der Sozialarbeiter an der Behandlung hat, ist je nach psychiatrischer Einrichtung unterschiedlich: in großen psychiatrischen Anstalten — wenn an diesen überhaupt Sozialarbeiter tätig sind — hat er oft nur reine Hilfs- und Unterstützungsfunktionen (Fremdanamnese, Arbeitsplatzbeschaffung etc.) für den ärztlichen Stab, in dessen alleiniger Verantwortung und Planung die Behandlung verbleibt. Doch erlangt seine Arbeit hier mit der langsamen Verbesserung des früheren „antitherapeutischen" Klimas (33 a) der großen Anstalten zunehmend Bedeutung. In Kliniken, die über psychiatrische Ambulanzen verfügen oder sogar Teil eines sozialpsychiatrischen Systems darstellen (z. B. in den Niederlanden), haben die Sozialarbeiter ein weitaus größeres Gewicht in der Behandlung der Patienten. Hier sind sie oft gleichberechtigte Partner von Ärzten, Psychologen und psychiatrisch weitergebildetem Pflegepersonal, mit denen sie ein Behandlungsteam bilden. Der Mangel an ausgebildeten Psychiatern brachte auch eine zunehmende Beteiligung der psychiatrischen Sozialarbeiter an psychotherapeutischen Behandlungen (51/826).

Seit die Einführung und Verbesserung der Psychopharmaka eine schnellere Entlassung der Patienten aus stationärer Behandlung ermöglichte und Chancen für eine gemeindenahe Therapie schuf, wurde die wichtigste Arbeit der Sozialarbeiter die Nachsorge und Rehabilitation. In Rehabilitationsprogrammen stellen sie oft die „Schlüsselpersonen" (44/501) dar. Ihre Aufgabe ist die berufliche, soziale und familiäre Wiedereingliederung des Patienten. Sie stützen ihn bei beruflichen und sozialen Aktivitäten, stärken ihn in der Übernahme von Verantwortung, unterstützen ihn bei familiären Auseinandersetzungen. Ihr Ziel ist die Stärkung und Verbesserung der Realitätseinschätzung und sozialen Handlungsfähigkeit des Patienten.

Zunehmende Bedeutung erlangt das Auffangen der Patienten noch vor deren stationärer Aufnahme. Krisenintervention ist ein neuer Schwerpunkt der Arbeit von Sozialarbeitern, der verbunden ist mit einer Abkehr von bislang praktizierten analytischen Behandlungsmodellen (51/827).

Neben dieser direkten Arbeit mit den Patienten sind Sozialarbeiter mit psychiatrischer Ausbildung sehr häufig beteiligt an der Ausarbeitung und Durchführung von mental health Programmen. Die für deren Durchsetzung notwendigen Voraussetzungen werden von ihnen geplant und den zuständigen Behörden unterbreitet. In den USA findet der Aufbau von community health centers unter starker und verantwortlicher Beteiligung von Sozialarbeitern statt. Zunehmend finden sie auch Anstellung in Behörden. Die Verlagerung in der Ausbildung von case work hin zu Methoden von „community organisation and administration" soll den Sozialarbeitern das für diese Arbeit notwendige Rüstzeug vermitteln. Spätestens bei diesen Aufgaben überschneidet sich die Arbeit von psychiatrisch ausgebildeten mit der von auf anderen Gebieten ausgebildeten Sozialarbeitern. So ist es verständlich, daß die spezielle Psychiatrische Ausbildung zunehmend mehr einer allgemeinen Grundausbildung weicht.

Eine (bisher noch) auf die USA beschränkte Besonderheit stellt das rasche Wachstum der privaten Tätigkeit von Sozialarbeitern dar (29 a) (51).

Es wurde ausführlich dargestellt, daß die Ausbildung zum PSW in Großbritannien eine hochspezialisierte Postgraduierten-Ausbildung darstellte (s. S. 336 f.). Sicherlich nirgendwo auf der Welt wird eine Gruppe von „Arbeitern" eine so qualifizierte Ausbildung erhalten. Ein PSW war nicht definiert nach seiner Berufstätigkeit, sondern nach seiner Ausbildung. Deshalb waren und sind PSW in Großbritannien z. T. in Positionen zu finden, in denen sie gänzlich andere Aufgaben als die geschilderten wahrnehmen. Oft haben sie Führungspositionen in Universitäten, Sozialeinrichtungen oder Verwaltungen inne, einige ließen sich auch als Psychotherapeuten nieder (28/184).

Die Aufgaben der eigentlich psychiatrisch tätigen Sozialarbeiter formulierte kurz vor der Überführung in die BASW die Berufsorganisation der PSW (APSW). Kurz und bündig wurden sie als „Sozialarbeit mit psychiatrisch kranken Kindern und Erwachsenen" formuliert (35/178). Eine solche Aufgabenstellung schränkt die oben beschriebenen Tätigkeiten stark ein: jegliche Versuche von Prävention oder sozialer Aktion fallen hierbei heraus. Was bleibt, ist die reine Beschränkung auf die Klinik.

Die Arbeit eines PSW sollte „Brückenfunktion" zwischen Medizin und Sozialarbeit haben. Hierfür sei aber nicht nur Interesse an psychischen Erkrankungen vonnöten — dieses habe jeder Sozialarbeiter — sondern genaue Kenntnisse darüber, „was auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten bekannt ist, was unbekannt ist und was halb bekannt ist" (35/178). Es fragt sich, wo bei dieser Art der Spezialisierung noch Platz für den Psychiater bleibt. Auch wenn die PSW für sich in Anspruch nahmen, die eigentliche „generic" Ausbildung in Sozialarbeit absolviert zu haben (28/184) (43/88), so treten in der Beschränkung der Aufgaben und des Arbeitsgebietes doch die nachteiligen Folgen einer übertriebenen Spezialisierung und daraus resultierenden Elitebildung klar zu Tage. Offensichtlich wurden aber diese Folgen in den letzten Jahren in Großbritannien überwunden.

5 Bedarf und Angebot an Sozialarbeitern

In den letzten zehn Jahren stieg die Ausbildung von Sozialarbeitern sprunghaft an. In allen Ländern wurden neue Schulen bzw. neue Ausbildungskurse eingerichtet. Trotzdem konnte dieses gestiegene Angebot die Nachfrage bei weitem nicht decken. Praktisch in jedem Land wird über einen großen Mangel an Sozialarbeitern geklagt. Gerade die Länder zeigen den größten Fehlbestand, welche über ein gut entwickeltes Sozialleistungssystem und eine lange Tradition der Sozialarbeit verfügen. In allen Ländern liegt der Engpaß in der Ausbildung: zwar melden sich sehr viele Studienbewerber — wobei die letzten Jahre eine rasch zunehmende Tendenz zeigen —, doch können die Schulen längst nicht alle Bewerber aufnehmen. Dieser Zustand führt in vielen Ländern (USA, Großbritannien, Schweden) zu individuellen Aufnahmetests, Eignungsprüfungen und starken Leistungskontrollen während des Studiums. Doch steigt gleichzeitig mit dieser Nachfrage nach qualifizierten Sozialarbeitern auch die Nachfrage nach weiteren Wohlfahrtseinrichtungen. Dies ist ein Indiz dafür, daß in den westlichen Industrienationen die Nachfrage nach Sozialleistungen keineswegs durch ein erhöhtes Angebot befriedigt wird, sondern im Gegenteil mit verbessertem Angebot sogar noch zunimmt. Eine endgültige oder absolute Befriedigung sozialer Bedürfnisse ist hier nicht möglich.

In den USA wurde schon 1966 in einer Botschaft des Präsidenten auf den beängstigenden Mangel an Sozialarbeitern hingewiesen. Für 1973 wurde ein Bedarf von 600 000 geschätzt, 100 000 von diesen mit MSW-Ausbildung, 300 000 Untergraduierte sowie 200 000 mit weniger als einer College-Ausbildung (84/14). Der Bedarf an in psychiatrischen Einrichtungen tätigen Sozialarbeitern wurde fünfmal höher als das vorhandene Angebot veranschlagt (3/1875). Obwohl sich die Anzahl der MSW-Studienanfänger von 1966 bis 1971 von 3 600 auf ca. 6 000 (davon etwa 65 % weiblich und 35 % männlich) fast verdoppelt hat, steigt die Nachfrage weiter (65) (51). 1970 studierten ca. 13 000 Studenten an den 74 anerkannten Sozialarbeiterschulen, 1973 waren es bereits 86 Schulen (plus fünf weitere in Kanada). 15 000 Sozialarbeiter hatten sich in einer der 500 angebotenen Veranstaltungen fortgebildet. Über die Zunahme der Schulen und eingeschriebenen Studenten informiert die Tabelle zwei.

Tabelle 2

Anzahl der Schulen und eingeschriebenen Studenten in den USA (nach 51, 65, 19)

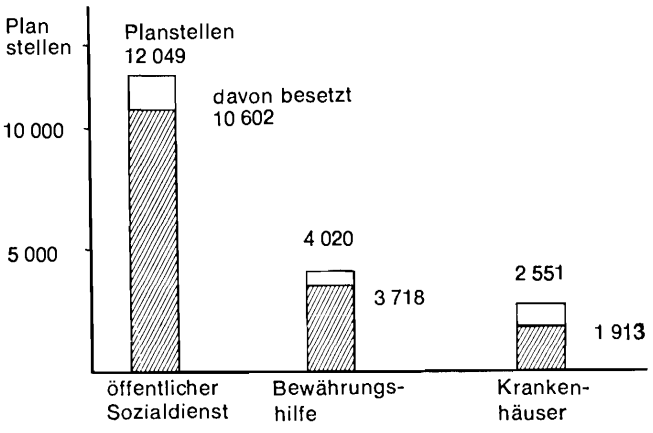
Jahr	Anzahl der Schulen	eingeschriebene Studenten
1959	56	4 900
1962	56	6 000
1965	67	9 000
1966	70	10 100
1968	72	11 700
1969	75	12 600
1970	74	13 300
1972	81	—
1973	86	15 000

Hatte die NASW 1964 32 500 Mitglieder, so waren es 1970 schon 51 500. In psychiatrischen Einrichtungen waren 1972 insgesamt 23 000 Sozialarbeiter beschäftigt (1968: 14 000), von denen 16 000 einen MSW-Grad aufwiesen (1968: 11 000). Ca. 30 % aller ausgebildeten Sozialarbeiter (MSW) arbeiten also in der psychiatrischen Versorgung. In diesen Einrichtungen stellen sie ca. 18 % aller Beschäftigten (65 a).

In Großbritannien finden wir eine ähnliche Situation: auch hier ein harter Kampf um die Studienplätze und dennoch steigende Nachfrage nach ausgebildeten Sozialarbeitern. Über die 1973 vorhandenen Stellen für ausgebildete Sozialarbeiter und deren wirkliche Besetzung durch qualifizierte Kräfte gibt Abbildung drei Auskunft.

Abbildung 3

Vorhandene und besetzte Planstellen für Sozialarbeiter in Großbritannien 1973



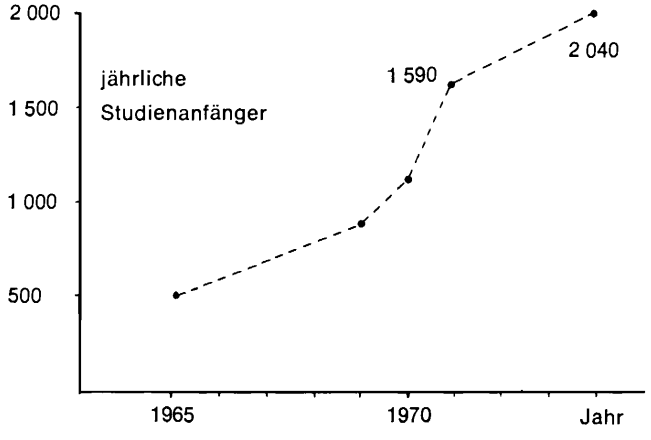
Zu diesen schon vorhandenen und nicht voll besetzten Stellen wurde bei den Bewährungshelfern ein zusätzlicher Bedarf von 1 000 Stellen geschätzt, im öffentlichen Sozialdienst wird mit einer notwendigen Verdoppelung der Stellen bis 1985 gerechnet (23). Besonders hart betroffen von diesem Mangel ist der klinische Bereich, da nach dem Mental Health Act 1959 die Sozialarbeiter und besonders die hochqualifizierten PSW zunehmend in den öffentlichen Sozialdienst überwechselten (s. S. 30). Neben der reizvolleren und verantwortungsvolleren Tätigkeit in diesem Bereich sind auch die schlechtere Bezahlung und die mangelnden Aufstiegschancen im Klinikbereich eine Ursache für diese Tendenz.

In Schweden wurde in den letzten 12 Jahren die Anzahl der Schulen von drei auf sechs verdoppelt.

Die Zahl der Studienanfänger stieg von 400 auf ca. 2 000 (54). Trotzdem reicht das Angebot bei weitem nicht aus. Abbildung vier zeigt die Zunahme der Studienanfänger pro Jahr.

Abbildung 4

Studienanfänger pro Jahr in Schweden



Die gleiche Situation in den Niederlanden, für die der Bedarf an Sozialarbeitern für 1975 um ca. 80 % über dem Angebot von 1968 geschätzt wird (84/13).

Diese Zahlen können nur einen kleinen Einblick vermitteln in das Problem des trotz steigender Studentenzahlen weiter wachsenden Mangels an qualifizierten Sozialarbeitern. Eine tiefere Untersuchung des vorhandenen Zahlenmaterials würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, deshalb sei nur auf entsprechende Quellen hingewiesen (20) (54 a).

IV. Diskussion der Ergebnisse

Nach der historischen Entwicklung der Ausbildung von Sozialarbeitern lassen sich vier Gruppen von Ländern unterscheiden: 1. College-Ausbildung in Sozialarbeit in engster Zusammenarbeit mit Universitäten, diesen zum Großteil direkt angeschlossen bei langer Tradition meist karitativer Sozialarbeit: USA und Kanada. Die 2. Gruppe umfaßt die Länder, in denen die ersten Schulen um oder kurz nach der Jahrhundertwende auf Grund privater Initiative entstanden. Die Ausbildung erfolgt in besonderen Schulen (technical schools), welche von den Universitäten völlig unabhängig arbeiten, teilweise werden diese Schulen von religiösen Trägern unterhalten. In den letzten Jahren ist eine verstärkte Tendenz zur Zusammenarbeit mit Universitäten feststellbar. In einigen Ländern hängen diese Schulen eng mit Verwaltungsschulen zusammen (Skandinavien). In diese Gruppe gehört die Mehrzahl der europäischen Länder: Niederlande, Schweden, Norwegen, Dänemark, Frankreich, Belgien, Österreich, Schweiz und auch die Bundesrepublik Deutschland. Kennzeichnend ist, daß sich hier jeder Zweig der Sozialarbeit eigene Ausbildungsgänge entsprechend seinen Berufsnotwendigkeiten schuf. Erst in den letzten 25 Jahren besann man sich auf die gemeinsame Grundlage aller Richtungen der Sozialarbeit und begann, die Curricula einander anzupassen und Grundstudiengänge einzurichten. Großbritannien und Irland bilden die 3. Gruppe. Hier finden wir ein gänzlich anderes Ausbildungssystem. Die Ausbildung der Sozialarbeiter erfolgt hier an Universitäten (in Großbritannien seit 1962 auch an Colleges of Further Education) im Studienfach Sozialwissenschaften, an einigen Universitäten auch an der medizinischen Fakultät. In diesen Ländern gab es bis vor wenigen Jahren unterschiedliche Studienrichtungen — z. B. Bewährungshilfe, Jugendfürsorge oder psychiatrische Sozialarbeit. In die 4. Gruppe schließlich fallen Länder, in denen die systematische, auf wissenschaftlicher Grundlage stehende Ausbildung von Sozialarbeitern erst nach dem 2. Weltkrieg begann: Italien, Griechenland, Türkei. Der Anstoß zur Ausbildung erfolgte von außen: mit UN-Hilfe und Unterstützung der US-Besatzungstruppen wurden die ersten Kräfte im englischsprechenden Ausland ausgebildet (15).

Den psychiatrischen Sozialarbeiter mit eigener Ausbildung und Berufsbezeichnung gab es nur in den Ländern der Gruppe 1 und 3. Die Niederlande stellen eine Ausnahme dar, da ihre psychiatrischen Sozialarbeiter sozusagen einen Import aus den USA darstellen. Diese Ausbildungen und Berufsbezeichnungen gibt es heute nicht mehr. Nur in Großbritannien ist es noch an zwei Universitäten möglich, ein „Certificate in Psychiatric Social Work" zu erwerben, ebenso ist es in Irland möglich, sich beim „Master of Social Science" Studium auf psychiatrische Sozialarbeit zu spezialisieren (26). Doch werden ohne Einschränkung alle Ausbildungsgänge mit einem einheitlichen Abschluß beendet: in Großbritannien dem CQSW, in den USA und Kanada mit dem MSW.

In der ausführlichen Darstellung der historischen Entwicklung der Sozialarbeit in den USA und Großbritannien sind die Voraussetzungen für die besondere Entwicklung der Sozialarbeit beschrieben. Die Schwerpunktbildung auf die Psychiatrie in Ausbildung und Praxis der Sozialarbeiter ist abhängig von drei Bedingungen: 1. dem Grad der Verbindung der Ausbildung zu Universitäten, 2. dem Stand der psychiatrischen Versorgung eines Landes, 3. der Entwicklung der sozialen Einrichtungen.

So nahm die Sozialarbeit in den USA um die Jahrhundertwende deshalb einen so gewaltigen Aufschwung, weil die materielle Notlage breiter Schichten der Bevölkerung — besonders der ethnischen, rassischen und religiösen Minderheiten — in Folge der ungehemmten industriellen Entwicklung zunahm und Maßnahmen zu deren Linderung ergriffen werden mußten. Neben den rein karitativen nahmen die ersten Sozialarbeiter auch Kontrollfunktionen wahr. Die Angst der Ober- und Mittelklasse vor den Armen war zu groß, als daß man diese hätte unkontrolliert lassen können. So diente die symptomorientierte Sozialarbeit häufig als Ersatz, wirkliche soziale Reformen durchführen zu

müssen (51/1238). Es ist zu fragen, ob diese Seite der Sozialarbeit nicht auch heute noch — besonders bei einigen community organisation Programmen in den USA (z. B. Arbeit in Negerslums) — eine gewichtige Rolle spielt.

Gleichzeitig wurde in einigen großen psychiatrischen Krankenhäusern der Nutzen und die Notwendigkeit der Anstellung von Sozialarbeitern speziell im ambulanten Betrieb erkannt. Die Entwicklung der child guidance clinics brachte etwas später den Sozialarbeitern ein breites Betätigungsfeld. Je mehr der einen Seite der Sozialarbeiterbewegung des frühen 20. Jahrhunderts — dem gruppenorientierten settlement movement — ihr sozialreformerischer Impetus genommen wurde, desto größeren Einfluß gewannen psychoanalytische Theorien auf die Ausbildung. Zunehmend wurde das Individuum, nicht mehr dessen soziale Umwelt in den Blickpunkt des Interesses gestellt. Folglich gewannen die Methoden des case work, der Einzelfallhilfe überragenden Einfluß auf die Tätigkeit der Sozialarbeiter. Erst in den letzten zwanzig Jahren wird dieser beschränkte Blickwinkel erweitert, da man erkannte, daß man mit dieser Methode häufig nur die Symptome berührte, die soziale Wurzel eines Übels aber nicht packen konnte.

Wie geschildert, kamen die Anfänge der psychiatrischen Sozialarbeit in Großbritannien aus den USA. Im Unterschied aber zu den USA gab es in Großbritannien zu keiner Zeit eine so extreme Methodenspezialisierung wie dort, vielmehr wurde die Ausbildung immer aufgabenorientiert gesehen. Einen „case worker" oder „group worker" wie in den USA gab es hier nicht.

Da das psychiatrische Versorgungssystem in Großbritannien lange Zeit sehr unterentwickelt war, gab es für die PSW mit Ausnahme der wenigen child guidance clinics und psychiatrischen Ambulanzen in der Psychiatrie nur wenige ihrer Ausbildung entsprechenden Arbeitsplätze. Als Elite der Sozialarbeiter fanden sie Anstellung in Führungspositionen anderer Bereiche der Sozialarbeit. Erst als 1959 mit dem Mental Health Act die Voraussetzung für die völlige Integration der Psychiatrie in die medizinische Versorgung und eine breite ambulante Versorgung der Bevölkerung gegeben wurde, gewann die Sozialarbeit in psychiatrischen Einrichtungen an Attraktivität. Zugleich aber war nicht mehr einzusehen, warum gerade für diese Tätigkeit eine spezialisierte Postgraduierten-Ausbildung von Nöten sein sollte. Mit der Schaffung eines einheitlichen Sozialdienstes nach den Vorschlägen des Seebohm-Reports 1970 verlor diese Ausbildung endgültig ihre Berechtigung. Das schon seit Beginn der 60er Jahre angestrebte Ziel einer einheitlichen Ausbildung für alle Gebiete der Sozialarbeit wurde jetzt erreicht. Das Beispiel Großbritannien zeigt, wie Entwicklung und Veränderung des Systems der sozialen Versorgung entscheidenden Einfluß auf die Ausbildung der Sozialarbeiter nimmt.

In den Ländern, in denen die Ausbildung außerhalb der Universitäten stattfindet, konnte die Psychiatrie nie den Einfluß wie in den angelsächsischen Ländern erreichen. Dies zeigt das Beispiel Schweden.

In allen beschriebenen Ländern steigt der Bedarf nach qualifizierten Sozialarbeitern trotz rapider Zunahme der Ausbildung ständig. Die Nachfrage kann durch gesteigertes Angebot nicht befriedigt werden, sie nimmt vielmehr zu. An Bewerbern für die Ausbildung fehlt es in keinem Land. Aufgrund des Engpasses in der Ausbildung greifen viele Schulen zu scharfen individuellen Selektionsmaßnahmen bei den Bewerbern und führen Studienzeitbeschränkungen ein.

Die Notwendigkeit sozialen Handelns wird allenthalben erkannt, und die Bereitschaft, sich daran zu beteiligen, wächst. Doch werden die Möglichkeiten der Sozialarbeit gerade von jungen Sozialarbeitern häufig überschätzt (54 b). Sozialarbeit kann kein Mittel zur Gesellschaftsveränderung sein. Die Methoden der Sozialarbeit sollen jedoch keineswegs abqualifiziert werden. Die richtige Methode zur richtigen Gelegenheit angewendet, kann von sehr großem Nutzen für den Patienten sein — dies gilt besonders für die Psychiatrie.

2 Tendenzen der Weiterentwicklung der Ausbildung

Welche Tendenzen für die Weiterentwicklung der Ausbildung von Sozialarbeitern lassen sich aus dem Dargestellten für die Zukunft ableiten? Im Fahrwasser der entwickelten Länder der Sozialarbeit vollzogen sich mit einigen Jahren Phasenverschiebung in den übrigen Ländern die gleichen Veränderungen und werden sich weiter vollziehen:
1. Eine Entwicklung weg von der Spezialisierung in der Sozialarbeit hin zu einer „generic" Ausbildung. Auf dieser Grundausbildung kann sich eine gewisse spezialisierte Weiterbildung auf bestimmten Gebieten aufbauen, die jedoch niemals die gemeinsame Grundlage der gesamten Sozialarbeit aus den Augen verlieren darf: dem Patienten oder Klienten, wie man in der Sozialarbeit sagt, zu möglichst großem körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden zu verhelfen. Vor diesem Hintergrund fragt es sich, welche grundsätzlichen Unterschiede denn nun darin bestehen sollen, einem chronischen Dialysepatienten, einem straffällig gewordenen Jugendlichen, einer ledigen Mutter oder einem schizophrenen Patienten einen Arbeitsplatz, eine Wohnung oder andere soziale Kontakte zu vermitteln. Es bestehen keine. Neben dieser Einzelhilfe sollte der Sozialarbeiter aber auch Mittel und Wege kennen, für bestimmte Gruppen sozial Benachteiligter wenigstens eine Linderung ihrer Situation zu erreichen.

2. Für diese Entwicklung wird bei der Ausbildung eine Einbeziehung mehr gruppen- und gemeinschaftsorientierter Methoden notwendig werden. Wir sehen diese in dem Trend zu integrierten Ausbildungsgängen (wobei es sich wirklich erst um eine Tendenz handelt, der Schwerpunkt der Ausbildung liegt noch in allen Ländern auf dem case work). Die Streitfrage um die Anwendung der richtigen Methode wurde in den Niederlanden sehr klar beantwortet: „Sozialarbeit soll ihren anpassenden Charakter aufgeben und muß der mutige Vorkämpfer für Gerechtigkeit sein, auch auf das Risiko

hin, ihr Ansehen in der Gesellschaft zu verlieren" (84/49).

3. Die Ausbildung wird zunehmend von zentralen Stellen, seien es Berufsverbände oder staatliche Stellen, vereinheitlicht. Der Grad der Freiheit der einzelnen Schulen bei der Festlegung des Curriculums ist in den einzelnen Länder unterschiedlich. Er reicht von relativ großer Unabhängigkeit in den USA bis zur genauen Stundenfestsetzung in den einzelnen Fächern durch staatliche Stellen in Frankreich.

4. Die Ausbildungsdauer wird verlängert. Mit Ausnahme der USA und teilweise Großbritannien beträgt die Studiendauer heute in der Regel drei Jahre, in einigen Ländern schon vier Jahre.

5. Die Untergraduierten- und Postgraduierten-Ausbildung nimmt an Umfang zu. In den USA stellt heute schon die Ausbildung von Untergraduierten den am schnellsten wachsenden Sektor der Sozialarbeiterausbildung dar. Dabei muß das unterschiedliche Ausbildungssystem berücksichtigt werden; der amerikanischen Ausbildung zum BA entspricht etwa der Fachoberschulabschluß in der BRD. Bei diesen Veränderungen wird von der Annahme ausgegangen, daß nicht für jeden praktischen Einsatz in sozialen Einrichtungen ein hochqualifiziertes Studium notwendig ist.

Hiermit sind die fünf Hauptveränderungen in der Ausbildung von Sozialarbeitern angegeben, die sich aus den Entwicklungstendenzen der letzten Jahre in einigen Ländern, in denen sich diese in Ansätzen beginnen durchzusetzen, ergeben.

3 Konsequenzen

In allgemeiner Form sollen noch kurz die Konsequenzen, die sich aus der dargestellten Entwicklung für die psychiatrische Ausbildung von Sozialarbeitern in der Bundesrepublik Deutschland ergeben könnten, diskutiert werden. Sie können, da die Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland nicht Gegenstand dieser Arbeit ist, hier nur grob skizziert und thesenhaft angerissen werden.

Bei dieser Erörterung müssen wir von der Überlegung ausgehen, daß die in der Psychiatrie tätigen Sozialarbeiter niemals besser arbeiten können, als es das im jeweiligen Land vorgegebene System der psychiatrischen Versorgung ermöglicht. Je unzulänglicher also die psychiatrische Versorgung, desto schlechter und uneffektiver muß zwangsläufig die Betreuung der Patienten durch Sozialarbeiter und das Betätigungsfeld für Sozialarbeiter sein. Ohne allgemeine und pauschale Werturteile abgeben zu wollen, läßt sich doch sagen, daß für weite Teile der psychiatrischen Praxis in der Bundesrepublik Deutschland die Aussage Redlichs und Freedmans, daß nämlich die Psychiatrie bisher „noch eine ziemlich engstirnige Disziplin" darstelle (67/37), von besonderer Aktualität ist. Doch zeigt sich auch in der Bundesrepublik Deutschland in der verstärkten Tendenz zu einer gemeindenäheren psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung eine Abkehr von dieser Beschränktheit.

Gerade erst die gemeindenahe Versorgung schafft vielfältige Möglichkeiten für die integrierte Zusammenarbeit von Psychiater, Sozialarbeitern und anderen Fachdisziplinen. Sie stellt deshalb einen wesentlichen Punkt bei allen Überlegungen zur Verbesserung der psychiatrischen Ausbildung von Sozialarbeitern dar. Dies sei an einem kleinen Beispiel belegt: Man überlege sich nur einmal, welche Arbeitsmöglichkeit ein qualifizierter PSW aus Großbritannien — deren Ausbildung hier nicht als Ideal hingestellt werden soll — in der Bundesrepublik Deutschland fände. Es gäbe sicherlich nur wenige Arbeitsplätze, an denen er seiner Ausbildung entsprechend in der Patientenbetreuung eingesetzt werden könnte.

Die psychiatrische Ausbildung eines Sozialarbeiters darf nicht zu spezialisiert sein. Eine frühzeitige Festlegung während des Studiums auf einen „psychiatrischen Sozialarbeiter" ist abzulehnen. Man muß in diesem Punkt aus den Erfahrungen der USA, Großbritanniens und der Niederlande lernen. Die psychiatrische Ausbildung von Sozialarbeitern darf nicht zur Heranbildung von „Hilfs-" oder „Ersatz-Psychiatern" führen, die den Mangel an qualifizierten Psychiatern decken helfen sollen. Das Hauptaufgabengebiet muß die Einflußnahme auf die soziale Umgebung des Patienten sein, also ein Gebiet, welches den Sozialarbeitern aller Richtungen gemeinsam ist. Auf der Basis einer allgemeinen Grundausbildung sollten Kenntnisse über psychiatrische Erkrankungen, ihre Diagnose und Therapie, Psychopharmakologie, einschlägige Rechtsvorschriften usw. vermittelt werden. Die Methodenlehre darf sich nicht nur auf die Einzelfallhilfe beschränken.

Diese Ausbildung ist nur unter Mitwirkung eines psychiatrischen Krankenhauses oder einer psychiatrischen Klinik realisierbar, die den Studenten nach Möglichkeit auch geeignete Praktikantenplätze zur Verfügung stellen können sollten. Die enge Zusammenarbeit bei der Erstellung von Curricula und der Lehre in bestimmten Fächern ist nicht nur wünschenswert, sondern Voraussetzung für einen sinnvollen Unterricht. Bei der heute noch allgemein vorherrschenden Trennung von Fachhochschulen und Universitäten werden aber entsprechende Kurse nur schwer durchführbar sein. Hinzu kommt, daß die Einsicht in die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Sozialarbeit nicht nur für die Psychiatrie, sondern überhaupt für die gesamte Medizin an unseren Universitäten noch nicht sehr weit verbreitet ist.

Es ist also zu fordern, daß die Zusammenarbeit von Fachhochschulen und Universitäten, speziell den medizinischen Fakultäten intensiviert und der Gewichtigkeit der Ausbildung in den „sozialen Fächern" an den medizinischen Fakultäten größere Beachtung geschenkt wird. Ein besonderes Augenmerk muß auf die fach- und sachgerechte Supervision der praktizierenden Studenten durch sowohl psychiatrisch als auch didaktisch geschulte Lehrkräfte gelegt werden. Gerade in diesem Punkt herrscht heute in der Bundesrepublik Deutschland ein sehr großer Mangel. Wie das Beispiel der USA zeigt, kann durch die Bereitstellung entsprechender Praktikantenplätze und die qualifizierte fachliche

Anleitung der Studenten die psychiatrische Ausbildung von Sozialarbeitern erheblich verbessert werden. Leider ist das Angebot durch die zur Verfügung stehenden geeigneten psychiatrischen Einrichtungen sowie den Mangel an qualifizierter Anleitung der Studenten bei ihrer Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland noch sehr eng begrenzt.

V. Nachwort

Die ausführliche Darstellung der Entstehung und Entwicklung der psychiatrischen Sozialarbeit, ihrer theoretischen Richtungen und praktischen Anwendung in den Ländern außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sollte die immense Wichtigkeit der Sozialarbeit für die Praxis der Psychiatrie vor Augen führen. Sie hat zugleich gezeigt, daß die Entwicklung der Ausbildung der in der Psychiatrie tätigen Sozialarbeiter hauptsächlich durch Entwicklungen bestimmt werden, die außerhalb des direkten Einflußgebietes der Sozialarbeit liegen. Mangelhafte oder fehlende Ausbildung darf also nicht den Schulen zur Last gelegt werden. Es bleibt zu hoffen — auch wenn dieses Thema nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war —, daß durch diese Darstellung die Diskussion um die psychiatrische Ausbildung von Sozialarbeitern in der Bundesrepublik Deutschland, die auf diesem Gebiet sicherlich noch ein „Entwicklungsland" darstellt, vielleicht einige Impulse erhält.

Literaturverzeichnis

1. Aldrich, C. K.: Psychiatric Social Work, in Freedman/Kaplan: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore 1967
2. Bauer, M.: Streifzüge durch die englische Psychiatrie, Soz. Psych. Informationen No. 14/15 Hannover 1973
3. Bellsmith, V.: Social Work, in: American Handbook of Psychiatry, Arieti (ed) New York 1966
4. Bergmann, I.: Place of PSW in a Teaching Hospital, Brit. Jour. of Psych. Soc. Work Vol X, p 134 ff
5. Bergman, T. D.: Psychiatric Social Work, Amerc. Journ. of Psych. Vol. 120 p. 680, 1964
6. Berleman: Mary Richmond's Social Diagnosis in Retrospect. Soc. Case Work Vol XLIX 1968 No. 7
7. Bernstein, S.: The New York School of Social Work 1898 bis 1941, New York 1942
8. Borenzweig, H.: Social Work and Psychoanalytic Theory Soc. Work Vol. 16, Jan. 1971
9. Bree, M. H.: Staying the Course, Brit. Jour. of Psych. Soc. Work Vol X, p. 170 1969/70
10. Brown, C.: Looking Backwards, Brit. Jour. Psy. Soc. Work Vol X, 1969/70 p. 161 f
11. Carter, R. D., Stuart, R. B.: Behaviour Modification Theory and Practice: A Replay, Soc. Work Vol 15, Jan. 1970
12. Chamvers, R.: Psychiatric Social Work, in: Wooton, B. Social Service and Social Pathology, London 1959
13. Coben, S.: Mitchell Palmer: Politician, New York 1963
14. Columbia University-School of Social Work: Studienführer 1973/74 New York 1973
15. Council of Europe, Social Committee: Social Workers, Role, Training and Status Strasbourg 1967
16. Council on Social Work Education: (CSWE): Colleges and Universities with approved Undergraduate Soc. Work Programs, New York 1972
17. Council on Social Work Education: (CSWE): Concentrations and Special Learning Opportunities in the Master of Soc. Work Curricula of Graduate Schools of Soc. Work 1972 / New York 1972
18. Council on SocialWork Education: (CSWE): Curriculum Policy Statement for Master's Degree Programs in Graduate Schools of Soc. Work New York 1969
19. CSWE: Graduate Schools of Soc. Work New York 1973
20. CSWE: Statistics on Soc. Work Education New York 1972
21. Central Council for Education and Training in Soc. Work (CCETSW): The Pattern of Professional Training London 73 (Leaflet)
22. Central Council for Education and Training in Soc. Work (CCETSW): Social Work, London 1973 (Leaflet 3) The CCETSW
23. Central Council for Education and Training in Soc. Work (CCETSW): The Way into the Job, London 1973 (Leaflet 1)
24. Crutcher, H. B.: Psychiatric Soc. Work, Americ. Journ. of Psych. Vol 109, 953, p. 529
25. Crutcher, H.: Psychiatric Soc. Work, Americ. Jour. of Psych. Vol 110, p. 531
26. Darling, V.: Development of Social Work in the Republic of Ireland, Studies Dublin 1972
27. Dilling, H.: Gemeindepsychiatrie und Rehabilitation in England, Nervenarzt No. 41, 1970
28. Dobie, M.: A Two Way Service, Br. Jour. of Psych. Soc. Work Vol X p. 184, 1969/70
29. Dörner, K.: Bürger und Irre, Frankfurt 1969

29 a. Drucker, R.: Low Cost Social Work in a Private Practice Basis, Soc. Casework Vol 54, No. 3 p. 147 1973

30. Faris/Dunham: Mental Disorders in Urban Areas, Chicago 1939
31. Ferguson, J.: Mental Health Social Worker and Psychiatry in: A Compilation of Papers for the Use of Postgraduate Students of Psychiatry, London 1972
32. Gambrill/Thomas/Carter: Procedure for Sociobehavioural Pratice in Open Settings, Soc. Work Vo. 16, 1971
33. Giel, W. K.: Vortrag am 17. Januar 1974 Universitätsnervenklinik München

33 a. Goffman, E.: Asylums, Pelican London 1968

34. Green Paper II — National Health Service: The Future Structure of the NHS, HMSO London 1970
35. Hamilton, M.: Learning to be a Social Worker with the Mentally Disordered, Br. Jour, of Psy. Soc. Work Vol X p. 178 ff 1969/70

36. Hollingshead/Redlich: Social Class and Mental Illness New York 1958

37. Jansen, J. I.: Death of a Profession. Br. Jour. of Psych. (1972) 120 p 647

38. Jones: History of the Mental Health Services Lancet 1973, 1, p 752

39. Julia, A.: Place of PSW in a Local Authority Department, Br. Jour. of Psy. Soc. Work Vol. X 1969/70 p 129

40. Kamphiuis, M.: persönliche Mitteilung 1974 (Niederlande)

41. Kennedy, J. F.: Message from the President of the United States Relative to Mental Illness and Mental Retardation Febr. 5, 1963, Americ. Jour. Psych. Vol 120, 1964

42. Kogut, A.: The Settlement and the Ethnicity: 1890—1914 Soc. Work Vol 17, 1972

43. Levinson, H.: Communication with an Adolescent in Psychotherapy, Soc. Case Work Vol 54, no 8, 1973

44. Lurie, L. H. (ed): Encylopedia of Social Work, New York 1965, (NASW)

45. McDougall, K.: The Eternal Ambivalence, Brit. Jour. of Psych. soc. Work, Voll X, 1969/70, p 497 ff

46. Meyer, H. H.: Social Work: International Encyclopedia of Social Sciences, Vol 14, p. 497 ff

47. Miller, D.: persönliche Mitteilung 1973 (USA)

48. Miller, J. S.: Social Work and Therapies of Control Brit. Jour. Of. Psych. Soc. Work Vol X p 74 1969/70

49. Ministere de la Santé: Publique et de la Sécurité Sociale Programme D'Enseignement, Paris o. J.

50. Monroe, A. B.: The Status on Psychiatry in the National Health Service, Amer. Jour. of Psych. Vol 25 (1969) p 1223

51. Morris, R. (ed): Encyclopedia of Social Work (NASW) New York 1971

52. Munro/McCulloch: Psychiatry for Social Workers, London 1970

53. National Ass. of Soc. Workers (NASW): To Candidates for Graduates Professional Social Work Education, New York 1966

54. National Board of Education for Social Work and Public Administration (Nämden för Socionomutbildning) Graduate Schools of Social Work and Public Administration, Stockholm 1972

54 a. National Institute of Mental Health: Staffing of Mental Health Facilities United States 1972, Washington D. C. 1974

54 b. Negelein, I. v.: persönliche Mitteilung 1974

55. Neipus, J.: Social Services in Israel, Jerusalem 1973 (Paul Barwald School)

56. Nevius/Commager: A Pocket History of the United States, New York 1964

57. Newcomb, M. L.: Psychiatric Social Work, Am. Jour. of Psych. Vol 112, 1956 p 545

58. Newcomb, M. L.: Psychiatric Social Work, Am. Jour. of Psych. Vol 113 1957 p 641

59. Newcomb, M. L.: Psychiatric Social Work, Am. Jour of Psych. Vol 114, 1958 p 637

60. Newcomb, M. L.: Psychiatric Social Work, Am. Jour. of Psych. Vol 115, 1959 p 641

61. O'Keefe, D. E.: Psychiatric Social Work Americ. Jour. of Psych. Vol 117, 1960 p 639

62. Parsloe, P.: Editorial, Brit. Jour. of Psych. Soc. Work Vol X 1970, p 159

63. Parsloe, P.: Some Thoughts on Social Group Work Brit. Jour. of. Psych. Soc. Work Vol X 1969/70, p 3

64. Penfold/Moore: The Social Work Assistant, Soc. Case Work Vol 49, 1968, No. 9

65. Pins, A. M.: Changes in Social Work Education and their Implications for Practice, Soc. Work Vol 16, 1971

66. Pritchard, C.: persönliche Mitteilung 1974

67. Redlich, F. C. / Freedman, D. X.: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Frankfurt 1970

68. Rennie, T. A. C.: Psychiatric Social Work, Am. Jour. of Psych. Vol 103, 1946 p 545

69. Report of the Committee on Local Authority and Allied: Personal Social Services (Seebohm Report) Cmnd 3703, MMSO, London 1968

70. Rice, R. M.: Organising to Innovate in Social Work, Soc. Case Work Vol 54, No. 5, 1973

71. Richmond, M.: Social Diagnosis, New York 1917

71. Rotter, S.: Mery Richmond's and Family Social Work Today, Soc. Case Work Vol 54, No. 5, 1973

73. Royal College of Psychiatrists, Brit. Medical Ass., Socie. of Medical Officiers of Health: The Mental Health Service after Unification London 1972

74. Royal Medico-Psychological Ass.: Memoranda on the Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Services Brit. Jour. of Psych. Vol 115, 1969 p 605

75. Schultze: Soziale Arbeit, No. 4/1971

76. Slukin, A. / Jehu, D.: A Behavioural Approach in Treatment of Elective Mutism, Br. Jour. of Psych. Soc. Work, Vol x, 1969, p 70

77. Smith/Zietz: American Social Welfare Institutions, New York/London 1970

78. Southard/Jarret: The Kingdom of Evils, New York 1922

79. Stevenson, O.:Knowledge of Social Work, Brit. Jour. of Soc. Work, Vol 1 No. 1, 1971

80. Thomas, E. J.: Contributions of the Socio-Behavioural Approach to Interpersonal Helping in Social Work, Brit. Jour. of Psych. Soc. Work, Vol X 1969/70, p 61

81. Timms, N.: Psychiatric Social Work in Great Britain 1939—62, London 1964

82. Trethowan: Correspondence: Psychiatric Social Workers in the Mental Health Service, Brit. Jour. Psych. 1969, Vol 115, p 859

83. Trimbos, J. B. I.: Social Psychiatrie in den Niederlanden, Soz. Psych. Inform. no. 6, 1971

84. United Nation Department of Economics: Training for Social Welfare — Fifth International Survey New York 1971

85. United Nation Department of Economics: Training for Social Work, Third International Survey, New York 1958

86. United Nation Department of Economics: Training for Social Work — Fourth International Survey, New York 1964

87. Wax, J.: Psychiatric Social Work, Amer. Jour. of Psych., Vol. 118, (1962), p 627

88. Wax, J.: Psychiatric Social Work, Amer. Jour. of Psych., Vol 119, (1963), p 659

89. Wing, J. K.: Evaluating a Community Psychiatric Service — The Camberwell Register 1964—71, London 1972

90. Woodrufe, K.: From Charity to Social Work in England and America, London 1962

91. Wootton, B.: Social Service- and Social Pathology, London 1959

92. Working Party on Social Workers in Local Authority Health and Welfare Services, HMSO 1959 London

93. Younghusband, E.: Social Work and Social Change, London 1964

94. Younghusband, E.: Foreward to 1903, Soc. Work, Vol. 10 No. 3, 1953

Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten — Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

von

G. Bosch, A. Pietzcker

Zur Begründung der Untersuchung *)

Das Projekt wurde im Sinne einer exemplarischen Untersuchung geplant und durchgeführt als Beitrag zur Klärung der Frage, wie und in welchem Umfang aus psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Fachabteilungen entlassene Patienten ärztlich nachbehandelt werden und welche Unterschiede sich bei einem Vergleich zwischen großstädtischen und ländlich-kleinstädtischen Verhältnissen zeigen. Nach eingehenden Diskussionen in der Sachverständigen-Kommission wurde die Untersuchung ausschließlich auf Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis beschränkt, weil bei diesen — im Unterschied zu manchen anderen Patientengruppen — die generelle Notwendigkeit einer Nachbehandlung über den erfaßten Zeitraum eines Jahres nach der Entlassung angenommen werden kann.

Bei der folgenden Schilderung der Untersuchungsergebnisse stehen die Aspekte der Nachbehandlung durch — weit überwiegend in freier Praxis tätige — Nervenärzte im Vordergrund. Die Untersuchung hat jedoch auch die Modalitäten der Nachbetreuung sowie einer Nachbehandlung durch psychiatrische und andere Institutionen und durch Nichtfachärzte miterfaßt. **) Es schien im Rahmen der Überlegungen der Kommission und ihrer Arbeitsgruppen zur Verbesserung der Nachbehandlung und Nachbetreuung legitim, auch einige Ergebnisse dieser Untersuchungsaspekte hier zu erwähnen und im einzelnen dort darzustellen, wo sie für diese Überlegungen von Bedeutung schienen.

Methodik der Untersuchung

Zahl der untersuchten Patienten

Insgesamt wurden 300 schizophrene Patienten in die Untersuchung einbezogen. 200 Patienten aus der Großstadt Berlin (im folgenden als „Stadt" bezeichnet) waren aus sieben psychiatrischen Krankenhäusern — darunter je eines gemeinnütziger und privater Trägerschaft und einer Universitätsklinik — entlassen worden. 100 Patienten aus einer ländlich-kleinstädtischen Region in Baden-Württemberg (im folgenden als „Land" bezeichnet) wurden aus drei staatlichen psychiatrischen Großkrankenhäusern entlassen. Es wurde eine Region ausgewählt, innerhalb welcher die Einzugsgebiete dieser drei Krankenhäuser aneinandergrenzen.

Entlassende Institution

In Berlin wurden entlassene Patienten aus den drei Psychiatrischen Krankenhäusern erfaßt, die für die Aufnahmen aus allen Stadtbezirken zuständig und zu diesen verpflichtet sind: Städtisches Krankenhaus Spandau-Süd (25 Patienten), Städtische Karl-Bonhoeffer Nervenklinik (70 Patienten) sowie Landesnervenklinik Berlin (50 Patienten). Außerdem waren die Psychiatrische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Moabit (2 Patienten), die Universitätsnervenklinik (22 Patienten), die gemeinnützige Neuropsychiatrische Klinik Waldhaus Nikolassee (21 Patienten) und die Psychiatrische Abteilung der privaten Schloßparkklinik (10 Patienten) einzubeziehen. Durch diese sieben Institutionen wird der ganz überwiegende Teil der psychiatrischen Patienten in Berlin versorgt.

In Baden-Württemberg handelt es sich um folgende Krankenhäuser: Emmendingen (36 Patienten), Reichenau (33 Patienten) und Zwiefalten (31 Patienten). Das geographisch erfaßte Gebiet war hier so ausgewählt worden, daß in ihm eine Versorgung der für die Untersuchung relevanten Patientengruppe durch andere Institutionen nicht ins Gewicht fallen konnte.

Auswahlkriterien

In die Untersuchung einbezogen wurden alle innerhalb eines kontinuierlichen Zeitraums aus den genannten Institutionen entlassenen Patienten, welche die Entlassungsdiagnose Schizophrenie erhalten hatten (ICD Nr. 295.0 bis 295.9 bzw. Nr.14 des Würzburger Diagnosenschemas).

Zusammenstellung des Samples

Die Zahl der in die Untersuchung einzubeziehenden Patienten wurde vor deren Beginn mit 200 (Stadt)

*) Die der Untersuchung zugrundeliegenden Erhebungen wurden durchgeführt von G. Bosch, M. Leipert und A. Pietzcker unter Mitarbeit der wissenschaftlichen Hilfskräfte M. Scheidhauer, R. Späth, W. Vosberg (Berlin) und A. Gäckle, H. Kuch, A. Vetter (Tübingen).
Projektleiter Berlin: Ass. Prof. Dr. A. Pietzcker
Projektleiter Tübingen: Dr. M. Leipert
Gesamtprojektleiter: Prof. Dr. G. Bosch

**) Diese erhebliche Erweiterung sowie die Einbeziehung von 100 zusätzlichen Fällen in die Untersuchung wurde durch die Übernahme als Forschungsprojekt der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin finanziell ermöglicht.

und 100 (Land) festgelegt. Für die Erfassung der Patienten war der Tag ihrer Entlassung maßgebend. Die Erfassung ging von einem Stichtag aus. In Berlin waren alle 200 Patienten innerhalb acht Wochen (April und März 1972) entlassen worden. In Baden-Württemberg mußte vom Stichtag des 1. Juli 1972 wegen der geringeren Gesamtpopulation der erfaßten Region und der durch die Methodik der Untersuchung begründeten Nichterfaßbarkeit von Dauerhospitalisierten bis zum Mai 1969 zurückgegangen werden. In Berlin spiegelt die zahlenmäßige Herkunft der Patienten aus den einzelnen Institutionen exakt den prozentualen Anteil an schizophrenen Patienten wider, den jede einzelne Institution im Erfassungszeitraum entlassen hatte. In Baden-Württemberg kam es bei Einhaltung des Prinzips einer strukturell relativ einheitlichen Erfassungsregion zu einer annähernden Gleichverteilung bezüglich der entlassenden Institutionen.

Untersuchter Nachbehandlungszeitraum

Es wurden die Nachbehandlungsmodalitäten innerhalb jeweils eines vollen Jahres nach Entlassung dann erfaßt, wenn die Patienten innerhalb dieses Zeitraums nicht erneut aufgenommen worden waren. Bei solchen Wiederaufnahmen wurde lediglich der Zeitraum bis zur Wiederaufnahme untersucht, da nur so eindeutige und überschaubare Aussagen über die Nachbehandlung erwartet werden konnten. Der Zeitraum von einem Jahr nach Entlassung bzw. bis zu einer ersten stationären Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres wird im folgenden als „katamnestischer Zeitraum" bezeichnet.

Informationserhebungen

In einem ersten Schritt wurden in den Archiven der in die Untersuchung einbezogenen zehn Krankenhäuser die Krankengeschichten der 300 entlassenen schizophrenen Patienten nach einem standardisierten Fragebogen ausgezogen. *) Die Ergebnisse dieser Erhebung werden im folgenden in den Kapiteln „Sample", „Vorsorge" und „stationäre Behandlung" beschrieben.

In einem zweiten Schritt wurden die Daten zur Nachsorge innerhalb des „katamnestischen Zeitraums" gleichfalls aufgrund des standardisierten Fragebogens gesammelt. Hierbei wurde versucht, die Informationen sowohl von den Patienten selbst als auch von dritter Seite zu erhalten.

In 57 % aller 300 Fälle des Samples konnten vom Patienten selbst Informationen über die Nachbehandlung erhalten werden. Hiervon konnten bei zehn Patienten (3 %) diese Informationen nur auf schriftlichem Wege besorgt werden. Es handelte sich hier ausschließlich um Stadtpatienten, fast durchweg um aus Berlin in die Bundesrepublik oder ins Ausland Verzogene. 17 Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung verstorben. Es ergaben sich keine Unterschiede in der Quote der von Patienten selbst erhaltenen Informationen zwischen Stadt (58 %) und Land (57 %).

Informationen von dritter Seite konnten in 52 % aller Fälle erhalten werden. Mit 46 % solcher Informationen in der Stadt gegen 66 % auf dem Land ergaben sich hier deutliche Unterschiede. Dieses Ergebnis war stark beeinflußt durch die Tatsache, daß in der Stadt nur in 13 % aller Fälle Informationen von Familienangehörigen erhoben wurden gegenüber 46 % auf dem Lande und dieser Rückstand in der Informationserhebung in der Stadt nur bedingt durch andere Informanten ausgeglichen werden konnte. Von solchen sonstigen Stellen (Beratungsdienste, Betriebe, Kassen, Sozialpsychiatrische Dienste, Polikliniken, Ärzten und sonstigen Bezugspersonen) konnten Informationen in 28 % der Fälle erhalten werden, wobei hier die Stadt mit 33 % überwog (Land 20 %). Der überwiegende Teil dieser Informationen in der Stadt stammt von den Sozialpsychiatrischen Diensten an den Gesundheitsämtern der Berliner Bezirke.

Informationsausfälle

Generelle Informationsausfälle kamen beim ersten Erhebungsschritt des standardisierten Auszugs aus den Krankengeschichten nicht vor. Es war in allen Fällen möglich, die Unterlagen zu beschaffen. Auch bezüglich der Nachbehandlung konnten lediglich über 19 der insgesamt 300 Patienten (6 %) überhaupt keine Informationen erhalten werden. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Patienten aus der Stadt. Die größere Schwierigkeit, über die Stadtpatienten Informationen zu erhalten, erklärt sich zum überwiegenden Teil aus deren größerer Mobilität. Nur 75 % der städtischen Patienten wohnten zum Zeitpunkt der Befragung noch in der gleichen Wohnung, in die sie entlassen worden waren, während auf dem Land dies noch bei 84 % der Fall war, obwohl seit der Entlassung im Durchschnitt ein viel längerer Zeitraum vergangen war. Die neuen Wohnadressen der 50 verzogenen Stadtpatienten konnten nur bei 19 Patienten mit Hilfe der Einwohnermeldeämter, von Angehörigen, Ärzten, Sozialpsychiatrischen Diensten und gelegentlich auch von anderen Instanzen und Personen ermittelt werden, und dadurch konnte eine Befragung dieser Patienten erfolgen. Bei 12 anderen Patienten gelang eine solche Ermittlung der neuen Wohnung nicht, hier konnten jedoch Angaben zur Nachbehandlung im katamnestischen Zeitraum von dritter Seite, meist von den Sozialpsychiatrischen Diensten, erhalten werden. Bezüglich der verbleibenden 19 verzogenen Patienten blieben unsere Bemühungen erfolglos.

Partielle Informationslücken

Neben den totalen Informationsausfällen über die Nachbehandlung dieser 19 Patienten ergaben sich selbstverständlich partielle Informationslücken in

*) Wir danken den Direktoren und den Mitarbeitern für ihre bereitwillige und großzügige Unterstützung und Hilfe.

bezug auf einzelne Fragen sowohl beim Auszug der Krankengeschichten wegen einer teilweise unvollständigen Dokumentation der abgefragten Informationen wie auch bei den Erhebungen der Daten zur Nachbehandlung. Letzteres war vor allem dann der Fall, wenn Informationen hierzu nur von dritter Seite zu erhalten waren. So konnten beispielsweise die einzelnen Modalitäten der ärztlichen Nachbehandlung (vgl. Tabelle 2) bei 43 Patienten in der Stadt und bei einem Patienten auf dem Land nicht oder nicht mit ausreichender Genauigkeit erhoben werden. Insgesamt sind diese Lücken relativ gering. Bei größeren Ausfällen und dadurch weniger gesicherten Ergebnissen wird im Text hierauf hingewiesen. Generell wurde der Tatsache partieller Ausfälle bei der Berechnung aller im folgenden mitgeteilter prozentualer Ergebnisse dadurch Rechnung getragen, daß diese immer nur auf die Gesamtzahl derjenigen Fälle bezogen werden, bei denen zu der entsprechenden Frage eine Information vorlag. Es wird also immer von N minus Unbekannte = 100 % ausgegangen *).

Beschreibung des Samples

Geschlecht

Die Aufschlüsselung der 300 Patienten ergab folgende Verteilungen:

Gesamt:	138 Männer (46 %)	162 Frauen (54 %)
Stadt:	89 Männer (44 %)	111 Frauen (56 %)
Land:	49 Männer (49 %)	51 Frauen (51 %)

Die Tabelle zeigt, daß die in bezug auf alle anderen als die diagnostischen Parameter zufällige Auswahl des Samples auf dem Land praktisch eine Gleichverteilung der Geschlechter ergab, während in der Stadt die weiblichen Patienten leicht überwiegen.

Alter bei Entlassung

Das Durchschnittsalter betrug insgesamt 40 Jahre. Die Patienten in der Stadt waren mit durchschnittlich 38,5 Jahren jünger als die Patienten auf dem Land mit 43 Jahren. Die Aufschlüsselung nach Altersgruppen ergibt folgendes Bild:

	Gesamt	Stadt	Land
	in %		
0 bis 24 Jahre:	9,4	13,5	1
25 bis 39 Jahre:	42,8	43,5	41
40 bis 59 Jahre:	37,8	33,5	46
60 Jahre und älter:	10,0	9,5	12

Entsprechend der globalen Feststellung des niedrigeren Durchschnittsalters in der Stadt ist die jüngste Altersgruppe in der Stadt deutlich stärker repräsentiert, während auf dem Land die beiden älteren Altersgruppen überwiegen. Bei Aufschlüsselung der Altersgruppen nach Geschlechtern überwogen in Stadt wie Land bei den jüngeren Altersgruppen die Männer, bei den älteren Altersgruppen die Frauen.

Entfernung Wohnort zum Krankenhaus

Entsprechend den für die Untersuchung ausgewählten Gebieten sind die städtischen Entfernungen gering, während auf dem Land 92 % der Patienten in einer über 50 km liegenden Entfernung zum Krankenhaus wohnten, davon 46 % über 100 km entfernt. Nur zwei (= 2 %) Patienten auf dem Land wohnten weniger als 30 km (jedoch weiter als 20 km) vom Krankenhaus entfernt, während in der Stadt Entfernungen über 30 km überhaupt nicht vorkamen.

Entfernung Wohnort zum nächsten niedergelassenen Nervenarzt

Entsprechend den Untersuchungsgebieten betrugen diese Entfernungen in der Stadt weniger als 10 km. Im Gegensatz zu den Verhältnissen bei der Entfernung Wohnort zum Krankenhaus waren auch auf dem Lande die Entfernungen zum nächsten niedergelassenen Nervenarzt relativ gering. Bei 50 % der Patienten lag diese Entfernung unter 20 km, bei keinem Patienten betrug sie mehr als 50 km. Bei gesonderter Feststellung dieser Verhältnisse bezüglich aller derjenigen Patienten auf dem Land, die tatsächlich vom Nervenarzt nachbehandelt wurden, ergibt sich für 63 % dieser Patienten eine Entfernung unter 20 km zum Nervenarzt, bei keinem dieser Patienten lag sie über 40 km.

Kostenträger

Insgesamt überwogen bei weitem mit 72 % die RVO-Kassen. Auf dem Lande war dieses Überwiegen mit 78 % (Stadt 68 %) noch ausgeprägter, während in der Stadt ein Anteil von 16 % Ersatzkassen (gesamt 12 %) die entsprechende Quote von 4 % auf dem Land deutlich überstieg. Der überörtliche Sozialhilfeträger trug die Behandlungskosten bei 13 % aller untersuchten Patienten (gleiche Prozentzahl in Stadt und Land). Selbstzahler waren insgesamt nur 3 %.

Familienstand

Die Gesamtaufschlüsselung ergab 57 % Ledige, 19 % Verheiratete, 16 % getrennt lebende oder geschiedene und 7 % verwitwete Patienten. Beim Vergleich Stadt/Land fand sich ein höherer Anteil von verheirateten Patienten auf dem Land (26 % gegen 16 %) sowie der getrennt lebenden und geschiedenen Patienten in der Stadt (21 % gegen 8 %). Diese Unterschiede geben einen ersten Hinweis auf die schlechtere soziale Integration bei den städtischen Patienten.

*) Die statistische Bearbeitung des Materials übernahm Herr Dipl.-Math. K. Freudenthal.

Beruflicher Status

In Ausbildung befanden sich 5 % aller Patienten, ungelernte oder angelernte Arbeiter waren 26 %, Facharbeiter 6 %, Angestellte 14 %, Beamte 1 %, Selbständige und Freiberufler 1 %, Rentner 26 %. Keinen Beruf hatten 12 % der Patienten, die Quote der nicht arbeitenden Hausfrauen betrug 9 %. Beim Vergleich Stadt/Land ergaben sich Unterschiede bei in Ausbildung befindlichen Patienten, die sich nur in dem städtischen Sample fanden, bei den Angestellten, die praktisch ebenfalls nur unter den Stadtpatienten vertreten waren (21 %, Land 1 %) und bei den ungelernten oder angelernten Arbeitern, die mit 39 % auf dem Land (Stadt 19 %) sehr stark überwogen. Auch Rentner waren mit 33 % auf dem Land stärker als in der Stadt (24 %) vertreten. Die Ergebnisse zeigen somit einen hohen Anteil an Berufslosen, Arbeitern und Rentnern und weisen nachdrücklich auf die geringere berufliche Qualifikation der erfaßten Patienten auf dem Lande hin.

Soziale Schicht

Es wurden nach definierten Kriterien zugeordnet zur Unterschicht (z. B. ungelernte und angelernte Arbeiter, Angestellte in sehr einfacher Tätigkeit etc.) 61 %, zur Mittelschicht (z. B. Facharbeiter, Vorarbeiter, Handwerker, Beamter oder Angestellter in bescheidener Position) 26 %, zur oberen Mittelschicht (z. B. Beamter oder Angestellter in mittlerer Position, selbständige Berufe z. B. Kleinbetrieb) 8 %, zur Oberschicht (z. B. Beamter oder Angestellter in gehobener Position, freier Beruf, größerer Unternehmer) 4 %. Beim Vergleich Stadt/Land ergab sich ein sehr deutlicher Unterschied zugunsten eines Übergewichtes der untersten Schicht auf dem Lande (81 %) gegenüber der Stadt (51 %). Bei allen höheren Schichten überwogen die Patienten in der Stadt, die obere Mittelschicht war auf dem Lande nur mit 2 %, die Oberschicht überhaupt nicht vertreten. Beide Schichten zusammen sind dagegen in der Stadt mit insgesamt 18 % repräsentiert. Die Ergebnisse erweitern die schon bei Aufschlüsselung des Berufsstandes abzulesenden Resultate und demonstrieren eindrücklich den niedereren sozialen Status der krankenhausentlassenen schizophrenen Patienten auf dem Land.

Berufstätigkeit bei Aufnahme

Die Gesamtaufschlüsselung ergab 37 % Patienten, die voll in Ausbildung oder voll berufstätig waren, 18 % Teilzeitbeschäftigte und Hausfrauen, 26 % Rentner und 19 % nicht berentete Patienten, die mindestens seit drei Monaten vor der Aufnahme ohne Arbeit waren, wobei nur 4 % noch ein ungekündigtes Arbeitsverhältnis hatten. Mit Ausnahme der bereits erwähnten Tatsache, daß sich nur in der Stadt Patienten in Ausbildung befanden und des Überwiegens der Rentner auf dem Lande, ergaben sich beim Vergleich zwischen Stadt und Land keine verwertbaren Unterschiede.

Gesamtdauer der Erkrankung

Insgesamt überwogen mit 61 % chronische Patienten, die länger als sechs Jahre vor der Aufnahme bereits erkrankt waren. Auf dem Lande war deren Anteil mit 76 % noch deutlicher (Stadt 54 %). Dagegen war der Anteil der weniger als zwei Jahre Erkrankten (gesamt 19 %) in der Stadt mit 27 % höher als auf dem Land mit 9 %. Diese Unterschiede dürften überwiegend durch die unterschiedliche Altersverteilung bedingt sein.

Frühere stationäre Aufnahmen

Wesentliches Ergebnis ist, daß 16 % aller Patienten bereits zum zweitenmal aufgenommen wurden und daß darüber hinaus 67 % früher bereits mehrfach hospitalisiert waren. Nur bei 17 % der Patienten handelte es sich um Erstaufnahmen.

Versorgung vor der Aufnahme

Ambulante Vorbehandlung

Infolge der wechselnden Qualität der ausgezogenen Krankengeschichten ließ sich in manchen Fällen nicht sicher entscheiden, ob tatsächlich überhaupt keine ambulante Behandlung vor der Aufnahme stattgefunden hatte oder ob eine solche nur nicht notiert worden war. Unter dieser Einschränkung ergibt sich eine Quote von 28 % vom Nervenarzt vorbehandelter Patienten (Hausarzt 20 %, psychiatrisches Krankenhaus/Poliklinik 10 %). Während der Unterschied an Vorbehandlungen durch Nervenärzte zwischen Stadt (30 %) und Land (24 %) bei einem solchen Bezug auf die Gesamtzahl aller Entlassenen nicht überraschend ausgeprägt ist, fällt der hohe Anteil an Vorbehandlungen durch den Hausarzt auf dem Lande mit 49 % auf (Stadt 4 %). Sehr deutliche Unterschiede ergaben sich dann, wenn nur diejenigen Patienten in die Untersuchung einbezogen wurden, bei welchen sich eine erfolgte Vorbehandlung mit Sicherheit bejahen ließ. Der nervenärztliche Anteil an solchen Vorbehandlungen überwiegt mit 59 % in der Stadt entschieden den Anteil von 32 % auf dem Lande. Vorbehandlungen durch den Hausarzt spielen mit 7 % in der Stadt praktisch keine Rolle, liegen aber auf dem Lande mit 64 % anteilsmäßig sehr hoch. Ambulante Fachbehandlungen durch psychiatrische Krankenhauseinrichtungen und Polikliniken treten in der Stadt mit 27 % sehr deutlich hervor, während sie auf dem Lande fast keine Rolle spielen (4 %). Die Unterschiede beim Vergleich Stadt/Land entsprechen weitgehend den Verhältnissen bei der Nachbehandlung und spiegeln bereits hier die quantitative nervenärztliche Unterversorgung auf dem Lande wider.

Vorbetreuung

Überhaupt keine Vorbetreuung (Beratung, Gespräche, soziale Hilfen durch entsprechende Institutionen) erfolgte bei 78 % aller Patienten, auch in der Stadt wurden 73 % in keiner Weise vorbetreut

(Land 88 %). Unter Nichtbeachtung von in die stationäre Behandlung überwiesenen Heiminsassen, bei denen die Fragestellung nicht adäquat ist, ergibt sich ein Prozentsatz von insgesamt nur 16 % von Patienten, bei denen eine Vorbetreuung erfolgte. Während deren Anteil mit 5 % auf dem Lande äußerst niedrig ist, erreichte die entsprechende Berechnung in der Stadt immerhin 24 %. Es dürfte ein spezifisches Ergebnis der Berliner Verhältnisse sein, daß die Vorbetreuung bei dreiviertel dieser letztgenannten Patienten durch die Sozialpsychiatrischen Dienste der Berliner Gesundheitsämter erfolgte.

Bei Vergleich der ambulanten ärztlichen Vorbehandlung mit der Vorbetreuung zeigt sich, daß in der Stadt eine gesicherte ambulante Vorbehandlung in der nervenärztlichen Praxis von 30 %, zu welcher sich Behandlungen durch Polikliniken und Krankenhäuser mit 10 % und hausärztliche Vorbehandlungen mit 4 % addieren lassen, eine soziale Vorbetreuung nur in 24 % der Fälle, also der Hälfte der insgesamt von Ärzten Vorbehandelten, erfolgte. Auf dem Lande ist die Differenz zuungunsten der sozialen Vorbetreuung mit insgesamt überhaupt nur 5 % bereits größer, wenn man diesen Anteil nur mit den gesicherten 24 % auf dem Land vom Nervenarzt vorbehandelten Patienten in Beziehung setzt. Bei Einbeziehung des Hausarztes (plus 3 % Vorbehandlungen durch psychiatrische Krankenhäuser) ist das Verhältnis von 5 % sozial Vorbetreuten gegenüber 76 % in irgendeiner Weise ärztlich Erfaßten besonders eindrucksvoll. Diese Ergebnisse können angesichts der oben erfolgten Mitteilungen über frühere stationäre Voraufnahmen und den geringen Anteil an Erstaufnahmen sowie den hohen — auf dem Lande noch deutlicheren — Anteil an chronisch Kranken nicht dadurch erklärt werden, daß eine soziale Vorbetreuung nur in relativ wenigen Fällen deshalb erforderlich gewesen sei, weil es sich überwiegend nur um kurzfristige, einer Aufnahme vorangehende ärztliche Bemühungen bei bisher gesunden Patienten gehandelt haben könnte.

Stationäre Behandlung

Einweisungsmodus

Mit 64 % überwogen insgesamt die freiwilligen Einweisungen. 32 % der Patienten wurden zwangseingewiesen, 4 % nach den Modalitäten der Entmündigung oder Pflegschaft untergebracht. Auf dem Lande überwogen die freiwilligen Aufnahmen mit 82 % wesentlich deutlicher als in der Stadt (55 %). Die Zwangsaufnahmen waren auf dem Lande mit 18 % sehr viel niedriger als in der Stadt, wo die administrativen Unterbringungsfälle einschließlich der untergebrachten entmündigten oder unter Pflegschaft stehenden Patienten zusammen 45 % erreichten. Diese Ergebnisse dürften dadurch bedingt sein, daß in der Stadt durch die Berliner Sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern der Bezirke sehr viele Zwangseinweisungen vorgenommen werden, daß einige Großkliniken in der Stadt wegen chronischer Überfüllung bevorzugt zwangseingewiesene Patienten aufnehmen und daß der Anteil von isoliert lebenden Patienten in der Stadt größer als auf dem Lande ist, wo die Einbettung in noch relativ intakte familiäre Strukturen dazu beitragen könnte, daß eine notwendige Aufnahme oder Wiederaufnahme ohne Zwangsmaßnahmen vonstatten geht.

Einweisungsinstanzen

Die Initiative für eine Aufnahme war bei 27 % aller erfaßten Patienten vom Hausarzt ergriffen worden, bei 17 % vom Nervenarzt, bei 6 % handelte es sich um Überweisungen aus Allgemeinkrankenhäusern, bei 4 % um solche aus anderen psychiatrischen Institutionen. Bei 29 % aller Patienten wurde die stationäre Aufnahme durch das Gesundheitsamt veranlaßt, bei 5 % durch die Polizei, bei ebenfalls 5 % durch direkte Initiative von Angehörigen ohne Zwischenschaltung anderer Instanzen, 7 % der Patienten meldeten sich selbst zur Aufnahme. Beim Vergleich zwischen Stadt und Land fällt der massive Anteil von 68 % durch den Hausarzt veranlaßten Einweisungen auf dem Land gegenüber nur 6 % solcher Einweisungen in der Stadt auf. Ein weiterer sehr deutlicher Unterschied betrifft den hohen Anteil von 39 % Zuweisungen durch die Gesundheitsfachverwaltung in der Stadt gegenüber 9 % auf dem Land. Verantwortlich hierfür ist ohne Zweifel die bereits erwähnte Einweisungsfunktion der Berliner sozialpsychiatrischen Dienste. Ein in seiner Deutlichkeit unübersehbares Vergleichsergebnis ist auch die Tatsache, daß Einweisungen durch die Polizei überhaupt nur in der Stadt (7 %) erfolgten, auf dem Lande aber bei keinem der untersuchten Patienten vorkamen. Bemerkenswert ist auch der höhere Anteil von Einweisungen auf Veranlassung der Angehörigen in der Stadt (7 %, Land 1 %) und der Selbstanmeldungen (Stadt 10 %, Land 1 Patient = 1 %).

Im Zusammenhang mit den im vorletzten Abschnitt mitgeteilten Ergebnissen kann zusammenfassend festgestellt werden, daß auf dem Lande der Hausarzt die ganz dominierende Zuweisungsinstanz darstellt. Diese Funktion wird in der Stadt nicht durch die Nervenärzte übernommen (Stadt und Land je 17 %), sondern durch andere, vor allem administrative und zwangsadministrative Zuweisungen ersetzt. Diese Feststellung verschärft sich angesichts der viel höheren Anteilsquoten der Nervenärzte an den Vorbehandlungen in der Stadt.

Dauer der stationären Behandlung

Insgesamt waren 91 % aller Patienten bis zu einem Jahr stationär behandelt worden, nur 9 % länger als ein Jahr, nur 1 % über sechs Jahre. Unterschiede zwischen Stadt und Land zeigten sich lediglich in Behandlungszeiträumen bis zu einer Woche (Stadt 8 %, Land 1 %). Der geringe Anteil langfristig behandelter Patienten dürfte dadurch begründet sein, daß in dem untersuchten Sample lediglich entlassene Patienten erfaßt wurden. Dadurch können die langfristig hospitalisierten Patienten kaum in Erscheinung treten.

Entlassung

Insgesamt wurden 73 % der Patienten in die eigene Wohnung bzw. Untermiete entlassen und 24 % in Heime. Andere Entlassungsmodalitäten kamen nur in 3 % aller Fälle vor. Erkennbare Unterschiede zwischen den Verhältnissen in der Stadt und auf dem Land ergaben sich nicht. Solche Unterschiede werden jedoch sehr deutlich dann, wenn untersucht wird, wie das soziale Bezugsfeld der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung beschaffen war. Die Gesamtauszählung ergibt einen Prozentsatz von 18 % nach draußen entlassener Patienten, bei denen keinerlei Bezugsperson vorhanden war. 57 % wurden zu solchen Bezugspersonen — fast ausschließlich Angehörige — entlassen, den Rest bilden die in Heime Verlegten. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land sind hier in mehrerer Hinsicht deutlich. Entlassungen zu nahestehenden Bezugspersonen erfolgten in der Stadt bei 51 % aller Patienten, auf dem Lande beträgt dieser Anteil aber 69 %. Da die Überweisungen in Heime keine signifikanten Unterschiede zeigen (Stadt 23 %, Land 26 %), ist die geschilderte Differenz bei Entlassungen zu Angehörigen durch die prozentualen Unterschiede bei solchen Patienten bedingt, die keinen Bezugspartner hatten und auch nicht in Heime verlegt wurden. Der hohe Anteil mangelnder sozialer Einbindung in der Stadt und völliger Isolation spiegelt sich in einer Anteilshöhe von 25 % solcher nach der Entlassung isoliert dastehender Patienten in der Stadt gegenüber nur 5 % auf dem Lande wider.

Entlassungszustand

Aus den Krankengeschichten erhebbares Kriterium war hier die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich in den entsprechenden Unterlagen widerspiegelt. Als arbeitsfähig, zumindestens bedingt arbeitsfähig wurden 48 % der Patienten entlassen, als zumindest für längere Zeit arbeitsunfähig 52 %. In der Stadt lag der Anteil der Bejahung einer Arbeitsfähigkeit mit 50 % etwas höher als auf dem Lande (45 %).

Überweisungen zu bestimmten Therapeuten

Insgesamt wurden, wie aus den Krankenakten zu entnehmen war, von den entlassenden Institutionen 81 % aller Patienten gezielt zur Nachbehandlung überwiesen. Hierbei ergaben sich jedoch sehr massive Unterschiede zwischen Stadt und Land in bezug auf die Adressaten dieser Überweisungen. Während in der Stadt der Anteil der Nervenärzte 55 % betrug — nur 9 % der Entlassenen wurden zu einem Hausarzt überwiesen —, sind die Verhältnisse auf dem Lande mit 63 % Überweisungen zum Hausarzt gegen nur 26 % Überweisungen zum Nervenarzt reziprok. Auch bei einer nach den Krankenakten nicht erfolgten oder aus ihnen nicht ablesbaren Überweisung sind die Unterschiede zwischen Stadt und Land sehr deutlich. In der Stadt fanden sich bei 29 % aller entlassenen Patienten keinerlei Unterlagen und Angaben über eine Überweisung zu einer Nachbehandlung, auf dem Land war dies bei keinem einzigen Patienten der Fall. Dieses auffallende Ergebnis könnte bedingt dadurch erklärt werden, daß die innerstädtischen Verhältnisse es angesichts der größeren gegenseitigen Bekanntheit der Ärzte und der kurzen Entfernungen eher als auf dem Lande nahe legten, sich telefonisch zu verständigen, ohne daß dies in der Krankengeschichte dokumentiert wurde. Es kann aber kaum angenommen werden, daß die immerhin beachtliche Zahl von fast einem Drittel fehlender Überweisungsbelege in der Stadt allein durch die Annahme telefonischer Überweisung erklärt werden kann. — Die in den bisher erwähnten Aufschlüsselungen nicht enthaltenen wenigen Patienten wurden entweder an mehrere Nachbehandler oder an die eigene Ambulanz der Institution (Poliklinik, „Graue Ambulanz" der Landeskrankenhäuser etc.) überwiesen.

Nachsorge

Nachbehandelnde Ärzte

45 % aller entlassenen Patienten wurden zu keinem Zeitpunkt innerhalb des katamnestischen Zeitraums von einem Nervenarzt gesehen, 13 % wurden während dieser Zeit ärztlich überhaupt nie erfaßt. Einen zumindest einmaligen oder vorübergehenden Zugang zur nervenärztlichen Versorgung fanden somit

Tabelle 1

Gesamtzugang zu ärztlichen Nachbehandlungen bei 300 aus stationärer Behandlung entlassenen schizophrenen Patienten in der Großstadt (N = 200) und in einer ländlich-kleinstädtischen Region (N = 100)

Ärztliche Institution	% der Entlassenen in		
	insgesamt	Stadt	Land
Nervenarzt insgesamt (einschl. Versorgung von Heimpatienten) ..	55	71	30
Davon: in ambulanter freier Praxis	38	49	19
Poliklinik, graue Ambulanz etc.	3	5	0
Kombinierte Behandlungen (Außenfürsorge der PKH's)	4	1	10
Hausarzt	25	10	49
Keinerlei Arztkontakte während des katamnestischen Zeitraums = ein Jahr bzw. bis zu einer Wiederaufnahme innerhalb dieses Jahres	13	13	11
insgesamt	100	100	100

n o c h : Tabelle 1

Kontinuität der Nachbehandlungen	% der Entlassenen in		
	insgesamt	Stadt	Land
Einmalige, vorübergehende und abgebrochene Kontakte	18	22	11
Ärztliche Kontakte während des ganzen katamnestischen Zeitraums (während eines Jahres nach Entlassung bzw. bis zu einer Wiederaufnahme)	69	65	78
Nervenärztliche Behandlungen (einschließlich Heimpatienten) während des ganzen katamnestischen Zeitraums	45	55	27

55 % aller Entlassenen. Bei 3 % erfolgte ein Zugang in eine eigene Ambulanz (Poliklinik, „Graue Ambulanz" etc.) der Institutionen, die den Patienten stationär behandelt und entlassen hatten, bei 4 % in eine solche eigene Ambulanz in Kombination mit einer Behandlung durch einen anderen Arzt. 25 % aller Entlassenen wurden zumindest einmal oder vorübergehend durch Ärzte für Allgemeinmedizin (Hausärzte) erfaßt (Tabelle 1).

Während in der Stadt Zugänge zu Hausärzten mit 10 % eine recht untergeordnete Rolle spielten (Nervenärzte 71 %), wurden auf dem Lande durch die Praxen niedergelassener Hausärzte nach einer rein formalen Bewertung — Abgabe des Krankenscheins — 49 % der entlassenen Patienten erfaßt (Nervenärzte 30 %). Wie bereits bei der Aufschlüsselung der Vorbehandlungen, und in zahlenmäßig guter Übereinstimmung, spiegelt sich hier die quantitativ wesentlich geringere Rolle der Nervenärzte auf dem Lande wider und die Tatsache, daß an ihre Stelle weitgehend die Hausärzte treten. Der Unterschied von 1 % kombinierter Nachbehandlungen in der Stadt gegen 10 % solcher Behandlungen auf dem Lande war vor allem durch die zusätzliche Nachsorge innerhalb der Außenfürsorge der Landeskrankenhäuser bedingt.

Übereinstimmung mit Entlassungsüberweisungen

Auch ein Vergleich der von den entlassenden Institutionen nach deren Überweisungsunterlagen für die Behandlung vorgesehenen Ärzten mit den hier mitgeteilten Ergebnissen zeigt bezüglich der prozentualen Verteilungen eine gute Übereinstimmung. Allerdings ergeben sich bei näherer Analyse gewisse Umschichtungen. So zeigt sich insbesondere, daß von all denjenigen Patienten, die nach der Entlassung in einer nervenärztlichen Praxis erschienen, keineswegs alle auch zu diesem Nervenarzt überwiesen worden waren. Es sind beispielsweise auf dem Land bei der relativ geringen Zahl der in einer nervenärztlichen Praxis nach der Entlassung Erschienenen nur 63 % dieser Patienten von der entlassenden Institution zu diesem Nervenarzt überwiesen worden, während bei 20 % die Überweisung an einen Hausarzt erfolgt war. Andererseits waren von den in der hausärztlichen Praxis erfaßten Patienten 11 % (Stadt 21 %) zum Nervenarzt überwiesen worden.

29 % der von Nervenärzten vorbehandelten Patienten erschienen zur Nachbehandlung nicht wieder bei Nervenärzten. Ein Viertel dieser ausgebliebenen Patienten erschien beim Hausarzt, ein Fünftel in den Ambulanzen der entlassenden Institutionen, bei über der Hälfte erfolgte keinerlei Nachbehandlung.

Nachbehandlung durch Nervenärzte

Bezogen auf die Gesamtzahl aller entlassenen Patienten war zunächst festzustellen, daß bei Ausklammerung aller quantitativen (Dauer, Regelmäßigkeit und Häufigkeit) sowie qualitativen (Intensität und Art der Zuwendung) Aspekte von der nervenärztlichen Fachbehandlung 55 % aller Patienten nach der Entlassung erfaßt wurden. Auf die massiven Unterschiede zwischen Stadt (71 %) und Land (30 %) wurde bereits hingewiesen. Diese Unterschiede können sicher nicht allein durch die Entfernungen in ländlichen Regionen erklärt werden. Wie eingangs referiert wurde, sind Unterschiede der Entfernungen zwischen Wohnort und nächstem niedergelassenen Nervenarzt in der ländlich-kleinstädtischen Region bei Vergleich der vom Nervenarzt nachbehandelten und der übrigen Patienten zwar vorhanden, aber recht gering. Zur Erklärung der groben Differenz müssen deshalb zusätzliche quantitative Faktoren, in erster Linie die auch relativ — in bezug auf die Gesamtpopulationen in Stadt und Land — geringere Dichte niedergelassener Praxen auf dem Lande sowie qualitative Momente herangezogen werden.

Kontinuität

Der Prozentsatz von 55 % nach der Entlassung nervenärztlich nachbehandelter Patienten reduziert sich bei Partialauszählungen in mehrerer Hinsicht. Im Hinblick auf den wichtigen Aspekt einer durchgehenden Behandlung während des katamnestischen Zeitraums zeigt sich, daß in der Stadt bei 21 %, auf dem Lande bei 10 %, insgesamt bei 19 % aller nach der Entlassung nervenärztlich erfaßten Patienten = 10 % aller Entlassenen ein Abbruch dieser Behandlung erfolgte, der nicht durch eine notwendig gewordene Wiederaufnahme bedingt war. Insgesamt wurden daher nur 45 % aller aus stationärer Behandlung Entlassenen (Stadt 55 %, Land 27 %) durchgehend, d. h. während des gesamten katamnestischen Zeitraums vom Nervenarzt behandelt (Tabelle 2).

Tabelle 2

Fachärztliche Nachbehandlungen krankenhausentlassener schizophrener Patienten während eines Jahres nach Entlassung bzw. bis zu einer Wiederaufnahme

Behandlungsmodalität	% der entlassenen Patienten in		
	insgesamt N = 256	Stadt N = 157	Land N = 99
Gesamtzugang (einschließlich Heimpatienten und einmaliger, abgebrochener und nur vorübergehender Behandlung)	55	71	30
Durchgehende Kontakte während des katamnestischen Zeitraums	45	55	27
Durchgehende und einigermaßen regelmäßige Behandlungen (mindestens einmal monatlich)	38	49	21
Über reine Medikationsverschreibung hinausgehende Zuwendungen bei den Konsultationen	20	28	8
Durchgehende, regelmäßige und über reine Medikationsverschreibung hinausgehende Behandlungen	15	21	6
Einschätzung durch Patienten als zumindest hilfreich	31	40	14
Einschätzung durch Untersucher als mindestens einigermaßen befriedigend	24	33	10
Nachbehandlungen in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes			
Gesamtzugang	38	49	19
Durchgehende und einigermaßen regelmäßige Behandlungen (mindestens einmal monatlich)	24	32	11
Durchgehende, regelmäßige und über reine Medikationsverschreibung hinausgehende Behandlungen	9	11	5

Medikation

Keinerlei Medikamenteneinnahme während des katamnestischen Zeitraums erfolgte bei 12 % aller entlassenen Patienten. Nur kurzfristig im Anschluß an die Entlassung medikamentiert wurden von Nervenärzten 7 %, zeitweise innerhalb des gesamten katamnestischen Zeitraums ebenfalls 7 %, mehr oder weniger durchgehend während dieser Zeitraums 40 %. Beim Vergleich dieser Ergebnisse mit denen bezüglich der Kontinuität der Behandlung zeigen sich weitgehende zahlenmäßige Übereinstimmungen: Nachbehandlung abgebrochen 10 %, Medikation nur kurzfristig 7 %. Nachbehandlung während des gesamten katamnestischen Zeitraums 45 %, Medikation während dieses ganzen Zeitraums 40 %. Auch der häufigere Behandlungsabbruch bei städtischen Nervenarztpatienten macht sich in einem relativ höheren Anteil von 26 % nicht oder nicht durchgehend Medikamentierter unter den städtischen gegenüber 17 % unter den ländlichen Nervenarztpatienten bemerkbar. Die Gegenüberstellungen zeigen deutlich, daß bei den von Nervenärzten nachbehandelten schizophrenen Patienten in aller Regel auch medikamentiert wurde.

Regelmäßigkeit

Sofern — unter Nichtbeachtung eines eventuellen Behandlungsabbruchs — lediglich die Regelmäßigkeit während der Dauer einer Behandlung erfaßt wird, ergibt sich folgendes Ergebnis: Zumindest zeitweise während des katamnestischen Zeitraums wurden 26 % (Stadt 34 %, Land 12 %) aller entlassenen Patienten einigermaßen regelmäßig alle 8 bis 14 Tage vom Nervenarzt behandelt. Unter den städtischen Nervenarztpatienten war diese Behandlungsdichte mit 51 % auch relativ höher gegenüber dem entsprechenden Anteil von 40 % unter den ländlichen Nervenarztpatienten. Unter Hinzunahme der etwa einmal monatlich nachbehandelten Patienten erhöht sich die Gesamtzahl der während der Dauer ihrer Behandlung zumindest einigermaßen häufig und regelmäßig vom Nervenarzt behandelten auf 44 % aller Entlassenen (Stadt 56 %, Land 23 %). Bei den im weiteren zu referierenden mehrdimensionalen Analysen wurde der letztere Maßstab zugrunde gelegt, der auch nur etwa einmal monatlich erfolgte Konsultationen als regelmäßige Nachbehandlungen einstuft.

Intensität und Zuwendung

In bezug auf qualitativ relevante Parameter führte die Untersuchung der Nachbehandlung zu einigen Ergebnissen, welche globale Aussagen über die nervenärztliche Nachbehandlung ebenfalls zu differenzieren gestatten. Über eine reine Medikationsverschreibung mit allenfalls kurzem Arztkontakt hinausgehende nervenärztliche Behandlungen, die zumindest durch kürzere Gespräche im Sinne medikamentöser Beratung gekennzeichnet waren, fanden nur bei 20 % (Stadt 28 %, Land 8 %) aller entlassenen Patienten statt, wobei 39 % unter den städtischen Nervenarztpatienten in dieser Weise und

damit intensiver als die ländlichen Nervenarztpatienten mit 27 % behandelt wurden. Mißt man die Qualität einer nervenärztlichen Nachbehandlung schizophrener Patienten an zumindest gelegentlich ausführlicheren und eingehenderen ärztlichen Gesprächen oder an einer zumindest gelegentlichen Mitberatung von Angehörigen, so reduziert sich der Anteil der von Nervenärzten in diesem Sinne Nachbehandelten auf 12 % aller entlassenen Patienten (Stadt 18 %, Land 4 %). Bei den mehrdimensionalen Beurteilungen haben wir jedoch den bescheideneren, ein Minimum an erwartbarer Zuwendung und an Zeitaufwand beinhaltenden ersten Maßstab zugrunde gelegt, bei dessen Anwendung gleichwohl nur bei einem Fünftel, auf dem Lande bei weniger als einem Zehntel aller entlassenen Patienten von einer qualitativ an der unteren Grenze des Erwartbaren liegenden nervenärztlichen Nachbehandlung gesprochen werden kann (Tabelle 2).

Einschätzung durch die Patienten

Nur die Hälfte der von den Nervenärzten nachbehandelten Patienten, das entspricht 31 % aller Entlassenen (Stadt 40 %, Land 14 %), sahen in ihrer nervenärztlichen Nachbehandlung zumindest eine Hilfe und drückten damit eine relative Zufriedenheit mit der Behandlung aus. Abweichungen von den generellen quantitativen nervenärztlichen Nachbehandlungsverhältnissen in Stadt und Land ergaben sich hier auch insofern, als eine solche Zufriedenheit von 59 % der städtischen Nervenarztpatienten häufiger angegeben wurde, dagegen nur von 42 % der ländlichen Patienten. Eine große oder sehr große Hilfe sahen in ihrer Nachbehandlung 33 % der Nervenarztpatienten = 19 % aller Entlassenen (Stadt 22 %, Land 12 %) (Tabelle 2).

Einschätzung durch die Untersucher

Diese Einschätzungen wurden anhand definierter formaler Kriterien vorgenommen. Bei der Einordnung innerhalb der verwendeten Skala wurden jeweils verschiedene Gesichtspunkte in definierter Gewichtung berücksichtigt: Formale Qualifikation des Nachbehandlers — bei niedergelassenen Nervenärzten grundsätzlich bejaht —, Konstanz und Dichte der Nachbetreuung, Intensität und Zeitaufwand der einzelnen Kontakte, über reine Medikation und über Beratung hinausgehende Therapie, Einbeziehung von Angehörigen und Kontaktpersonen, Hausbesuche etc. Als geringe Qualifikation wurde eine reine Medikationsverschreibung, als maximale Qualifikation intensive und regelmäßige Einzelgespräche oder gruppentherapeutische Gespräche oder die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Behandlung angesehen.

Nicht berücksichtigt wurde die Dauer und ein erfolgter Abbruch der Behandlung, bewertet wurde lediglich deren Qualität während ihrer Dauer.

Nach den beschriebenen Kriterien konnten die Untersucher der nervenärztlichen Nachbehandlung eine überdurchschnittliche Qualität bei 9 % aller Nervenarztpatienten = 5 % aller Entlassenen (Stadt 6 %, Land 3 %) feststellen, mindestens eine einigermaßen befriedigende Qualität insgesamt bei 44 % aller Nervenarztpatienten = 24 % aller Entlassenen (Stadt 33 %, Land 10 %), (Tabelle 2). Auch hier sind die Unterschiede zwischen Stadt und Land nicht nur auf die generelle nervenärztliche Unterversorgung der ländlich-kleinstädtischen Region zurückzuführen, da unter den städtischen Nervenarztpatienten deren Nachbehandlung bei insgesamt 46 % als mindestens befriedigend, unter den ländlichen Nervenarztpatienten hingegen nur bei 33 % analog eingeschätzt wurde. Bei den folgenden mehrdimensionalen Analysen wurde der weniger strenge, die 3 letzten Stufen der 5stufigen Skala zusammenfassende Maßstab angelegt, der in der Stadt bei einem Drittel, auf dem Lande bei einem Zehntel der Entlassenen eine qualitativ befriedigende nervenärztliche Nachbehandlung auswies.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die isolierte Untersuchung einzelner Behandlungsmodalitäten eine nur sehr partielle Erfassung der Entlassenen durch nervenärztliche Nachbehandlungen ergaben und — trotz des in der Stadt häufigeren Abbruchs von Behandlungen — eine ausgesprochene nervenärztliche Mangelversorgung der in die ländlich-kleinstädtische Region entlassenen Patienten widerspiegeln. Darüber hinaus zeigt die Analyse fast aller für die Beurteilung einer aufgenommenen Behandlung relevanten Faktoren, daß nervenärztliche Nachbehandlungen auf dem Land qualitativ weniger zufriedenstellend waren als in der Stadt.

Mehrdimensionale Analysen

Die bisher referierten Ergebnisse bezogen sich überwiegend auf einzelne Variablen und untersuchten isoliert den Zugang zur nervenärztlichen Behandlung nach der Entlassung überhaupt, die Kontinuität der Nachbehandlung während des katamnestischen Zeitraums bzw. deren Abbruch, die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Nachbehandlung, die Medikation, die Intensität und Breite der Zuwendung, die Einschätzung durch den Patienten sowie die Einschätzung durch den Untersucher. Ein genaueres Bild läßt sich durch die Kombination mehrerer solcher Betrachtungsweisen erhalten (Tabelle 2).

Kontinuität und Regelmäßigkeit

Zunächst lassen sich die zeitlichen Kriterien der Nachbehandlungsmodalitäten kombinieren: Bis zum Ende des katamnestischen Zeitraums, also über die Strecke eines vollen Jahres bzw. bis zu einer notwendig gewordenen Wiederaufnahme durchgehende und dabei regelmäßige, d. h. mindestens einmal im Monat durchgeführte nervenärztliche Nachbehandlungen erfolgten bei 38 % aller Entlassenen (Stadt 49 %, Land 21 %).

Kontinuität, Regelmäßigkeit und Intensität

Fügt man diesen beiden Kriterien der durchgehenden Behandlung und deren Regelmäßigkeit das früher beschriebene bescheidene Qualitätsmerkmal einer zumindest kurzen, über reine Medikationsverschreibungen hinausgehenden Zuwendung bei den Behandlungen hinzu, so ergibt sich für solche als relativ befriedigend anzusehende nervenärztliche Nachbehandlungen eine Quote von 15 % aller Entlassenen (Stadt 21 %, Land 6 %).

Kontinuität, Regelmäßigkeit, Intensität und positive Beurteilung

Wenn zusätzlich zu diesen drei Kriterien in die Berechnung auch die Bedingung einging, daß die Behandlung zumindest als einigermaßen befriedigend eingeschätzt wurde, so ergibt sich keinerlei Abweichung in den erhaltenen Prozentzahlen. Die nach den formalen Kriterien als relativ befriedigend ausgewiesenen nervenärztlichen Behandlungen wurden durchgehend auch als mindestens befriedigend eingeschätzt. Die Einschätzung war also eher weniger streng, was den auf ihr basierenden oben referierten Ergebnissen deshalb ein besonderes Gewicht verleiht.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser die einzelnen Nachbehandlungsmodalitäten kombinierenden Untersuchungen, bei weiterhin deutlichen Unterschieden zuungunsten der Verhältnisse auf dem Land, auch in der Stadt erhebliche Ausfälle an durchgehenden und einigermaßen regelmäßigen fachärztlichen Nachbehandlungen. Der starke Abfall der Quoten bei Einbeziehung des qualitativen Kriteriums der Zuwendungsintensität demonstriert ferner bei mehr als der Hälfte auch der regelmäßig Nachbehandelten eine gewisse Flüchtigkeit der Konsultationen bei diesen krankenhausentlassenen schizophrenen Patienten.

Die Praxis des niedergelassenen Nervenarztes

Bei allen bisher mitgeteilten Untersuchungsergebnissen waren diejenigen Patienten einbezogen worden, die nach dem stationären Aufenthalt in Heime entlassen worden waren. Dadurch spiegeln die bisherigen Zahlen nicht exakt die Verhältnisse einer echten ambulanten nervenärztlichen Nachbehandlung in der freien Praxis wider. Die Einbeziehung von immerhin insgesamt 43 fachpsychiatrisch erfaßten Heimpatienten beeinflußt die Ergebnisse schon deswegen, weil bei diesen Patienten bereits durch das Behandlungssetting in der Regel eine Kontinuität und auch eine gewisse Regelmäßigkeit gewährleistet war. Hinzu kommt, daß diese Patienten überwiegend von institutionseigenen oder konsiliarisch tätigen Ärzten aus psychiatrischen Institutionen versorgt wurden. Es schien daher geboten, eine mehrdimensionale Untersuchung der Nachbehandlung im Hinblick auf die ambulante Praxis des niedergelassenen Nervenarztes so durchzuführen, daß diese Heimpatienten nicht in die prozentualen Anteile von Behandlung in bezug auf die Entlassungen eingehen. Bei einem solchen Vorgehen ergeben sich folgende Resultate (Tabelle 2).

Gesamtzugang

Einen zumindest einmaligen oder vorübergehenden Zugang zur ambulanten Praxis niedergelassener Nervenärzte fanden 38 % aller Entlassenen (Stadt 49 %, Land 19 %).

Kontinuität und Regelmäßigkeit

Durchgehend während des ganzen katamnestischen Zeitraums und regelmäßig mindestens einmal monatlich behandelt wurden in der ambulanten Praxis niedergelassener Nervenärzte 24 % aller Entlassenen (Stadt 32 %, Land 11 %).

Kontinuität, Regelmäßigkeit und Intensität

Durchgehend und gleichzeitig regelmäßig mindestens einmal monatlich, dabei mit einer über eine reine Medikationsverschreibung hinausgehenden Zuwendung in den Sprechstunden behandelt wurden in der ambulanten Praxis niedergelassener Nervenärzte 9 % aller Entlassenen (Stadt 11 %, Land 5 %).

Diese Zahlen spiegeln damit wider, bei welchem Anteil aller entlassenen schizophrenen Patienten eine echte ambulante Nachbehandlung in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes erfolgte, die als einigermaßen zufriedenstellend bezeichnet werden kann. Auch bei alleiniger Berücksichtigung der zeitlichen Kriterien durchgehender und regelmäßiger Konsultationen, wobei also auch die sich auf reine Medikationsverschreibungen beschränkenden Nachbehandlungen als sinnvoll angesehen werden, demonstriert der Anteil von knapp einem Drittel der Entlassenen in der Stadt keinen sehr hohen, der Anteil von nur einem guten Zehntel auf dem Land einen sehr geringen Beitrag der nervenärztlichen freien Praxis an der Nachbehandlung der krankenhausentlassenen schizophrenen Patienten. Es ist außerdem bemerkenswert, daß der relative Abfall der prozentualen Anteile nach Einbeziehung des qualitativen Kriteriums der Intensität bei Nichteinbeziehung der Heimpatienten größer wird (von 24 % auf 9 % gegenüber 38 % auf 15 %), was den für diese Patienten zur Verfügung stehenden Zeitaufwand in der nervenärztlichen Praxis verdeutlichen mag (Tabelle 2).

Nachbehandlung durch Hausärzte

Angesichts ihrer quantitativen Bedeutung insbesondere in der ländlich-kleinstädtischen Region können Nachbehandlungen durch Hausärzte nicht unberücksichtigt bleiben, wenn die Nachsorge krankenhausentlassener schizophrener Patienten und deren fachliche Qualität beurteilt werden soll.

Der Anteil der Gesamtzugänge bei Hausärzten auf dem Lande ließ mit 49 % der entlassenen Patienten (Stadt 10 %) erkennen, daß die nervenärztliche Mangelversorgung auf dem Land unter dem rein quantitativen Gesichtspunkt einer zumindest vorübergehenden Erfassung durch die Hausärzte kompensiert wurde (Tabelle 1). Bei dem folgenden kurzen Hinblick auf die quantitativen und qualitativen Modalitäten der hausärztlichen Nachbehandlung sind die Ergebnisse daher weitgehend durch die Verhältnisse auf dem Land bestimmt. Zur Verdeutlichung werden bei deren Darstellung die untersuchten einzelnen Parameter jeweils prozentual auf die Gesamtzahl der von den Hausärzten erfaßten Patienten bezogen und gegebenenfalls mit den entsprechenden Verhältnissen bei den von Nervenärzten erfaßten verglichen.

Kontinuität und Regelmäßigkeit

Zu einem Abbruch der Behandlung kam es bei 21 % der Hausarztpatienten (Nervenarztpatienten 19 %). Auch die Verhältnisse beim Vergleich Stadt/Land zeigen Analogien zur nervenärztlichen Nachbehandlung. Auffallend ist der mit 50 % hier noch viel höhere Anteil abgebrochener Behandlungen in der Stadt (Land 12 %). Regelmäßig alle 8 bis 14 Tage während der Dauer einer Behandlung kam es bei 44 %, mindestens einmal monatlich bei 72 % der Hausarztpatienten zu ärztlichen Kontakten (49 bzw. 84 % bei Nervenarztpatienten), deren Art im folgenden Kapitel beschrieben wird. Durchgehende Nachbehandlung (79 %) und durchgehende Medikation (70 %) decken sich auch bei den Hausarztpatienten weitgehend.

Intensität und Zuwendung

Während sich bezüglich der zeitlichen Faktoren kein wesentlicher Unterschied zur nervenärztlichen Nachbehandlung ergab, wird ein qualitativer Unterschied bei einer Differenzierung nach Art und Intensität der ärztlichen Kontakte sehr deutlich. Nur bei 11 % der Hausarztpatienten (gegen 36 % der Nervenarztpatienten) gingen die Konsultationen über eine reine Medikamentenverschreibung mit allenfalls kurzen persönlichen Arztkontakten hinaus. Bei den übrigen Patienten handelte es sich praktisch um Rezeptausstellungen. Bei immerhin 45 % der Hausarztpatienten beinhaltete deren Nachbehandlung sogar, daß die Hausärzte in der Regel ohne persönlichen Kontakt mit den Patienten — meist über Angehörige — Rezepte ausstellten.

Einschätzung

Auch die formalisierte und objektivierende Beurteilung durch die Untersucher führte zu deutlich schlechteren Ergebnissen gegenüber den nervenärztlichen Nachbehandlungen. Obwohl oben gezeigt werden konnte, daß der Maßstab dieser Beurteilungen eher zu günstigeren Ergebnissen führt als Einstufungen aufgrund mehrdimensionaler Analysen, konnten die Untersucher nach den oben beschriebenen Kriterien eine mindestens einigermaßen befriedigende Qualität der Nachbehandlung nur 9 % der Hausarztpatienten (gegen 44 % der Nervenarztpatienten) zusprechen.

Wie schon bei den sich allein auf die Intensität und Zuwendung beziehenden Ergebnissen zeigt sich hier sehr deutlich, daß eine Nachbehandlung durch den Hausarzt die fachärztliche Nachbehandlung nicht ersetzen konnte. Sie ist — bei allen Einschränkungen auch bezüglich der Qualität nervenärztlicher Nachbehandlung, wie sie sich in unseren differenzierenden Ergebnissen wiederspiegelte — kein Ersatz für diese. Angesichts der aus den Resultaten ablesbaren Modalitäten muß die Nachbehandlung schizophrener Patienten durch Hausärzte als eine so sicher in keiner Weise befriedigende und im Grunde als eine Notlösung bezeichnet werden. Die nervenärztliche Mangelversorgung auf dem Lande wurde durch diese Bemühungen der Hausärzte jedenfalls nicht ausgeglichen.

Gesamtversorgung

Angesichts der aus den mitgeteilten Ergebnissen ablesbaren weitgehenden Unterschiede der Nachsorgemodalitäten in Stadt und Land, vor allem aber wegen der qualitativen Verschiedenheit nervenärztlicher und hausärztlicher Nachbehandlung, kann eine — auch die Nachbehandlung durch Institutionen einbeziehende — additive Gesamtauszählung nicht mehr als summarische Aussagen über die formale Nachsorgedichte leisten und damit gewisse Hinweise auf entscheidende Betreuungslücken geben.

Wie bereits erwähnt, kam es bei 13 % aller Entlassenen während des katamnestischen Zeitraums zu keinerlei Kontakten mit Ärzten. Bei 2 % erfolgte nur ein einziger Kontakt, bei 10 % wurde die Nachbehandlung bereits innerhalb von 6 Wochen nach der Entlassung, bei weiteren 6 % zu einem späteren Zeitpunkt vor Ende des katamnestischen Zeitraums abgebrochen, ohne daß dieser Abbruch durch eine notwendig gewordene Wiederaufnahme bedingt war. 31 % von Fällen, in denen keine kontinuierliche oder überhaupt keine Nachbehandlung erfolgte, stehen somit 69 % aller entlassenen Patienten gegenüber, die — wenn auch in qualitativ sehr unterschiedlicher Weise — sich während des katamnestischen Zeitraums in ärztlicher Behandlung befanden. Während sich beim Vergleich Stadt/Land bezüglich der nach ihrer Entlassung niemals von einem Arzt gesehenen Patienten keine Unterschiede zeigten, sind solche sehr deutlich bezüglich der 18 % Behandlungsabbrüche (Stadt 22 %, Land 11 %), die sowohl bei den Nervenärzten wie den von Hausärzten Behandelten in der Stadt wesentlich häufiger vorkamen. Unter rein formalen Gesichtspunkten irgendwelcher direkter oder indirekter Arztkontakte war die Quote mehr oder weniger durchgehender Verbindungen mit einer ärztlichen Instanz deshalb auf dem Lande mit 78 % höher als in der Stadt mit 65 %. Analoges gilt für die Medikation, von der sich

oben zeigen ließ, daß sie bei unserem Sample praktisch immer mit einer erfolgten Behandlung einherging, die sich bei den Hausärzten weitgehend in Medikationsverschreibungen erschöpfte (insgesamt 65 %, Stadt 61 %, Land 72 %). Dagegen ist der Anteil regelmäßiger Behandlungen auf dem Lande geringer wegen des erheblichen Überwiegens der weniger konstant behandelnden Hausärzte. Auch bei der Gesamtauszählung ärztlicher Nachsorge sind die Ergebnisse stark durch die Heimpatienten bestimmt, bei denen das Unterbringungssetting in einer konsiliarisch betreuten Institution, aus welcher diese Patienten während des katamnestischen Zeitraums in der Regel nicht entlassen wurden, die Kontinuität der Behandlung praktisch immer bejahen ließ. Bei Nichteinbeziehung der Heimpatienten in die Quote der durchgehend Nachbehandelten reduziert sich diese auf 41 % aller Entlassenen (Stadt 37 %, Land 46 %), welche den Anteil derjenigen Patienten repräsentiert, bei denen qualitativ allerdings äußerst unterschiedliche Kontakte zur ambulanten ärztlichen Praxis mehr oder weniger regelmäßig während des ganzen katamnestischen Zeitraums erfolgten.

Versorgungsqualität

Über einmalige oder nur kurzfristig nach der Entlassung bestehende Kontakte hinausgehende Nachbehandlungen bestanden überwiegend in Medikationsverordnungen. Der Anteil der sich hierin erschöpfenden ärztlichen Zuwendungen lag mit zwei Drittel, auf dem Land wegen der in der hier überwiegenden hausärztlichen Praxis festgestellten Behandlungsmodalitäten sogar mit drei Viertel aller Behandlungen sehr hoch. Eine darüber hinausgehende Behandlung erfolgte dementsprechend in der Stadt mit 37 % bei deutlich mehr entlassenen Patienten als auf dem Lande mit 16 %. Zu einer intensiv auf den Patienten eingehenden Nachbehandlung oder Behandlungen unter Einschluß von zusätzlichen Beratungen von Angehörigen oder Bezugspersonen kam es auf dem Land nur bei 5 von 100 = 5 % Patienten, während der entsprechende Anteil in der Stadt immerhin 25 % betrug.

Die generelle, auf dem Lande drastische qualitative Insuffizienz der ärztlichen Nachsorge wird auch durch die nach den obengenannten Kriterien erfolgte Einschätzung durch die Untersucher demonstriert. Eine qualitativ mindestens einigermaßen befriedigende Nachbehandlung konnte hiernach in der Stadt bei 44 %, auf dem Lande nur bei 17 % (insgesamt 33 %) der entlassenen Patienten bejaht werden.

Nachbetreuung

Gesamterfassung und Nachbetreuungsinstanzen

Keinerlei soziale Nachbetreuung erfolgte in 54 % aller Fälle. 46 % allen Entlassenen wurden — zumindest vorübergehend oder gelegentlich — von entsprechenden Institutionen nachbetreut. Ins Gewicht fallen hier lediglich Nachbetreuungen durch das Gesundheitsamt (20 %) und bei Heimunterbringung (23 %). Bei allen Heimpatienten war eine gewisse Konstanz der Nachbetreuung angesichts ihrer Unterbringung einigermaßen gesichert. Bei Nichteinbeziehung dieser Patienten in die prozentualen Nachbetreuungsanteile beträgt der Anteil zumindest vorübergehend oder gelegentlich durch Nachbetreuungen ambulant erfaßter Patienten 23 % aller Entlassenen (Stadt 34 %, Land 5 %). Nur kurzfristig oder gelegentlich wurden 13 %, etwa einmal im Quartal 4 % sozial betreut. Der Anteil regelmäßiger, mindestens einmal monatlich erfolgter sozialer Betreuung ambulanter Patienten betrug damit 6 % aller Entlassenen (Stadt 8 %, Land 1 %) (Tabelle 3).

Beim Vergleich Stadt/Land ergaben sich sehr deutliche Unterschiede bei den überhaupt nicht nachbetreuten Patienten (Stadt 44 %, Land 70 %) sowie bei den vom Gesundheitsamt Nachbetreuten (Stadt 30 %, Land 2 %). Keine Unterschiede zeigten sich bei Heimpatienten. Die hohe Quote der vom Gesundheitsamt nachbetreuten städtischen Patienten ist durch die Institution der sozialpsychiatrischen Dienste in Berlin bedingt (Tabelle 3).

Tabelle 3

Fachärztliche Nachbehandlung und soziale Nachbetreuung

Nachsorgemodalität	% der entlassenen Patienten in		
	insgesamt	Stadt	Land
Gesamtzugang Nervenärzte	55	71	30
Gesamtzugang soziale Institutionen (einschließlich Heimbetreuung)	46	56	30
Regelmäßige Nachbehandlung mindestens einmal monatlich ..	44	56	23
Regelmäßige Nachbetreuung	29	29	26
Gesamtzugang ambulante Praxis niedergelassener Nervenärzte	38	49	19
Gesamtzugang soziale Institutionen (ohne Heime)	23	34	5
Regelmäßige und durchgehende Nachbehandlung in freier Praxis	24	32	11
Regelmäßige Nachbetreuung ambulanter Patienten	6	8	1

Einschätzung durch die Patienten

Keine oder nur eine geringe Hilfe haben ihrer Nachbetreuung insgesamt 58 % derjenigen Patienten beigemessen, bei denen eine solche Nachbetreuung überhaupt stattfand und die sich hierzu äußerten. Eine große oder sehr große Hilfe sahen in ihrer Nachbetreuung 26 %. Beim Vergleich Stadt/Land waren auf dem Lande mehr Patienten mit der Nachbetreuung unzufrieden als in der Stadt. Deutlich positiv bewertet wurde die Nachbetreuung auf dem Land von keinem einzigen der neun nachbetreuten Patienten, die zu dieser Frage Angaben machten.

Einschätzung durch die Untersucher

Auch die Einschätzung der Nachbetreuung durch die Untersucher wurde im Rahmen definierter formaler Kriterien vorgenommen .Die Untersucher bewerteten die Nachbetreuung danach als wertlos oder sehr wenig wertvoll in 36 % aller überhaupt nachbetreuten Fälle, als wenig gut in 28 %, als relativ gut in 30 % und als gut bis sehr gut in 6 % aller nachbetreuten Fälle. Auch von den Untersuchern wurde — ebenso wie die Nachbehandlung — die Nachbetreuung auf dem Land wesentlich schlechter eingestuft (wertlos bis wenig gut 88 % gegenüber Stadt 57 %, relativ gut bis sehr gut 12 % gegen Stadt 43 %).

Nachbetreuung bei Nervenarztpatienten

Wie Tabelle 3 zeigt, liegt der Anteil der Patienten, die Zugang zu einer Nachbetreuung fanden, in der Stadt deutlich unter der Quote der fachärztlichen Gesamtzugänge. Bei Betrachtung der regelmäßigen Nachsorgemodalitäten wird die Differenz noch wesentlich deutlicher. Die annähernd gleichhohen Anteile bei den Patienten auf dem Land sind durch die Heimpatienten bedingt, bei deren Nichtberücksichtigung die Gesamtquote zumindest einmal oder gelegentlich Nachbetreuter in der Stadt auf zwei Drittel, auf dem Lande auf ein Viertel der vergleichbaren Nachbehandlungszugänge in der nervenärztlichen Praxis sinkt. Der Anteil regelmäßiger Nachbehandlungen bei solchen Patienten war in der Stadt sogar viermal so hoch wie derjenige regelmäßiger Nachbetreuung. Auf dem Lande wurde nur ein einziger ambulanter Patient regelmäßig sozial betreut.

Entscheidend für die bei krankenhausentlassenen schizophrenen Patienten wichtige Frage psychosozialer Hilfen im Sinne von die medizinische Nachsorge begleitenden und mit ihr kombinierten sozialen Maßnahmen ist der Hinblick auf den Anteil solcher sozialen Hilfen bei Nervenarztpatienten. Zumindest vorübergehende oder gelegentliche soziale Nachbetreuungshilfen erhielten in der Stadt 62 %, auf dem Lande 43 % aller Nervenarztpatienten (Gesamt 58 %); nach Abzug der Heimpatienten in der Stadt noch 36 %, auf dem Land nur noch 3 % der Nervenarztpatienten (insgesamt 28 %). Eine regelmäßige Nachbetreuung ambulanter Patienten begleitete die fachärztliche Nachbehandlung in der Stadt nur bei 10 % der Nervenarztpatienten, auf dem Lande kam sie überhaupt nicht vor.

Sieht man von den in Heimen untergebrachten Patienten ab, deren Unterbringungssetting bereits eine Form sozialer Betreuung darstellt, so läßt sich feststellen, daß von einer eigentlichen Nachbetreuung nur bei den städtischen Patienten gesprochen werden kann, wobei diese im wesentlichen von den Sozialpsychiatrischen Diensten der Berliner Gesundheitsämter geleistet wurde. Nur bei einem guten Drittel der Nervenarztpatienten kam es zu begleitenden sozialen Hilfen, die nur bei einem Zehntel die nervenärztliche Nachbehandlung regelmäßig begleiteten.

Selektionstendenzen

Die aus den mitgeteilten Ergebnissen ablesbare Tatsache nur partiell erfolgter Nachbehandlungen und des hohen Anteils von Hausärzten vor allem auf dem Land wirft die Frage auf, inwieweit sich bei den von Nervenärzten nachbehandelten Patienten Verschiebungen zugunsten bestimmter Patientengruppen erkennen lassen. Die im folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich vergleichend auf die jeweiligen Behandlungsanteile bei allen bei der Analyse des Samples beschriebenen Gruppen.

Nachbehandlung nach Geschlechtern

Die weiblichen Patienten wurden häufiger erfaßt und kontinuierlicher nachbehandelt. Während es bei den Männern bei 37 % zu keinen oder nur zu abgebrochenen Behandlungen kam, beträgt die analoge Prozentzahl bei den Frauen nur 24 %. Dieses Ergebnis könnte dadurch mitbedingt sein, daß eine größere Anzahl von (älteren) Frauen in ärztlich betreute Heime entlassen worden war. Bei Frauen kam es aber auch merkbar seltener vor, daß überhaupt nicht oder nur ein einziges Mal nachbehandelt wurde. Dies war bei Frauen nur in 9 % der Fall gegenüber 21 % bei den männlichen Patienten. Dagegen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den von Nervenärzten und den von Hausärzten Nachbehandelten.

Nachbehandlung nach Altersgruppen

Bei der Aufschlüsselung der Nachbehandlungsergebnisse nach Altersgruppen zeigt sich ein Trend zu geringeren Quoten nicht erfolgter bzw. abgebrochener Behandlungen bei zunehmendem Alter (29 % bei über 60jährigen gegenüber 59 % bei unter 25jährigen). Dieses Ergebnis ist wiederum dadurch mitbedingt, daß sich unter den in Heime entlassenen und dort meist durchgehend betreuten Patienten ein verhältnismäßig großer Anteil älterer und alter Patienten befand.

Beim Vergleich von Nachbehandlungen durch Nervenärzte und Hausärzte zeigt sich eine deutliche relative Akzentuierung der jüngeren Altersgruppen bei den Nervenärzten und eine Akzentuie-

rung der älteren Patienten bei den Hausärzten, die auf die ländlichen Verhältnisse zurückgeht. Unter den bis 24jährigen ärztlich erfaßten Patienten wurden in der Stadt 93 % vom Nervenarzt, unter den über 60jährigen auf dem Lande 91 % vom Hausarzt nachbehandelt.

Kostenträger

Gegenüber der Verteilung im gesamten Sample ergab sich ein höherer Anteil der RVO-Kassen bei Nachbehandlungen durch Hausärzte (81 %). Bezüglich der von überörtlichen Sozialhilfeträgern finanzierten Patienten ist deren Anteil bei allen Nachbehandelten, also Nervenarzt- wie Hausarztpatienten, niedriger (10 % bzw. 11 %). Beim Vergleich zwischen Nervenarzt- und Hausarztpatienten fällt der höhere Anteil an Ersatzkassen bei den Nervenarztpatienten auf (11 % gegen 5 % bei Hausarztpatienten). Die geringen Anteile an Selbstzahlern zeigen keine Abweichungen.

Familienstand

Der Anteil Verheirateter war gegenüber der Verteilung im Gesamtsample unter den Nachbehandelten erhöht, was auf die Tätigkeit der Hausärzte auf dem Land zurückging (31 %). Entsprechend der Tendenz zu jüngeren Altersgruppen ergab sich mit 59 % ein deutlich höherer Anteil an Zugängen von Ledigen bei den Nervenarztpatienten (Hausarztpatienten 48 %).

Berufe

Beim Vergleich mit der Verteilung im Gesamtsample und bei den Hausarztpatienten ergab sich bei den Nervenarztpatienten ein etwas geringerer Anteil an Arbeitern (29 %) und ein deutlich höherer Anteil an Angestellten (20 %). Rentner waren in Stadt wie Land unter den Nervenarztpatienten wesentlich seltener (22 %) als unter den Hausarztpatienten (39 %). Analoges gilt für berufslose Patienten in der Stadt (Nervenarzt 9 % Zugänge, Hausarzt 20 %).

Nachbehandlungen und soziale Schicht

Bei den von einer nervenärztlichen Nachbehandlung erfaßten Patienten ließ sich im Vergleich zum Gesamtsample und zu den Hausarztpatienten eine hohe Unterrepräsentation der Unterschichtpatienten feststellen. Wie Tabelle 4 zeigt, sind — mit Ausnahme der unteren Mittelschicht in der Stadt — die Anteile aller Patienten aus höheren Schichten bei den Nervenärzten überrepräsentiert. Der Anteil dieser Patienten beträgt bei den Nervenärzten fast die Hälfte der Behandelten gegen nur knapp ein Fünftel bei den Hausarztpatienten, von welchen 82 % zur Unterschicht gehörten (Gesamtsample Unterschicht 61 %). Die unterschiedlichen Verteilungen sind auf dem Land wesentlich ausgeprägter.

Auch im Hinblick auf die Verteilung der entlassenen und ärztlich erfaßten Patienten auf die verschiedenen ärztlichen Nachbehandlungsinstanzen werden diese Verhältnisse deutlich. Faßt man die Patienten aus der oberen Mittelschicht und der Oberschicht — aus letzterer wurde kein Patient von einem Hausarzt nachbehandelt — zusammen, so wird die schichtspezifische Selektion der Nervenarztpatienten besonders deutlich, da 81 % aller aus diesen oberen Schichten Nachbehandelten Zugang zur nervenärztlichen Praxis und nur 10 % zu Hausärzten fanden (9 % zu Ambulanzen, Polikliniken etc.). Bei der Unterschicht wurden dagegen 38 % durch die Hausärzte erfaßt. Auch diese Abweichungen von der Gesamtaufschlüsselung der Zugänge (vgl. Tabelle 1) sind insbesondere auf die Verhältnisse auf dem Land zurückzuführen.

Tabelle 4

Schichtverteilung nachbehandelter Patienten

Soziale Schicht	Nervenarzt			Hausarzt		
	insgesamt N = 140	Stadt N = 110	Land N = 30	insgesamt N = 64	Stadt N = 15	Land N = 49
	in %					
Unterschicht	55	51	70	82	57	90
Untere Mittelschicht	32	34	27	15	36	8
Obere Mittelschicht	7	8	3	3	7	2
Oberschicht	5	7	0	0	(je 1 Patient) 0	0
insgesamt ...	100	100	100	100	100	100

Arbeitsaufnahme nach Entlassung

Mit einer Arbeitsaufnahme innerhalb der ersten vier Wochen bei 27 % aller Entlassenen blieb die tatsächliche berufliche Wiedereingliederung weit hinter der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei der Entlassung zurück. Differenzierende Untersuchungen hatten einen hohen Anteil von Patienten auszuschließen, bei denen die Fragestellung nicht sinnvoll ist (insbesondere Rentner und Hausfrauen). Bei den ursprünglich berufstätigen Patienten wurde eine Arbeit innerhalb von vier Wochen wieder aufgenommen von 45 %, eine Arbeitsaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb des katamnestischen Zeitraums erfolgte bei weiteren 24 %. Nicht wieder aufgenommen wurde eine Arbeit von 31 % der ursprünglich Berufstätigen. Bei den Nervenarztpatienten betrug dieser Anteil in der Stadt 23 %, auf dem Land jedoch 43 %.

Lebensunterhalt

Am Ende des katamnestischen Zeitraums wurde der Lebensunterhalt bei 21 % aller Patienten durch Angehörige bestritten. Von eigener Arbeit lebten 31 %, von Sozialhilfe 15 %, von einer Rente 27 %. Der geringe Rest von — ausschließlich städtischen — Patienten lebte überwiegend von Arbeitslosenunterstützung oder Krankengeld. Unterschiede zwischen Stadt und Land zeigten sich vor allem darin, daß von Unterstützungen durch Angehörige in der Stadt nur 17 % der Patienten lebten, dagegen auf dem Lande 29 %, von einer Rente in der Stadt 29 %, auf dem Lande aber nur 24 %. Bei von eigener Arbeit Lebenden und bei Sozialhilfeempfängern ergaben sich keine deutlichen Unterschiede. Zusammenfassend ließ sich feststellen, daß der überwiegende Teil der Patienten auf dem Land entweder von den Angehörigen oder durch eigene Arbeit lebten (61 %), dagegen in der Stadt ein sehr großer Anteil von öffentlichen Geldern (53 %).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß sich bei der nervenärztlichen Nachbehandlung im Vergleich zur Erfassung durch Hausärzte und zur Verteilung im Gesamtsample Akzentuierungen zugunsten der jüngeren und ledigen Patienten sowie — zu Lasten insbesondere von Rentnern und Berufslosen — von Angestellten ergaben. Bezüglich der sozialen Schicht war eine schichtspezifische Selektion zu Lasten aller der Unterschicht zugeordneten Patienten unübersehbar. Diese Selektion spiegelt sich auch in den relativ höheren Anteilen an Ersatzkassenpatienten wider. Es war bei den bisherigen Untersuchungen nicht entscheidbar, ob der überdurchschnittliche Prozentsatz von Wiederaufnahmen beruflicher Tätigkeit bei den in der Stadt von Nervenärzten Nachbehandelten durch die beschriebene Selektion oder durch die bei Nervenärzten kontinuierlicheren, dichteren und qualitativ eindeutig besseren Nachbehandlungen bedingt ist.

Wiederaufnahmen

Wiederaufnahmen in Stadt und Land

Wiederaufnahmen innerhalb des einjährigen katamnestischen Zeitraums erfolgten insgesamt bei 31 % aller Entlassenen. Hierbei ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land (Stadt 40 %, Land nur 14 %). 75 % der Wiederaufgenommenen wurden innerhalb der Einjahresfrist nur einmal wiederaufgenommen. Beim Vergleich zwischen Stadt und Land zeigt sich jedoch ein deutlicher Trend zu mehrmaligen Wiederaufnahmen in der Stadt: 27 % der Wiederaufgenommenen in der Stadt wurden innerhalb der Jahresfrist nach der Entlassung mehrfach aufgenommen gegen 14 % auf dem Land. 75 % aller Wiederaufgenommenen waren nach der ursprünglichen Entlassung von Nervenärzten nachbehandelt, zumindest erfaßt worden. In der Stadt betrug dieser Anteil sogar 82 % (Land 54 %).

Einweisungsinstanzen

Wie bei den ursprünglichen Einweisungen wurde auch bei den Wiederaufnahmen die Mehrzahl der betroffenen Patienten durch ärztliche oder institutionelle Instanzen eingewiesen, jedoch überwogen hier Wiederaufnahmen durch die Nervenärzte mit 21 % diejenigen durch Hausärzte mit 12 %. Der Anteil der Gesundheitsfachverwaltung (Gesundheitsämter) lag wie bei den ursprünglichen Einweisungen mit 27 % über beiden Quoten, der Anteil der durch Polizei ins Krankenhaus Gebrachten ist mit 11 % sehr hoch. Die massiven Unterschiede beim Vergleich zwischen Stadt und Land bezüglich des Anteils an Einweisungen durch Hausärzte (Stadt 5 %, Land 46 %) weisen wieder auf die quantitative nervenärztliche Mangelversorgung in der ländlich-kleinstädtischen Region hin. In der Stadt wurden 32 % aller Wiederaufnahmen durch das Gesundheitsamt veranlaßt. Auffallend ist in diesem Zusammenhang, daß in der Stadt trotz der sehr viel größeren Nachbehandlungsanteile der Nervenärzte und dem sehr hohen Anteil ihrer Patienten an den Wiederaufnahmen der Anteil der Nervenärzte an den Einweisungen bei den Wiederaufnahmen viel geringer war als auf dem Lande (Stadt 19 %, Land 31 %). Dem Vergleich der Zahlen über die Wiederaufnahmen und der sie veranlassenden Instanzen läßt sich entnehmen, daß der Anteil von durch Nervenärzte selbst veranlaßten Wiederaufnahmen bei den von ihnen nachbehandelten Patienten zwar auf dem Lande verhältnismäßig hoch ist. Dagegen sind in der Stadt bei den durch Nervenärzte nachbehandelten Patienten die notwendig gewordenen Wiederaufnahmen in sehr vielen Fällen durch die Gesundheitsbehörden und nicht durch die behandelnden Nervenärzte selbst vorgenommen worden, was mit den eingespielten spezifischen Kooperationsmustern mit den Berliner Sozialpsychiatrischen Diensten der Bezirke zusammenhängt. Nur 38 % der in der Stadt durch Nervenärzte nachbehandelten und im katamnestischen Zeitraum wiederaufgenommenen Patienten wurden durch diese Nervenärzte selbst wieder eingewiesen.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, daß nachbehandelnde Nervenärzte bei notwendig werdenden Wieder-

aufnahmen ihre eigenen Patienten sehr häufig, in der Stadt sogar in fast zwei Drittel dieser Fälle nicht selbst einwiesen.

Nachbehandlungen und Wiederaufnahmen

Bei von Nervenärzten nachbehandelten Patienten erfolgten Wiederaufnahmen in 29 % der Fälle (Stadt 30 %, Land 23 %). Dagegen betrug der Anteil der Wiederaufnahmen bei der Vergleichsgruppe der restlichen Patienten 37 % (Stadt 76 %, Land 10 %) (s. Tabelle 5). Schon bei dieser summarischen Gegenüberstellung zeigt sich somit ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Nachbehandlungen durch Nervenärzte und reduzierten Anteilen von Wiederaufnahmen innerhalb des katamnestischen Zeitraums. Die Beziehungen lassen sich verschärft darstellen, wenn die bereits aus der generellen Darstellung der Nachbehandlungsanteile bekannten quantitativen und qualitativen Differenzierungen vorgenommen werden. Bei von Nervenärzten durchgehend während des gesamten katamnestischen Zeitraums und regelmäßig mindestens einmal monatlich Nachbehandelten sinkt die Quote der Wiederaufgenommenen auf 25 % (Stadt 27 %, Land 19 %). Erweitert man diese quantitativen Maßstäbe wieder durch das Kriterium einer über eine reine Medikation hinausgehenden und mindestens durch kurze Beratungen ergänzten Nachbehandlung, so reduziert sich der Anteil der Wiederaufnahmen auf 17 % der Nervenarztpatienten (Stadt und Land gleiche Prozentzahl) (Tabelle 5).

Noch klarer werden die Verhältnisse, wenn die Untersuchung sich lediglich auf solche Nervenarztpatienten bezieht, die tatsächlich nach rein ambulanten Modalitäten nachbehandelt wurden. Es ist zu erwarten, daß die bereits bei der Darstellung der Nachbehandlungsquoten erwähnten Modalitäten einer Heimbetreuung einen Einfluß auf den Anteil von Wiederaufnahmen haben. Werden unter Abzug solcher Heimpatienten lediglich die vom Nervenarzt in ambulanter Praxis durchgehend und regelmäßig betreuten Patienten erfaßt, so steigt der Anteil der Wiederaufnahmen von 25 % auf 31 %. Dieses Ergebnis kann deshalb nicht verwundern, weil Wiederaufnahmen bei Heimpatienten schon deshalb seltener sein müssen, weil es sich ja um bereits untergebrachte Patienten handelt, bei denen Gesichtspunkte einer Unterbringung aus fürsorgerischen oder verwahrenden Motivationen eine wesentlich geringere Rolle spielen. Gegenüber dieser Zahl von 31 % Wiederaufnahmen bei dieser Gruppe echter ambulanter Nervenarztpatienten läßt sich jedoch eine sehr starke Reduktion auf 14 % feststellen, wenn zu den quantitativen Kriterien der durchgehenden und regelmäßigen Behandlung das qualitative Kriterium der über reine Medikation mit kurzen Kontakten hinausgehenden Beratung in die Untersuchung eingeht (Tabelle 5).

Diese Ergebnisse scheinen deshalb besonders bemerkenswert, weil sie zeigen, daß die negative Korrelation zwischen auch qualitativ befriedigenden nervenärztlichen Nachbehandlungen und Wiederaufnahmen höher ist als bei Einbeziehung der Heimpatienten, obwohl bei diesen die Behandlungen durchgängiger erfolgten und auch die Medikation, besonders durch die Möglichkeit der Kontrolle der Einnahme der Medikamente, durchgängiger und regelmäßiger vorgenommen wurde. Selbstverständlich kann bei diesen Ergebnissen auch eine gewisse negative Selektion bei Heimpatienten gegenüber den in eine normalere Wohnsituation Entlassenen von Bedeutung sein.

Tabelle 5

Nachbehandlungen und Wiederaufnahmen

Art der Nachbehandlung	Anteil an Wiederaufnahmen in % der jeweiligen Zugänge		
	insgesamt	Stadt	Land
Alle Entlassungen (einschließlich nicht erfolgter Nachbehandlungen)	31	40	14
Gesamtzugang Nervenärzte	29	30	23
Vergleichsgruppe der „restlichen Patienten" (alle nicht erfolgten oder nicht von Nervenärzten durchgeführten Behandlungen)	37	76	10
Durchgehende (während des ganzen katamnestischen Zeitraums) und einigermaßen regelmäßige (mindestens einmal monatlich) nervenärztliche Behandlungen	25	27	19
Durchgehende, einigermaßen regelmäßige und über reine Medikationsverschreibung hinausgehende nervenärztliche Behandlungen	17	17	17
Durchgehende und einigermaßen regelmäßige Behandlungen in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes	31	30	36
Durchgehende, einigermaßen regelmäßige und über reine Medikationsverschreibung hinausgehende Behandlungen in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes	14	13	20

Bei der Klärung der Ergebnisse hat sich allerdings auch gezeigt, daß die akzentuierte Zuwendung der niedergelassenen Nervenärzte zu bestimmten Patientengruppen hier mit Sicherheit eine Rolle spielte.

Diese einschränkenden Hinweise haben jedoch nur eine relative Bedeutung. Die bei Nervenärzten sehr deutlichen negativen Korrelationen zwischen Nachbehandlung und Wiederaufnahme zeigen sich nämlich auch dann, wenn alle Nachbehandlungen irgendwelcher Art, also unter Einschluß der mehrfach beschriebenen weiteren ärztlichen Instanzen, insbesondere der Hausärzte, betrachtet werden. Der Anteil der überhaupt nicht ärztlich behandelten oder in die ärztliche Praxis nach der Entlassung gelangten Patienten ist bei den Wiederaufnahmen mit 22 % deutlich höher als bei den nicht wiederaufgenommenen Patienten (9 %). Bei wiederaufgenommenen Patienten wurde die Behandlung bereits vor der Wiederaufnahme in 27 % der Fälle abgebrochen, ein solcher Abbruch einer Behandlung erfolgte dagegen bei Nicht-Wiederaufgenommenen nur bei 13 %. Durchgehende ärztliche Kontakte bestanden bei 78 % der nicht wiederaufgenommenen Patienten, unter den wiederaufgenommenen Patienten dagegen nur bei 51 % (Tabelle 6).

Als zusammenfassendes Ergebnis läßt sich somit ein generell ablesbarer und bei Nachbehandlungen durch Nervenärzte besonders deutlicher positiver Zusammenhang zwischen nicht erfolgter Behandlung und Wiederaufnahme, zwischen abgebrochener Behandlung und Wiederaufnahme bzw. durchgehender Behandlung und Nicht-Wiederaufnahme sowie — besonders deutlich — der Qualität der Nachbehandlung und Nicht-Wiederaufnahme feststellen. Eine Interpretation dieser Ergebnisse könnte durchaus die Annahme stützen, daß nicht erfolgte, vor allem aber abgebrochene sowie qualitativ ungenügende Behandlungen zu Wiederaufnahmen führen, durchgehende und intensive Nachbehandlungen diese aber verhindern könnten. Sofern bei der Interpretation daran zu denken ist, daß der Abbruch der ärztlichen Kontakte auch durch eine Verschlimmerung bzw. die Schwere und Art der psychischen Störung bedingt sein könnte, müßte aus den Untersuchungsergebnissen die Forderung abgeleitet werden, daß es unbedingt erforderlich ist, den zu Behandlungen nicht oder nicht mehr von selbst erscheinenden Patienten durch hierzu geeignete Methoden nachzugehen. Angesichts der sehr erheblichen und deutlichen Ergebnisse dieser Teiluntersuchung kommt solchen Überlegungen eine entscheidende Bedeutung im Rahmen der Ergebnisse des Gesamtprojektes zu.

Tabelle 6

Nachbehandlungsmodalitäten bei wiederaufgenommenen im Vergleich zu nicht wiederaufgenommenen Patienten

Behandlungsmodalitäten	Prozentsatz bei wiederaufgenommenen Patienten (N = 81)		
	insgesamt	Stadt	Land
	in %		
Durchgehende Behandlungen während des katamnestischen Zeitraums	51	49	57
Einmalige, vorübergehende und abgebrochene Behandlungen	27	24	36
Keinerlei Nachbehandlung	22	27	7
insgesamt	100	100	100
Behandlungsmodalitäten	Prozentsatz bei nicht wiederaufgenommenen Patienten (N = 183)		
	insgesamt	Stadt	Land
	in %		
Durchgehende Behandlungen während des katamnestischen Zeitraums	78	75	82
Einmalige, vorübergehende und abgebrochene Behandlungen	13	19	6
Keinerlei Nachbehandlung	9	6	12
insgesamt	100	100	100

Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in drei Kreisen Oberbayerns

von

H. Dilling und S. Weyerer

In diesem Projektbericht soll über eine Auswertung referiert werden, in der unter epidemiologisch-ökologischen Gesichtspunkten Erhebungsmaterial ambulanter und stationärer Einrichtungen aus drei Landkreisen Oberbayerns bearbeitet wurde.

Die Fragestellung lautete:

1. Wie hoch ist die Inzidenz- und Prävalenzrate behandelter psychiatrischer Patienten im Untersuchungsgebiet?
2. Wie hoch sind die Inzidenz- und Prävalenzraten für einzelne diagnostische Kategorien?
3. Finden sich Häufigkeitsunterschiede zwischen den drei Kreisen in bezug auf ambulante und stationäre Behandlungen einschließlich des stationären Stichtagsbestandes?
4. Lassen sich unterschiedliche Inzidenz- und Prävalenzraten für Orte verschiedener Größen nachweisen?

Unter Inzidenz wird die Häufigkeit des Neuauftretens von Krankheitsfällen in einer bestimmten Zeitstrecke, unter Prävalenz die Häufigkeit des Vorkommens von Krankheiten zu einem bestimmten Zeitpunkt (Stichtagsprävalenz) oder während einer bestimmten Beobachtungszeit (Streckenprävalenz) verstanden (Reid).

Dementsprechend bezeichnet man als Behandlungsinzidenz die bevölkerungsbezogene Rate der Patienten oder Krankheiten, die in einem festgelegten Zeitraum — etwa in einem Jahr — zum ersten Mal in Behandlung kommen. Dabei kann man von der ersten Behandlung überhaupt ausgehen, die wegen einer bestimmten Erkrankung gesucht wird, oder von der ersten Behandlung in der betreffenden Institution, die von uns gewählte Untersuchungsmöglichkeit.

Die von uns bestimmte Behandlungsinzidenz setzt sich aus zwei Größen zusammen: den ambulanten Erstkonsultationen und den stationären Erstaufnahmen.

Die Behandlungsprävalenz kann bei Einbeziehung von ambulanten Institutionen im allgemeinen nur als Streckenprävalenz bestimmt werden, da es bei der ambulanten Klientel fast unmöglich ist, für einen bestimmten Zeitpunkt zu entscheiden, wer sich gegenwärtig in der betreffenden Institution in Behandlung befindet, sofern es sich nicht um eine kleinere Praxis, etwa die eines Psychotherapeuten mit überschaubarer Klientel, handelt. Die Streckenprävalenz setzt sich zusammen aus allen ambulanten Konsultationen und allen stationären Aufnahmen im Untersuchungszeitraum, sowie dem Stichtagsbestand in den stationären Einrichtungen.

Unser Untersuchungsgebiet besteht aus den drei Kreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein mit einer Bevölkerung von 424 442 Einwohnern nach dem Stand der Volkszählung vom 27. Mai 1970 (Tabelle 1). Aus Tabelle 2 geht hervor, daß von den 155 Gemeinden nur fünf zwischen 10 000 und 20 000 Einwohner haben und eine, nämlich Rosenheim, über 20 000. Die Versorgung der drei Kreise erfolgt stationär in erster Linie durch das Bezirkskrankenhaus Gabersee, das ein etwa doppelt so großes Einzugsgebiet zu versorgen hat. Eine geringere Anzahl von Patienten wird in auswärtigen Kliniken, davon die meisten in München, behandelt. Als zweite stationäre Einrichtung im Untersuchungsgebiet ist eine Privatklinik bei Rosenheim zu erwähnen. — Die ambulante psychiatrische Versorgung erfolgt durch sieben niedergelassene Nervenärzte, die zusätzlich an den Allgemeinkrankenhäusern eine mehr oder weniger umfangreiche Konsiliartätigkeit ausüben. Schließlich werden noch einige wenige Patienten an den Gesundheitsämtern psychiatrisch untersucht oder beraten. Eine Übersicht über die im ersten Halbjahr 1971, dem Zeitraum unserer Untersuchung, erfaßten Patienten gibt Tabelle 3. Über die auf die einzelnen Institutionen bezogenen Aspekte dieser Untersuchung ist von uns an anderer Stelle berichtet.

Zur Bestimmung der epidemiologischen Raten war es erforderlich, alle diejenigen psychiatrischen Patienten aus der Zahl der in Tabelle 3 zusammengefaßten auszusondern, die nicht in den drei Kreisen ihren Wohnsitz haben. Andererseits mußten zu der verbleibenden Anzahl der Patienten hinzukommen, die in Institutionen außerhalb der drei Landkreise behandelt werden, also beispielsweise in den bereits erwähnten Kliniken in München, jedoch in den drei Kreisen ihren Wohnsitz haben. Nicht möglich war die vollständige Bestimmung aller im ersten Halbjahr 1971 behandelten ambulanten Patienten; es wurden nämlich etwa 150 Patienten in Praxen oder Polikliniken in München behandelt und etwa 75 Patienten konsiliarisch von einem niedergelassenen Arzt im Landkreis Berchtesgaden betreut, zwei Gruppen, die aus arbeitstechnischen Gründen nicht in die Untersuchung einbezogen werden konnten. Ein zusätzliches Problem ergab sich dadurch, daß ein Teil der Patienten während des Untersuchungszeitraumes in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen betreut wurde. Mittels eines Computerprogrammes wurde diese Population bestimmt und bei Errechnung der Inzidenz- und Prävalenzraten berücksichtigt, so daß bei diesen Raten jeder Patient oder jede Diagnose nur einmal gezählt wird.

Ergebnisse

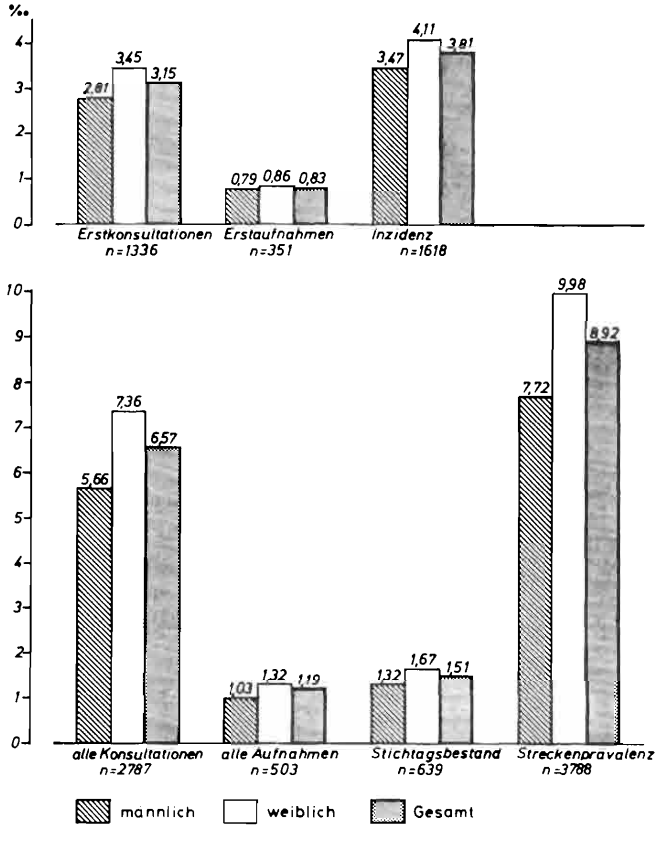
In Abbildung 1 (Tabelle 4 und 5) sind die Raten für Inzidenz und Streckenprävalenz dargestellt. Die auf das Gesamtgebiet bezogene Halbjahresinzidenz von 3,81 ‰ resultiert aus 3,15 ‰ ambulanten Erstkonsultationen und 0,83 ‰ stationären Erstaufnahmen. Die Differenz zwischen 3,81 und 3,98, der Summe aus den beiden Teilwerten, bedeutet, daß 0,17 ‰ der Bevölkerung stationär und ambulant behandelt wurden. Die Streckenprävalenz beträgt 8,92 ‰ und errechnet sich aus 6,57 ‰ ambulanter Konsultationen, 1,19 ‰ stationärer Aufnahmen und 1,51 ‰ Stichtagsbestand (1. Januar 1971) im stationären Bereich. Bei beiden epidemiologischen Meßgrößen dominieren eindeutig die ambulanten Anteile. Eine geschlechtsspezifische Analyse der Einzelwerte ergibt für das Gesamtgebiet stets höhere Werte für die weiblichen Patienten ($p < .001$) *).

Ein Vergleich der Inzidenzraten der drei Landkreise findet sich in Abbildung 2 (Tabelle 4). Die Gesamtraten sind in den Kreisen Berchtesgaden und Rosenheim nahezu identisch, im Landkreis Traunstein etwas höher. Vergleicht man die Erstkonsultationen mit denen der stationären Erstaufnahmen, so findet sich zwischen dem Landkreis Rosenheim und den beiden anderen Kreisen ein reziprokes Verhältnis der Raten dieser beiden Behandlungsformen ($p < .001$). Im Kreis Rosenheim mit der geringsten Nervenarztdichte ist die Zahl der stationären Erstaufnahmen am höchsten; umgekehrt verhält es sich im Bereich der ambulanten Erstkonsultationen, deren Rate am niedrigsten im Kreis Rosenheim ist; deutlich höher ist diese im Kreis Berchtesgaden, am höchsten im Kreis Traunstein. Diese Relation gilt analog für männliche und weibliche Patienten.

Ein vergleichbares Ergebnis findet sich bei Darstellung der Streckenprävalenz in Abbildung 3 (Tabelle 5). Auch hier liegen die Werte für die stationären Aufnahmen im Kreis Rosenheim deutlich höher als in den beiden anderen Landkreisen, die die höheren Raten ambulanter Behandlung aufweisen ($p < .001$). Bemerkenswerterweise differiert der Stichtagsbestand so gut wie nicht in den drei Land-

Abbildung 1

Psychiatrische Inzidenz und Prävalenz pro 1 000 Einwohner in den drei Kreisen Oberbayerns



*) Berechnung nach dem Chi-Quadrat-Test

Abbildung 2

Psychiatrische Inzidenz pro 1 000 Einwohner in den Kreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein

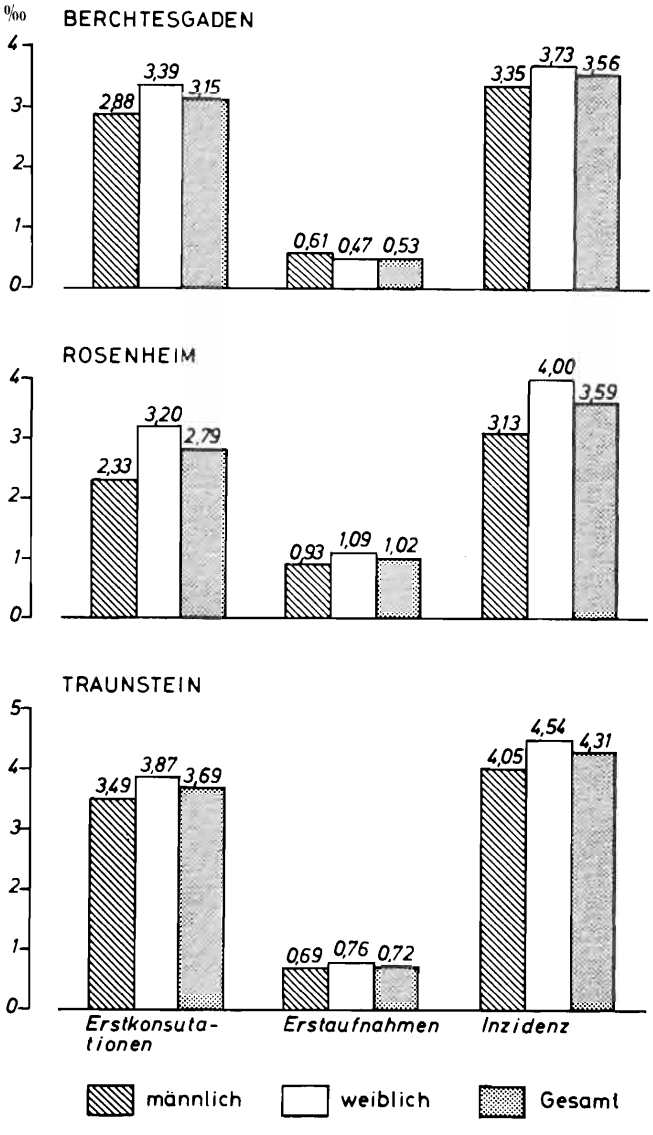


Abbildung 3

Psychiatrische Prävalenz pro 1 000 Einwohner in den Kreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein

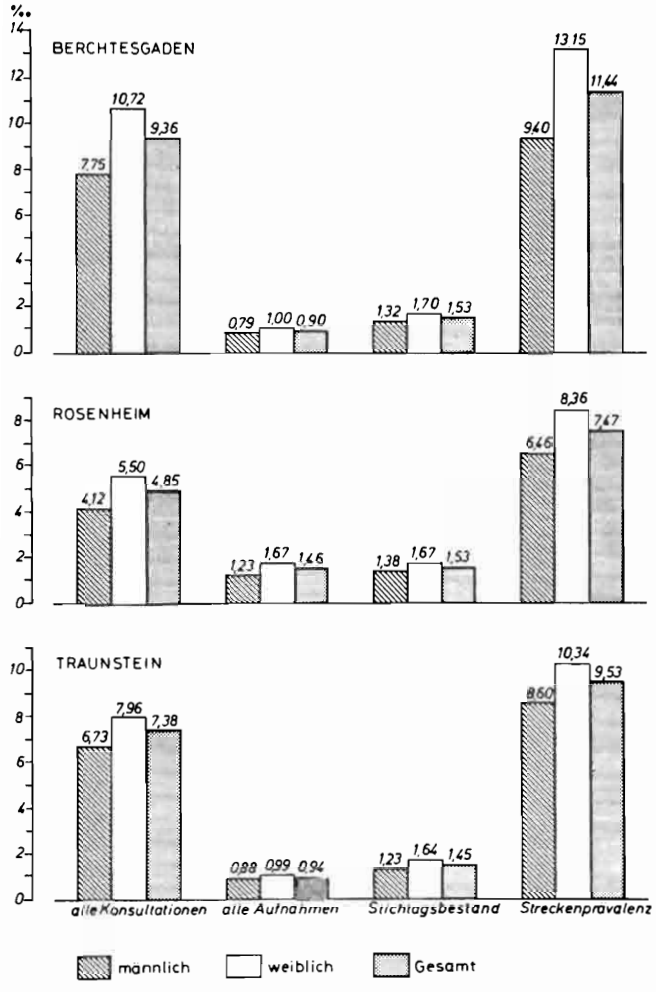
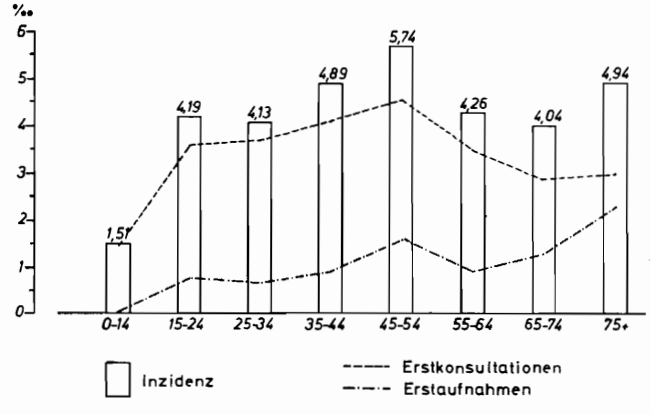


Abbildung 4

Altersspezifische Inzidenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns



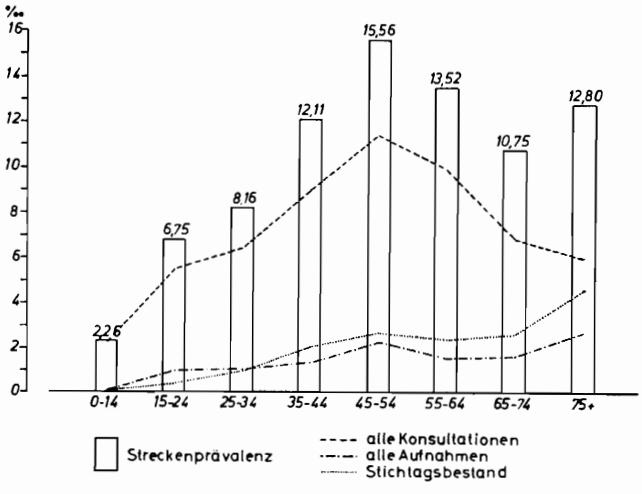
kreisen. — Auch hier bestätigt die geschlechtsbezogene Darstellung dieses Resultat.

In Abbildung 4 (Tabelle 6) sind die altersbezogenen Inzidenzraten, in Abbildung 5 (Tabelle 7) die Prävalenzraten dargestellt. Die höchsten Werte finden sich — hauptsächlich bedingt durch die ambulanten Konsultationen — in der Altersgruppe der 45- bis 54jährigen. Auffallend ist, daß die Inzidenzraten ab der Altersgruppe 15 bis 24 sehr viel geringer divergieren als bei der Streckenprävalenz, bei der sich wesentlich stärkere Schwankungen finden. — Recht hohe Inzidenz- wie auch Prävalenzziffern werden für die über 75jährigen erreicht. Diese Werte sind zwar in erster Linie auf den Anstieg der stationären Behandlungsfälle zurückzuführen, enthalten aber auch einen wesentlichen Anteil ambulanter Patienten. Dieser ist bei den Erstkonsultationen sogar noch geringfügig höher als in der vorhergehenden Altersgruppe, bei allen Konsultationen nur wenig niedriger. Hier wird deutlich, daß erst durch die bevölkerungsbezogene Errechnung von Häufigkeitsraten ein Vergleich der Altersgruppen untereinander möglich ist. Trotz des relativ niedrigen prozentualen Anteils der über 75jährigen, bezogen auf alle Altersgruppen, bleiben sie mit ihrem Anteil nicht hinter den anderen Gruppen zurück, wenn man die Behandelten auf die spezifische Altersgruppen bezieht. — Bei den stationären Aufnahmen, besonders beim Stichtagsbestand, finden sich analog dazu bei dieser Altersgruppe trotz einer relativ geringen Absolutzahl von Patienten die höchsten Raten aller Altersgruppen. — Ein Altersvergleich der Patienten mit der Bevölkerung für Inzidenz und Prävalenz ist auf Grund der Angaben in Tabelle 1 möglich und ergibt signifikante Unterschiede (p. $<.001$), auch wenn man nur von den über 15jährigen ausgeht.

Geschlechtsbezogen fällt die hohe Rate von ambulant erstbehandelten Frauen zwischen 25 und 34 Jahren auf, im übrigen finden sich höhere Raten bei

Abbildung 5

Altersspezifische Prävalenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns



den Frauen ab 55 Jahren. — Bei den über 75jährigen ist die Rate erstmals stationär aufgenommener Männer und Frauen fast gleich hoch, obwohl absolut gesehen, fast doppelt so viele Frauen zur Aufnahme kommen. — Bei der Streckenprävalenz sind die Raten für die Frauen ab 25 Jahren durchgehend höher als für die Männer, was vorwiegend durch den ambulanten Behandlungsanteil bedingt ist.

Die diagnostische Aufschlüsselung der Inzidenz und Prävalenz ist auf Abbildung 6 und 7 (Tabellen 8 und 9) dargestellt. Bei Betrachtung der Inzidenz fällt die große Diskrepanz zwischen den Raten der neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen und den übrigen diagnostischen Kategorien auf. Diese hohe Rate wird in erster Linie durch die ambulanten Erstkonsultationen bedingt. Unter den weiteren Inzidenzziffern folgt mit einigem Abstand die der affektiven Psychosen, die ebenfalls vor allem aus den ambulanten Erstkonsultationen resultiert. Es sei angemerkt, daß die beiden ursprünglichen diagnostischen Kategorien der affektiven Psychosen und der anderen (paranoiden, reaktiven und sonstigen) Psychosen jetzt deshalb als diagnostische Einheit behandelt werden, da sich bei genauerer Analyse herausstellte, daß die beiden Diagnosen von den einzelnen Ärzten und Institutionen offenbar alternativ gehandhabt wurden. — Am geringsten ist die Differenz zwischen ambulanten Erstkonsultationen und stationären Erstaufnahmen außer beim Alkoholismus bei der Diagnose Schizophrenie, die aber nur etwa ein Drittel der Rate der affektiven Psychosen ausmacht. Vergleichbar häufig sind eine Reihe von weiteren Diagnosen, nämlich (prä)senile Demenz, andere organische Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und Oligophrenie.

Abbildung 6

Inzidenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns

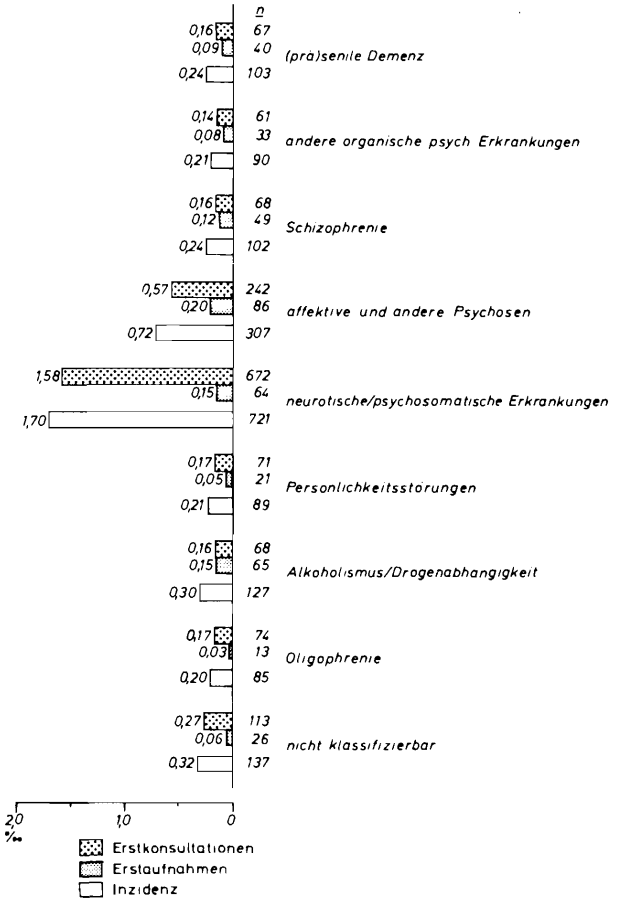
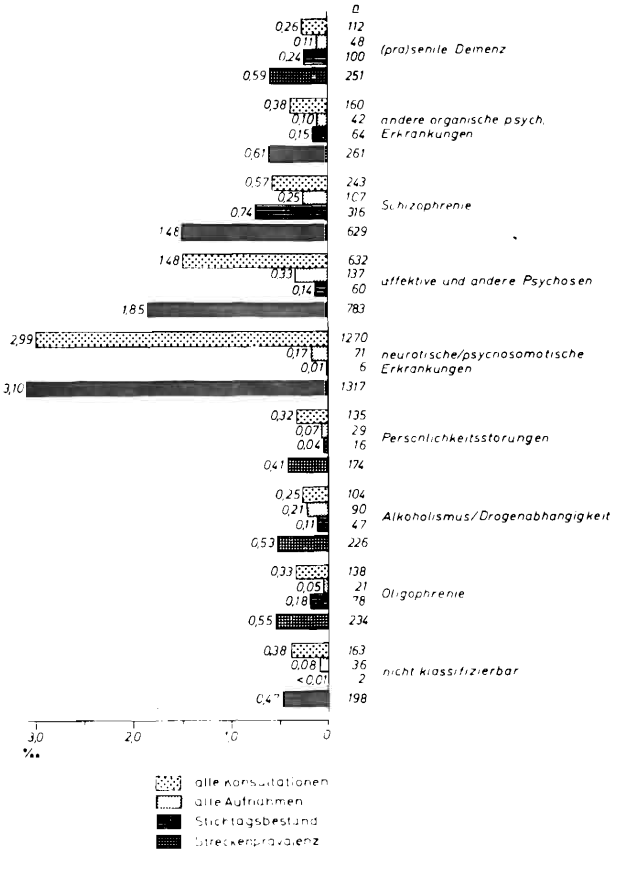


Abbildung 7

Prävalenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns



Bei der Streckenprävalenz verhalten sich mit Ausnahme der Schizophrenie die Raten der einzelnen diagnostischen Kategorien im großen ganzen proportional zu denen der Inzidenz. An erster Stelle stehen auch hier wieder die neurotischen Erkrankungen, gefolgt von den affektiven Psychosen. Im Verhältnis zu den übrigen Diagnosen spielt hier die Schizophrenie eine größere Rolle auf Grund des hohen Stichtagsbestandes in den Krankenhäusern. Am Stichtag wurden etwa dreimal soviel Schizophrene gezählt als Patienten mit Alterserkrankungen und vier- bis fünfmal so viel als Kranke mit anderen organischen Erkrankungen und mit Oligophrenie. Von den übrigen Diagnosen spielen die affektiven Psychosen und der Alkoholismus eine gewisse Rolle, während Neurosen und Persönlichkeitsstörungen nicht ins Gewicht fallen. — Eine andere Verteilung zeigen die Raten für alle stationären Aufnahmen. Hier steht an erster Stelle die Diagnose der affektiven Psychosen, dann folgen die schizophrenen Patienten und schließlich Patienten mit Alkoholismus. — Vergleicht man alle ambulanten Konsultationen mit den Erstkonsultationen, so ist die Rate aller Patienten bei den meisten Diagnosen doppelt so hoch, mit zwei bemerkenswerten Ausnahmen, nämlich den affektiven Psychosen, bei denen die Rate sich verdreifacht und der Schizophrenie, bei der sich die Rate fast vervierfacht, ein Hinweis, daß Patienten dieser beiden Diagnosenkategorien offenbar häufiger als bei anderen Diagnosen über lange Zeit in ambulanter Behandlung stehen. Von Interesse ist es auch, die Absolutzahlen betreuter Patienten zu vergleichen, aus denen hervorgeht, daß gut doppelt soviel Schizophrene insgesamt stationär behandelt werden gegenüber den ambulant Betreuten, daß umgekehrt aber drei- bis viermal soviel Patienten mit affektiven Psychosen ambulant behandelt werden. Vergleicht man bei der Diagnose Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit die Zahlen der ambulanten und stationären Patienten, so fällt auf, daß trotz des niedrigen Prozentanteils an der Gesamtzahl ambulanter Konsultationen die Absolutzahl der ambulant Behandelten höher als die der stationären Aufnahmen ist. Nur wenn man den Stichtagsbestand hinzunimmt, überwiegt die Zahl der stationär behandelten Alkoholiker.

Die Geschlechtsverteilung bei den einzelnen Diagnosen ist in Abbildung 8 (Tabelle 8 und 9) dargestellt. Es finden sich bei jeweils vier der diagnostischen Kategorien für Inzidenz und Prävalenz höhere Raten für ein Geschlecht. Bei den männlichen Patienten ist die Rate höher für andere organische psychiatrische Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und Oligophrenie, während die Ziffern für (prä)senile Demenz, Schizophrenie, affektive Psychosen und neurotische und psychosomatische Erkrankungen bei den Frauen höher liegen.

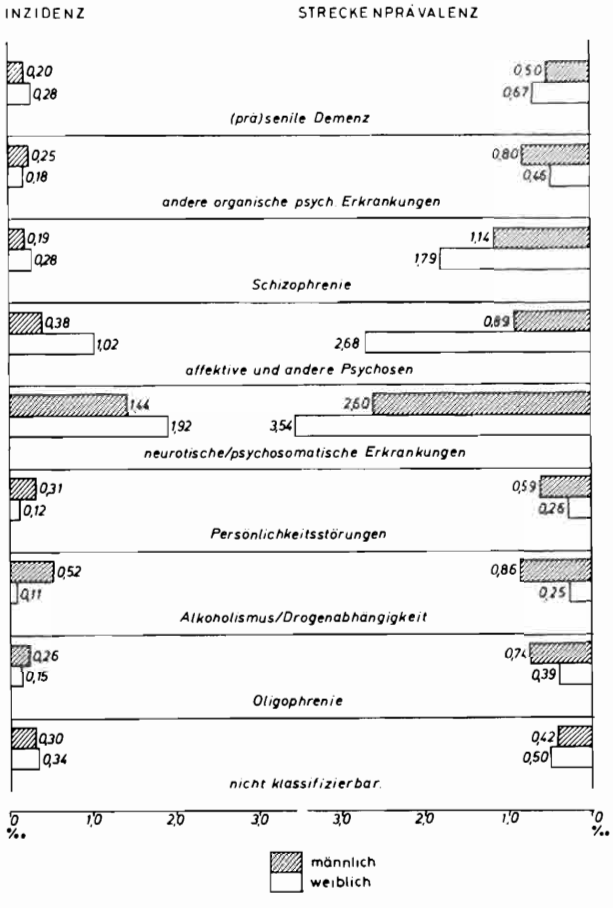
Abschließend sollen die Ergebnisse dargestellt werden, die aus der Analyse der Häufigkeit behandelter Patienten und Diagnosen in vier Ortsklassen resultieren *). Es werden vier Gruppen von Ortsgrößen untersucht, die etwa vergleichbare Bevölkerungsanteile der drei Landkreise repräsentieren: Orte bis 1 999 Einwohner (I), Orte von 2 000 bis 4 999 Einwohner (II), Orte von 5 000 bis 9 999 Einwohner (III) und Orte über 10 000 Einwohner (IV). Die prozentualen Anteile der Bevölkerung an diesen Ortsgrößenklassen betragen 22,9 %, 32,1 %, 22,2 % und 22,8 %. Es sei auf die Tabelle 2 verwiesen, in der die bevölkerungsbezogenen Zahlen für die einzelnen Ortsgrößenklassen zusammengestellt sind.

In Abbildung 9 und 10 (Tabelle 10 und 11) sind die Inzidenz- und Prävalenzraten für die verschiedenen Ortsgrößenklassen dargestellt. Es zeigt sich, daß die Werte für die Inzidenz von kleinen zu großen Orten hin eine steigende Tendenz haben, daß aber bei der Streckenprävalenz die Kurve mit offensichtlich ebenfalls steigender Tendenz durch einen erhöhten Wert im Bereich der Ortsgrößenklasse 2 000 bis unter 5 000 einen unregelmäßigen Verlauf erhält. Die Erklärung liegt darin, daß hier die ambulanten Konsultationen auf Grund der Arbeit einer niedergelassenen Ärztin in einem Ort dieser Größenklasse einen besonders hohen Wert erreichen. Bei stationären Aufnahmen bestätigt sich — mit

*) Bevölkerung am 31. Dezember 1972.

Abbildung 8

Geschlechtsspezifische Inzidenz und Prävalenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns



Ausnahme der Klasse I — bei der Inzidenz und Prävalenz die steigende Tendenz (p. <.001), was auch für den Stichtagsbestand zutrifft (p<.05), auch wenn man hier bei dem hohen Anteil chronisch Kranker eine Gleichverteilung erwartet hätte. Im ganzen kann gesagt werden, daß die unterschiedlichen Ergebnisse bei den verschiedenen Ortsklassen in erster Linie auf die Raten der ambulanten Behandlungen zurückgehen. Ein Grund für diese höheren Raten liegt sicherlich darin, daß sämtliche niedergelassenen Nervenärzte in den größeren Orten praktizieren bis auf eine Ausnahme. Die erwähnte Ärztin in der Ortsklasse II.

Abbildung 9

Inzidenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße

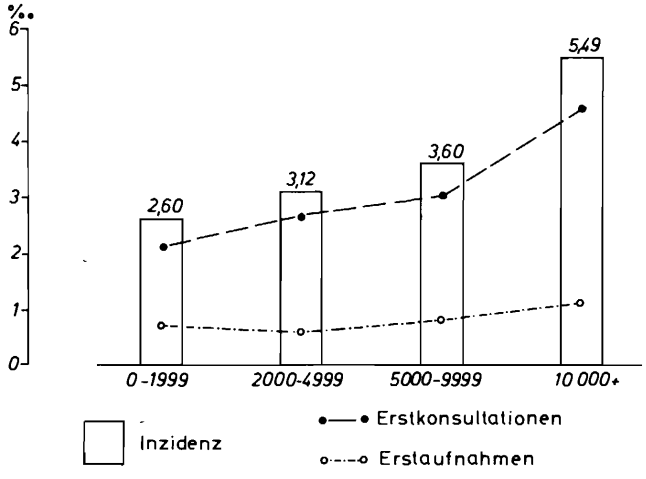
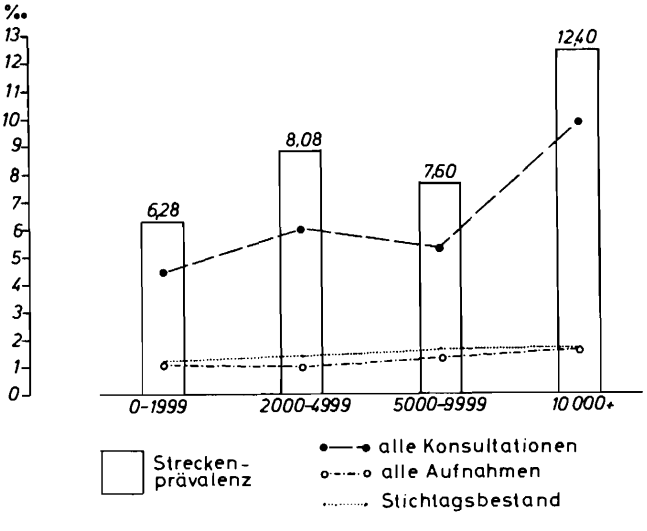


Abbildung 10

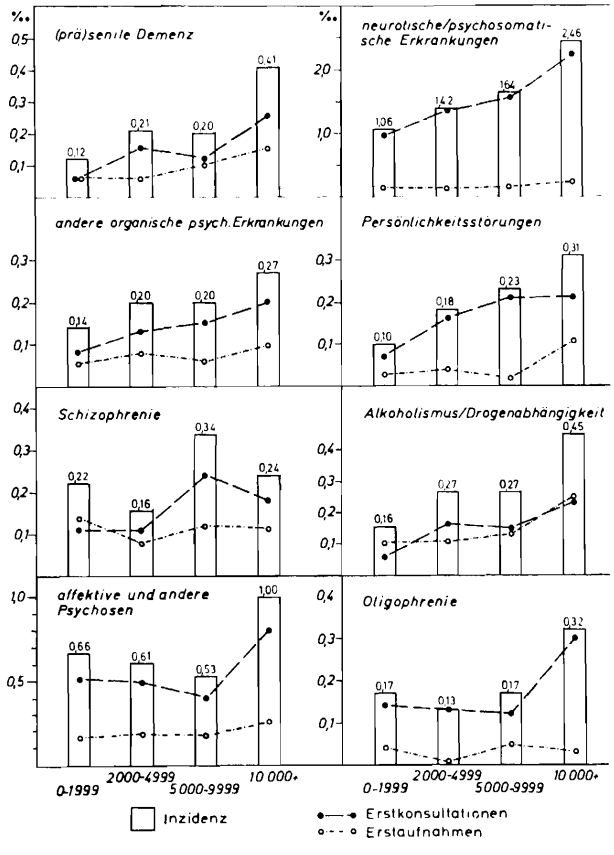
Prävalenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße



Betrachtet man in Abbildung 11 (Tabelle 12) die Raten der Inzidenz, so finden sich bei den einzelnen Diagnosen einige Besonderheiten: Die (prä-) senile Demenz ist offenbar in der Ortsklasse IV deutlich überrepräsentiert. Bei den anderen organischen psychiatrischen Erkrankungen ist ein leichter Anstieg von I zu IV zu beobachten. Bei der Schizophrenie dagegen findet man bei den Ortsklassen uncharakteristische Werte mit der höchsten Rate in der Ortsklasse III. Bei den affektiven Psychosen ist ein deutlicher Anstieg erst in der vierten Ortsklasse festzustellen. Die auffallendste Kurve haben die neurotischen Erkrankungen, die von der Ortsklasse I bis IV einen ständigen Anstieg aufweisen, während die Persönlichkeitsstörungen zwar weniger steil, aber etwa parallel dazu verlaufen. Alkoholismus findet sich vermehrt in den größeren Orten; auch die Oligophrenie wird am häufigsten in Klasse IV gefunden. Vergleicht man die Werte der ambulanten Erstkonsultationen mit den stationären Erstaufnahmen, so zeigt sich, daß die typischen Verteilungsmuster zwischen den Ortsklassen meist wesentlich stärker auf die ambulanten Unterschiede zurückgehen als auf die stationären.

Abbildung 11

Inzidenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße

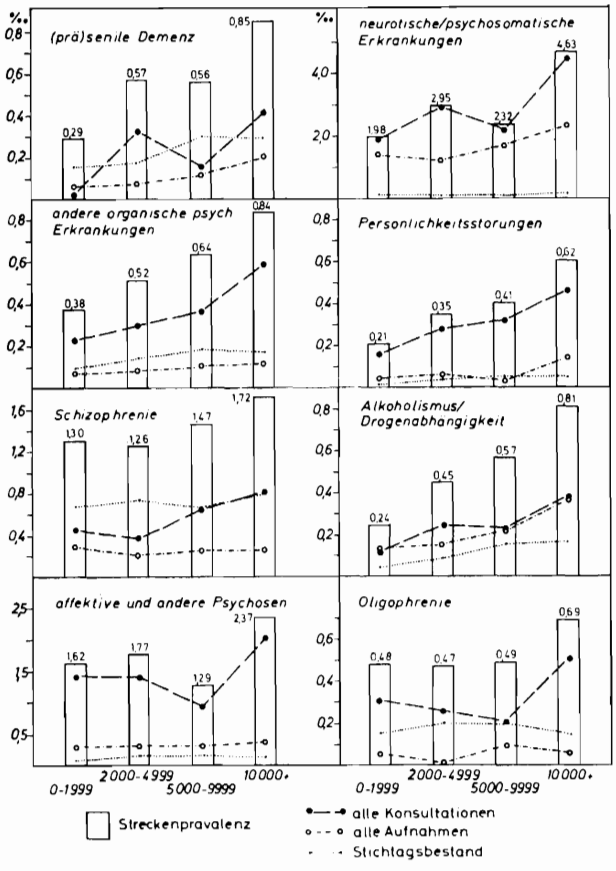


Betrachtet man schließlich die Streckenprävalenz Abbildung 12 (Tabelle 13), so kann das meiste für die Inzidenz Gesagte hier noch einmal unterstrichen werden. Bemerkenswert ist die verhältnismäßig ausgeprägte Gleichverteilung für Schizophrenie, affektive Psychosen und Oligophrenie in den Ortsklassen I bis III und folgendem Anstieg in IV. Sehr deutlich ansteigende Kurvenverläufe zeigen sich dagegen bei den neurotischen Störungen, wobei in der Ortsklasse II ein „Zwischengipfel" entsteht, der aber insgesamt die steigende Tendenz nicht beeinflußt. Ebenso zeigen die anderen organischen psychiatrischen Erkrankungen die Persönlichkeitsstörungen und der Alkoholismus eine ansteigende Kurve. — Vergleicht man auch hier wieder den ambulanten mit dem stationären Anteil, so zeigt sich ebenfalls, daß die charakteristischen Verteilungsbilder mit den erhöhten Werten in Klasse IV überwiegend auf die ambulanten Behandlungen zurückgehen.

Zusammenfassend kann also zu den Häufigkeitsraten, bezogen auf Ortsklassen, festgestellt werden, daß patientenbezogen ein Anstieg der Raten in Richtung der Ortsklassen mit größeren Orten gefunden wird. Diagnostisch betrachtet scheint die (prä-)senile Demenz vorwiegend aus größeren Orten zur Behandlung zu kommen. Die Schizophrenien zeigen ein ziemlich gleichmäßiges Verteilungsmuster

Abbildung 12

Prävalenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße



über alle Ortsklassen, während die neurotischen Erkrankungen und die Depressionen einen sehr starken Anstieg zugunsten der größten Orte in Ortsklasse IV aufweisen.

Zusammenfassung

Abschließend sollen, entsprechend der anfänglichen Fragestellung, die Ergebnisse noch einmal zusammengefaßt werden.

1. Die Halbjahresinzidenzrate der in den jeweiligen psychiatrischen Institutionen zum ersten Mal behandelten Patienten beträgt 4 ‰. Entsprechend kann die Rate über ein Jahr mit 8 ‰ angegeben werden. Die Streckenprävalenz für ein halbes Jahr liegt bei 9 ‰. Das bedeutet, daß etwa 1,5 % der Bevölkerung im Laufe eines Jahres in allen psychiatrischen Einrichtungen des Untersuchungsgebietes behandelt werden.
2. Insgesamt spielen bei der diagnostischen Verteilung bezüglich Inzidenz und Prävalenz die ambulant behandelten Patienten mit neurotischen Störungen die größte Rolle; des weiteren wird ambulant eine hohe Rate affektiver Psychosen behandelt. — Unter den stationären Aufnahmen stehen die affektiven Psychosen an der Spitze, gefolgt von Schizophrenie und Alkoholismus. — Der stationäre Stichtagsbestand ist durch die hohe Rate der chronischen schizophrenen Patienten gekennzeichnet.
3. Beim Vergleich der Inzidenz- und Prävalenzraten der drei Landkreise zeigt sich, daß Gebiete mit intensiverer ambulanter Behandlungsmöglichkeit geringere stationäre Aufnahmeraten aufweisen als ein Gebiet mit geringerer Nervenarztdichte. Es müßte allerdings geprüft werden, inwieweit sich die räumliche Nähe des ambulant schlechter versorgten Gebietes zum zuständigen Bezirkskrankenhaus auf die Rate der stationären Einweisungen auswirkt.
4. Aus Orten unterschiedlicher Größe kommen verschieden hohe Raten von Patienten, was weniger auf die stationären Aufnahmen als auf die höhere Zahl ambulanter Behandlungen zurückgeht. Nachdem sich erweist, daß diagnosenbezogen die Unterschiede gegenüber Ortsklasse IV in erster Linie auf die neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen, sodann auf die affektiven Psychosen zurückgehen, könnte man als eine der möglichen Erklärungen anführen, daß zahlreiche leichtere Störungen in kleineren Orten von den praktischen Ärzten behandelt werden, die Patienten den weiteren Weg zum Nervenarzt scheuen und nur bei den schwereren Störungen in der Regel auch weitere Wege zurückgelegt werden. Das zeigt sich auch darin, daß in der Ortsklasse II erhöhte ambulante Behandlungsraten gefunden werden, nachdem in einem dieser Orte eine nervenärztliche Versorgung vorhanden ist. Es liegt zum Schluß die Folgerung nahe, daß möglicherweise nicht nur die Ortsgröße entscheidend für die ambulanten Behandlungsraten ist, sondern auch die räumliche Nähe eines Nervenarztes.

Tabelle 1

Verteilung der Einwohner des Untersuchungsgebietes nach Alter und Geschlecht

— Stand 27. Mai 1970 —

Gebiet / Alter	Kreise Berchtesgaden, Rosenheim, Traunstein		
	männlich	weiblich	insgesamt
0 bis 14 Jahre	*26,4* 52 243 *51,3*	*21,9* 49 600 *48,7*	*24,0* 101 843 *100*
15 bis 24 Jahre	*14,2* 28 203 *50,7*	*12,1* 27 389 *49,3*	*13,1* 55 592 *100*
25 bis 34 Jahre	*15,3* 30 257 *50,2*	*13,3* 30 030 *49,8*	*14,2* 60 287 *100*
35 bis 44 Jahre	*12,3* 24 375 *48,9*	*11,3* 25 514 *51,1*	*11,8* 49 889 *100*
45 bis 54 Jahre	*9,0* 17 894 *39,9*	*11,9* 26 903 *60,1*	*10,6* 44 797 *100*
55 bis 64 Jahre	*11,2* 22 151 *41,7*	*13,7* 30 950 *58,3*	*12,5* 53 101 *100*
65 bis 74 Jahre	*8,3* 16 443 *41,0*	*10,5* 23 665 *59,0*	*9,5* 40 108 *100*
75 Jahre und älter ..	*3,3* 6 597 *35,0*	*5,4* 12 228 *65,0*	*4,4* 18 825 *100*
Gesamt	*100* 198 163 *46,7*	*100* 226 279 *53,3*	*100* 424 442 *100*

Tabelle 2

Gemeindegrößen in den Kreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein

— Stand 31. Dezember 1972 —

Gemeindegröße / Kreise	0 bis 499			500 bis 999			1 000 bis 1 999		
	n	abs.	%	n	abs.	%	n	abs.	%
Berchtesgaden	—			4	2 812	*3,2*	11	17 638	*19,9*
%	—			*15,4*			*42,3*		
Rosenheim Gesamt	3	1 059	*0,5*	19	13 180	*6,1*	22	32 678	*15,1*
%	*4,1*			*25,7*			*29,7*		
Traunstein	2	745	*0,5*	15	10 994	*7,9*	15	22 504	*16,3*
%	*3,6*			*27,3*			*27,3*		
Gesamt	5	1 804	*0,4*	38	26 986	*6,1*	48	72 820	*16,4*
%	*3,2*			*24,5*			*31,0*		

Tabelle 3

Übersicht aller im ersten Halbjahr 1971 erhobenen psychiatrischen und neurologischen Patienten der in die Untersuchung einbezogenen Institutionen der Kreise Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein

Institution		Psychiatrisch	Neurologisch	ingesamt
niedergelassene Nervenärzte	Praxis	*56,0*	*82,3*	*64,8*
		2 841	2 077	4 918
		57,8	*42,2*	*100,0*
	Konsiliartätigkeit	*3,6*	*17,7*	*8,3*
		185	446	631
		29,3	*70,7*	*100,0*
Gesundheitsämter		*0,7*	—	*0,5*
		38	—	38
		100,0	—	*100,0*
Bezirkskrankenhaus	Stand 1. Januar 1971	*22,5*	—	*15,0*
		1 140	—	1 140
		100,0	—	*100,0*
	Aufnahmen	*15,9*	—	*10,6*
		805	—	805
		100,0	—	*100,0*
Privatklinik		*1,2*	—	*0,8*
		63	—	63
		100,0	—	*100,0*
Gesamt		*100,0*	*100,0*	*100,0*
		5 072	2 523	7 595
		66,8	*33,2*	*100,0*

Tabelle 2

2 000 bis 4 999			5 000 bis 9 999			10 000 bis 19 999			mehr als 20 000			insgesamt		
n	abs.	%	n	abs.	%	n	abs.	%	n	abs.	%	n	abs.	%
6	19 578	*22,1*	3	23 189	*26,2*	2	25 256	*28,6*	—	—	—	26	88 473	*100*
23,1			*11,5*			*7,7*			—			*100,0*		
21	71 465	*33,0*	7	50 016	*23,1*	1	10 383	*4,8*	1	38 060	*17,6*	74	216 841	*100*
28,4			*9,5*			*1,4*			*1,4*			*100,0*		
17	51 331	*37,1*	4	25 277	*18,3*	2	27 540	*19,9*	—	—	—	55	138 391	*100*
30,9			*7,3*			*3,6*			—			*100,0*		
44	142 374	*33,1*	14	98 482	*22,2*	5	63 179	*14,2*	1	38 060	*8,6*	155	443 705	*100*
28,4			*9,0*			*3,2*			*0,7*			*100,0*		

Tabelle 4

Inzidenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in den Kreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein

Kreis	ambulante Erstkonsultationen			stationäre Erstaufnahmen			Inzidenz		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
Berchtesgaden	*2,88*	*3,39*	*3,15*	*0,61*	*0,47*	*0,53*	*3,35*	*3,73*	*3,56*
	113	159	272	24	22	46	132	175	307
	41,5	*58,5*	*100*	*52,2*	*47,8*	*100*	*43,0*	*57,0*	*100*
Rosenheim	*2,33*	*3,20*	*2,79*	*0,93*	*1,09*	*1,02*	*3,13*	*4,00*	*3,59*
	225	345	570	90	118	208	302	432	734
	39,5	*60,5*	*100*	*43,3*	*56,7*	*100*	*41,1*	*58,9*	*100*
Traunstein	*3,49*	*3,87*	*3,69*	*0,69*	*0,76*	*0,72*	*4,05*	*4,54*	*4,31*
	218	276	494	43	54	97	253	324	577
	44,1	*55,9*	*100*	*44,3*	*55,7*	*100*	*43,8*	*56,2*	*100*
Gesamt	*2,81*	*3,45*	*3,15*	*0,79*	*0,86*	*0,83*	*3,47*	*4,11*	*3,81*
	556	780	1 336	157	194	351	687	931	1 618
	41,6	*58,4*	*100*	*44.7*	*55,3*	*100*	*42,5*	*57,5*	*100*

Tabelle 5

Prävalenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in den Kreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein

Kreise	alle ambulanten Konsultationen			alle stationären Aufnahmen			Stichtagsbestand			Streckenprävalenz		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
Berchtesgaden	*7,75*	*10,72*	*9,36*	*0,79*	*1,00*	*0,90*	*1,32*	*1,70*	*1,53*	*9,40*	*13,15*	*11,44*
	305	503	808	31	47	78	52	80	132	370	617	987
	37,7	*62,3*	*100*	*39,7*	*60,3*	*100*	*39,4*	*60,6*	*100*	*37,5*	*62,5*	100
Rosenheim	*4,12*	*5,50*	*4,85*	*1,23*	*1,67*	*1,46*	*1,38*	*1,67*	*1,53*	*6,46*	*8,36*	*7,47*
	397	594	991	119	180	299	133	180	313	623	903	1 526
	40,1	*59,9*	*100*	*39,8*	*60,2*	*100*	*42,5*	*57,5*	*100*	*40,8*	*59,2*	*100*
Traunstein	*6,73*	*7,96*	*7,38*	*0,88*	*0,99*	*0,94*	*1,23*	*1,64*	*1,45*	*8,60*	*10,34*	*9,53*
	420	568	988	55	71	126	77	117	194	537	738	1 275
	42,5	*57,5*	*100*	*43,7*	*56,3*	*100*	*39,7*	*60,3*	*100*	*42,1*	*57,9*	*100*
Gesamt	*5,66*	*7,36*	*6,57*	*1,03*	*1,32*	*1,19*	*1,32*	*1,67*	*1,51*	*7,72*	*9,98*	*8,92*
	1 122	1 665	2 787	205	298	503	262	377	639	1 530	2 258	3 788
	40,3	*59,7*	*100*	*40,8*	*59,2*	*100*	*41,0*	*59,0*	*100*	*40,4*	*59,6*	*100*

Tabelle 6

Altersspezifische Inzidenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns

Alter	ambulante Erstkonsultationen			stationäre Erstaufnahmen			Inzidenz			Kreise Berchtesgaden, Rosenheim, Traunstein		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
0 bis 14 Jahre	*1,61* 84 *56,0*	*1,33* 66 *44,0*	*1,47* 150 *(11,2)*	*0,04* 2 *50,0*	*0,04* 2 *50,0*	*0,04* 4 *(1,1)*	*1,65* 86 *55,8*	*1,37* 68 *44,2*	1,51 154 *(9,5)*	*51,3*	*48,7*	*(24,0)*
15 bis 24 Jahre	*3,44* 97 *48,7*	*3,72* 102 *51,3*	*3,58* 199 *(14,9)*	*0,89* 25 *56,8*	*0,69* 19 *43,2*	*0,79* 44 *(12,5)*	*4,15* 117 *50,2*	*4,24* 116 *49,8*	*4,19* 233 *(14,4)*	*50,7*	*49,3*	*(13,1)*
25 bis 34 Jahre	*2,38* 72 *32,3*	*5,03* 151 *67,7*	*3,70* 223 *(16,7)*	0,73 22 *50,0*	*0,73* 22 *50,0*	*0,73* 44 *(12,5)*	*2,91* 88 *35,3*	*5,36* 161 *64,7*	*4,13* 249 *(15,4)*	*50,2*	*49,8*	*(14,2)*
35 bis 44 Jahre	*3,94* 96 *46,8*	*4,27* 109 *53,2*	*4,11* 205 *(15,3)*	*1,11* 27 *60,0*	*0,71* 18 *40,0*	*0,90* 45 *(12,8)*	*4,88* 119 *48,8*	*4,90* 125 *51,2*	*4,89* 244 *(15,1)*	*48,9*	*51,1*	*(11,8)*
45 bis 54 Jahre	*4,58* 82 *40,6*	*4,46* 120 *59,4*	*4,51* 202 *(15,1)*	*1,68* 30 *42,9*	*1,49* 40 *57,1*	*1,56* 70 *(19,9)*	*5,92* 106 *41,2*	*5,61* 151 *58,8*	*5,74* 257 *(15,9)*	*39,9*	*60,1*	*(10,6)*
55 bis 64 Jahre	*2,93* 65 *35,1*	*3,88* 120 *64,9*	*3,48* 185 *(13,8)*	*1,04* 23 *46,0*	*0,87* 27 *54,0*	*0,94* 50 *(14,2)*	*3,84* 85 *37,6*	*4,56* 141 *62,4*	*4,26* 226 *(14,0)*	*41,7*	*58,3*	*(12,5)*
65 bis 74 Jahre	*2,86* 47 *40,5*	2,92 69 *59,5*	*2,89* 116 *(8,7)*	*0,79* 13 *25,5*	*1,61* 38 *74,5*	*1,27* 51 *(14,5)*	*3,59* 59 *36,4*	*4,35* 103 *63,6*	*4,04* 162 *(10,0)*	*41,0*	*59,0*	*(9,5)*
75 Jahre und älter	*1,97* 13 *23,2*	*3,52* 43 *76,8*	*2,97* 56 *(4,2)*	*2,27* 15 *34,9*	*2,29* 28 *65,1*	*2,28* 43 *(12,3)*	*4,09* 27 *29,0*	*5,40* 66 *71,0*	*4,94* 93 *(5,7)*	*35,0*	*65,0*	*(4,4)*
Gesamt	*2,81* 556 *41,6*	*3,45* 780 *58,4*	*3,15* 1 336 *(100)*	*0,79* 157 *44,7*	*0,86* 194 *55,3*	*0,83* 351 *(100)*	*3,47* 687 *42,5*	*4,11* 931 *57,5*	*3,81* 1 618 *(100)*	*46,7*	*53,3*	*(100)*

Tabelle 7

Altersspezifische Prävalenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns

Alter	alle ambulanten Konsultationen			alle stationären Aufnahmen		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
0 bis 14 Jahre	*2,58* 135 *59,7*	*1,83* 91 *40,3*	*2,22* 226 *(8,1)*	*0,04* 2 *50,0*	*0,04* 2 *50,0*	*0,04* 4 *(0,8)*
15 bis 24 Jahre	*5,67* 160 *52,3*	*5,33* 146 *47,7*	*5,50* 306 *(11,0)*	*1,13* 32 *56,1*	*0,91* 25 *43,9*	*1,03* 57 *(11,3)*
25 bis 34 Jahre	*4,92* 149 *38,8*	*7,83* 235 *61,2*	*6,37* 384 *(13,8)*	*1,09* 33 *47,8*	*1,20* 36 *52,2*	*1,14* 69 *(13,7)*
35 bis 44 Jahre	*7,75* 189 *42,2*	*10,15* 259 *57,8*	*8,98* 448 *(16,1)*	*1,44* 35 *50,7*	*1,33* 34 *49,3*	*1,38* 69 *(13,7)*
45 bis 54 Jahre	*10,56* 189 *36,8*	*12,04* 324 *63,2*	*11,45* 513 *(18,4)*	*2,01* 36 *35,0*	*2,49* 67 *65,0*	*2,30* 103 *(20,5)*
55 bis 64 Jahre	*7,95* 176 *33,5*	*11,31* 350 *66,5*	*9,91* 526 *(18,9)*	*1,49* 33 *39,3*	*1,65* 51 *60,7*	*1,58* 84 *(16,7)*
65 bis 74 Jahre	*5,90* 97 *35,8*	*7,35* 174 *64,2*	*6,76* 271 *(9,7)*	*1,03* 17 *25,4*	*2,11* 50 *74,6*	*1,67* 67 *(13,3)*
75 Jahre und älter	*4,09* 27 *23,9*	*7,03* 86 *76,1*	*6,00* 113 *(4,1)*	*2,58* 17 *34,0*	*2,70* 33 *66,0*	*2,66* 50 *(9,9)*
Gesamt	*5,66* 1 122 *40,3*	*7,36* 1 665 *59,7*	*6,57* 2 787 *(100)*	*1,03* 205 *40,8*	*1,32* 298 *59,2*	*1,19* 503 *(100)*

Tabelle 7

Stichtagsbestand			Streckenprävalenz			Kreise Berchtesgaden, Rosenheim, Traunstein		
männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
0,02	—	*0,01*	*2,62*	*1,88*	*2,26*			
1	—	1	137	93	230			
100,0	—	*(0,2)*	*59,6*	*40,4*	*(6,1)*	*51,3*	*48,7*	*(24,0)*
0,74	*0,33*	*0,54*	*7,13*	*6,35*	*6,75*			
21	9	30	201	174	375			
70,0	*30,0*	*(4,7)*	*53,6*	*46,4*	*(9,9)*	*50,7*	*49,3*	*(13,1)*
1,16	*0,93*	*1,05*	*6,81*	*9,52*	*8,16*			
35	28	63	206	286	492			
55,6	*44,4*	*(9,9)*	*41,9*	*58,1*	*(13,0)*	*50,2*	*49,8*	*(14,2)*
2,01	*2,27*	*2,14*	*10,83*	*13,33*	*12,11*			
49	58	107	264	340	604			
45,8	*54,2*	*(16,7)*	*43,7*	*56,3*	*(16,0)*	*48,9*	*51,1*	*(11,8)*
3,07	2,38	*2,66*	*14,81*	*16,06*	*15,56*			
55	64	119	265	432	697			
46,2	*53,8*	*(18,6)*	*38,0*	*62,0*	*(18,4)*	*39,9*	*60,1*	*(10,6)*
1,72	*2,91*	*2,41*	*10,88*	*15,41*	*13,52*			
38	90	128	241	477	*718*			
29,7	*70,3*	*(20,0)*	*33,6*	*66,4*	*(19,0)*	*41,7*	*58,3*	*(12,5)*
2,25	*2,83*	*2,59*	*9,06*	*11,92*	*10,75*			
37	67	104	149	282	431			
35,6	*64,4*	*(16,3)*	*34,6*	*65,4*	*(11,4)*	*41,0*	*59,0*	*(9,5)*
3,94	*4,99*	*4,62*	*10,16*	*14,23*	*12,80*			
26	61	87	67	174	241			
29,9	*70,1*	*(13,6)*	*27,8*	*72,2*	*(6,4)*	*35,0*	*65,0*	*(4,4)*
1,32	*1,67*	*1,51*	*7,72*	*9,98*	*8,92*			
262	377	639	1 530	2 258	3 788			
41,0	*59,0*	*(100)*	*40,4*	*59,6*	*(100)*	*46,7*	*53,3*	*(100)*

Tabelle 8

Inzidenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns

Diagnose	ambulante Erstkonsultationen			stationäre Erstaufnahmen			Inzidenz		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
präsenile oder senile Demenz	*0,12*	*0,19*	*0,16*	*0,09*	*0,10*	*0,09*	*0,20*	*0,28*	*0,24*
	23	44	67	18	22	40	39	64	103
	34,3	*65,7*	*(4,7)*	*45,0*	*55,0*	*(10,1)*	*37,9*	*62,1*	*(5,8)*
andere organische psychiatrische Erkrankungen	*0,19*	*0,11*	*0,14*	*0,07*	*0,08*	*0,08*	*0,25*	*0,18*	*0,21*
	37	24	61	14	19	33	50	40	90
	60,7	*39,3*	*(4,2)*	*42,4*	*57,6*	*(8,3)*	*55,6*	*44,4*	*(5,1)*
Schizophrenie	*0,14*	*0,18*	*0,16*	*0,09*	*0,14*	*0,12*	*0,19*	*0,28*	*0,24*
	28	40	68	18	31	49	38	64	102
	41,2	*58,8*	*(4,7)*	*36,7*	*63,3*	*(12,3)*	*37,3*	*62,7*	*(5,8)*
affektive und andere Psychosen	*0,28*	*0,83*	*0,57*	*0,12*	*0,27*	*0,20*	*0,38*	*1,02*	*0,72*
	55	187	242	24	62	86	76	231	307
	22,7	*77,3*	*(16,9)*	*27,9*	*72,1*	*(21,7)*	*24,8*	*75,2*	*(17,4)*
neurotische oder psychosomatische Erkrankungen	*1,38*	*1,76*	*1,58*	*0,10*	*0,20*	*0,15*	*1,44*	*1,92*	*1,70*
	273	399	672	19	45	64	286	435	721
	40,6	*59,4*	*(46,8)*	*29,7*	*70,3*	*(16,1)*	*39,7*	*60,3*	*(40,9)*
Persönlichkeitsstörungen	*0,22*	*0,12*	*0,17*	*0,10*	.	*0,05*	*0,31*	*0,12*	*0,21*
	44	27	71	20	1	21	62	27	89
	62,0	*38,0*	*(4,9)*	*95,2*	*4,8*	*(5,3)*	*69,7*	*30,3*	*(5,1)*
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	*0,26*	*0,08*	*0,16*	*0,28*	*0,04*	*0,15*	*0,52*	*0,11*	*0,30*
	51	17	68	56	9	65	103	24	127
	75,0	*25,0*	*(4,7)*	*86,2*	*13,8*	*(16,4)*	*81,1*	*18,9*	*(7,2)*
Oligophrenie	*0,22*	*0,14*	*0,17*	*0,04*	*0,02*	*0,03*	*0,26*	*0,15*	*0,20*
	43	31	74	8	5	13	51	34	85
	58,1	*41,9*	*(5,2)*	*61,5*	*38,5*	*(3,3)*	*60,0*	*40,0*	*(4,8)*
nicht klassifizierbar	*0,27*	*0,27*	*0,27*	*0,04*	*0,08*	*0,06*	*0,30*	*0,34*	*0,32*
	53	60	113	8	18	26	60	77	137
	46,9	*53,1*	*(7,9)*	*30,8*	*69,2*	*(6,5)*	*43,8*	*56,2*	*(7,8)*
Gesamt	*3,06*	*3,66*	*3,38*	*0,93*	*0,94*	*0,94*	*3,86*	*4,40*	*4,15*
	607	829	1 436	185	212	397	765	996	1 761
	42,3	*57,7*	*(100)*	*46,6*	*53,4*	*(100)*	*43,4*	*56,6*	*(100)*

Tabelle 9

Prävalenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns

Diagnose	alle ambulanten Konsultationen			alle stationären Aufnahmen			Stichtagsbestand			Streckenprävalenz		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
präsenile	*0,26*	*0,27*	*0,26*	*0,11*	*0,12*	*0,11*	*0,16*	*0,30*	*0,24*	*0,50*	*0,67*	*0,59*
oder	52	60	112	21	27	48	32	68	100	99	152	251
senile Demenz	*46,4*	*53,6*	*(3,8)*	*43,8*	*56,2*	*(8,3)*	*32,0*	*68,0*	*(14,5)*	*39,4*	*60,6*	*(6,2)*
andere organische	*0,50*	*0,27*	*0,38*	*0,10*	*0,10*	*0,10*	*0,21*	*0,10*	*0,15*	*0,80*	*0,46*	*0,61*
psychiatrische	99	61	160	19	23	42	41	23	64	158	103	261
Erkrankungen	*61,9*	*38,1*	*(5,4)*	*45,2*	*54,8*	*(7,2)*	*64,1*	*35,9*	*(9,3)*	*60,5*	*39,5*	*(6,4)*
	0,43	*0,69*	*0,57*	*0,19*	*0,31*	*0,25*	*0,60*	*0,87*	*0,74*	*1,14*	*1,79*	*1,48*
Schizophrenie	86	157	243	37	70	107	119	197	316	225	404	629
	35,4	*64,6*	*(8,2)*	*34,6*	*65,4*	*(18,4)*	*37,7*	*62,3*	*(45,9)*	*35,8*	*64,2*	*(15,4)*
affektive	*0,74*	*2,15*	*1,49*	*0,16*	*0,46*	*0,32*	*0,05*	*0,22*	*0,14*	*0,89*	*2,68*	*1,84*
und andere	146	486	632	32	105	137	10	50	60	177	606	783
Psychosen	*23,1*	*76,9*	*(21,4)*	*23,4*	*76,6*	*(23,6)*	*16,7*	*83,3*	*(8,7)*	*22,6*	*77,4*	*(19,2)*
neurotische oder	*2,54*	*3,39*	*2,99*	*0,11*	*0,22*	*0,17*	*0,01*	*0,02*	*0,01*	*2,60*	*3,54*	*3,10*
psychosomatische	504	766	1 270	22	49	71	2	4	6	515	802	1 317
Erkrankungen	*39,7*	*60,3*	*(42,9)*	*31,0*	*69,0*	*(12,2)*	*33,3*	*66,6*	*(0,9)*	*39,1*	*60,9*	*(32,3)*
	0,42	*0,22*	*0,32*	*0,13*	*0,01*	*0,07*	*0,05*	*0,03*	*0,04*	*0,59*	*0,26*	*0,41*
Persönlichkeits-	84	51	135	26	3	29	10	6	16	116	58	174
störungen	*62,2*	*37,8*	*(4,6)*	*89,7*	*10,3*	*(5,0)*	*62,5*	*37,5*	*(2,3)*	*66,7*	*33,3*	*(4,3)*
Alkoholismus	*0,39*	*0,11*	*0,25*	*0,36*	*0,08*	*0,21*	*0,15*	*0,08*	*0,11*	*0,86*	*0,25*	*0,53*
oder	78	26	104	71	19	90	29	18	47	170	56	226
Drogenabhängigkeit	*75,0*	*25,0*	*(3,5)*	*78,9*	*21,1*	*(15,5)*	*61,7*	*38,3*	*(6,8)*	*75,2*	*24,8*	*(5,5)*
	0,43	*0,23*	*0,33*	*0,06*	*0,04*	*0,05*	*0,25*	*0,13*	*0,18*	*0,74*	*0,39*	*0,55*
Oligophrenie	86	52	138	11	10	21	49	29	78	146	88	234
	62,3	*37,7*	*(4,7)*	*52,4*	*47,6*	*(3,6)*	*62,8*	*37,2*	*(11,3)*	*62,4*	*37,6*	*(5,7)*
	0,38	*0,39*	*0,38*	*0,05*	*0,11*	*0,08*	*0,01*	.	.	*0,42*	*0,50*	*0,47*
nicht	75	88	163	10	26	36	1	1	2	84	114	198
klassifizierbar	*46,0*	*54,0*	*(5,5)*	*27,8*	*72,2*	*(6,2)*	*50,0*	*50,0*	*(0,3)*	*42,4*	*57,6*	*(4,9)*
	6,11	*7,72*	*6,97*	*1,26*	*1,47*	*1,37*	*1,48*	*1,75*	*1,62*	*8,53*	*10,53*	*9,60*
Gesamt	1 210	1 747	2 957	249	332	581	293	396	689	1 690	2 383	4 073
	40,9	*59,1*	*(100)*	*42,9*	*57,1*	*(100)*	*42,5*	*57,5*	*(100)*	*41,5*	*58,5*	*(100)*

Tabelle 10

Inzidenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße

Gemeindegröße	ambulante Erstkonsultationen			stationäre Erstaufnahmen			Inzidenz		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
0 bis 1 999 Einwohner	*1,89*	*2,11*	*2,01*	*0,69*	*0,69*	*0,69*	*2,50*	*2,69*	*2,60*
	90	114	204	33	37	70	119	145	264
	44,1	*55,9*	*(15,2)*	*47,1*	*52,9*	*(19,9)*	*45,1*	*54,9*	*(16,3)*
2 000 bis 4 999 Einwohner	*2,14*	*3,05*	*2,62*	*0,63*	*0,65*	*0,64*	*2,66*	*3,53*	*3,12*
	142	230	372	42	49	91	177	266	443
	38,2	*61,8*	*(27,8)*	*46,2*	*53,8*	*(25,9)*	*40,0*	*60,0*	*(27,4)*
5 000 bis 9 999 Einwohner	*2,88*	*3,17*	*3,04*	*0,71*	*0,80*	*0,76*	*3,40*	*3,79*	*3,60*
	133	166	299	33	42	75	157	198	355
	44,5	*55,5*	*(22,4)*	*44,0*	*56,0*	*(21,4)*	*44,2*	*55,8*	*(21,9)*
10 000 und mehr Einwohner	*4,02*	*5,02*	*4,55*	*1,03*	*1,23*	*1,14*	*4,93*	*5,99*	*5,49*
	191	270	461	49	66	115	234	322	556
	41,4	*58,6*	*(34,5)*	*42,6*	*57,4*	*(32,8)*	*42,1*	*57,9*	*(34,4)*
Gesamt	*2,68*	*3,31*	*3,01*	*0,76*	*0,82*	*0,79*	*3,31*	*3,96*	*3,65*
	556	780	1 336	157	194	351	687	931	1 618
	41,6	*58,4*	*(100)*	*44,7*	*55,3*	*(100)*	*42,5*	*57,5*	*(100)*

Tabelle 11

Prävalenz psychiatrischer Patienten pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße

Gemeindegröße	alle ambulanten Konsultationen			alle stationären Aufnahmen			Stichtagsbestand			Streckenprävalenz		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
0 bis 1 999 Einwohner	*4,03*	*4,80*	*4,44*	*0,92*	*1,02*	*0,97*	*0,96*	*1,28*	1,13	*5,64*	*6,84*	*6,28*
	192	259	451	44	55	99	46	69	115	269	369	638
	42,6	*57,4*	*(16,2)*	*44,4*	*55,6*	*(19,7)*	*40,0*	*60,0*	*(18,0)*	*42,2*	*57,8*	*(16,8)*
2 000 bis 4 999 Einwohner	*4,71*	*7,04*	*5,94*	*0,83*	*1,05*	*0,94*	*1,40*	*1,46*	*1,43*	*6,75*	*9,26*	*8,08*
	313	530	843	55	79	134	93	110	203	449	697	1 146
	37,1	*62,9*	*(30,2)*	*41,0*	*59,0*	*(26,6)*	*45,8*	*54,2*	*(31,8)*	*39,2*	*60,8*	*(30,3)*
5 000 bis 9 999 Einwohner	*4,76*	*5,51*	*5,16*	*0,97*	*1,34*	*1,17*	*1,23*	*1,87*	*1,57*	*6,65*	*8,45*	*7,60*
	220	288	508	45	70	115	57	98	155	307	442	749
	43,3	*56,7*	*(18,2)*	*39,1*	*60,9*	*(22,9)*	*36,8*	*63,2*	*(24,3)*	*41,0*	*59,0*	*(19,8)*
10 000 und mehr Einwohner	*8,36*	*10,94*	*9,73*	*1,28*	*1,75*	*1,53*	*1,39*	*1,86*	*1,64*	*10,64*	*13,95*	*12,40*
	397	588	985	61	94	155	66	100	166	505	750	1 255
	40,3	*59,7*	*(35,3)*	*39,4*	*60,7*	*(30,8)*	*39,8*	*60,2*	*(26,0)*	*40,2*	*59,8*	*(33,1)*
Gesamt	*5,40*	*7,08*	*6,29*	*0,99*	*1,27*	*1,14*	*1,26*	*1,60*	*1,44*	*7,36*	*9,60*	*8,55*
	1 122	1 665	2 787	205	298	503	262	377	639	1 530	2 258	3 788
	40,3	*59,7*	*(100)*	*40,8*	*59,2*	*(100)*	*41,0*	*59,0*	*(100)*	*40,4*	*59,6*	*(100)*

Tabelle 12

Inzidenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße

Diagnose	ambulante Erstkonsultationen				
	0 bis 1 999	2 000 bis 4 999	5 000 bis 9 999	10 000 und mehr	insgesamt
präsenile oder senile Demenz	*0,06* 6 *9,0*	*0,16* 23 *34,3*	*0,12* 12 *17,9*	*0,26* 26 *38,8*	0,15 67 *(4,7)*
andere organische psychiatrische Erkrankungen	*0,08* 8 *13,1*	*0,13* 18 *29,5*	*0,15* 15 *24,6*	*0,20* 20 *32,8*	*0,14* 61 *(4,2)*
Schizophrenie	*0,11* 11 *16,2*	*0,11* 15 *22,1*	*0,24* 24 *35,3*	*0,18* 18 *26,5*	*0,15* 68 *(4,7)*
affektive und andere Psychosen	*0,51* 52 *21,5*	*0,49* 69 *28,5*	*0,41* 40 *16,5*	*0,80* 81 *33,5*	*0,55* 242 *(16,9)*
neurotische oder psychosomatische Erkrankungen	*0,97* 99 *14,8*	*1,35* 191 *28,4*	*1,55* 153 *22,8*	*2,26* 229 *34,0*	*1,52* 672 *(46,8)*
Persönlichkeits-störungen	*0,07* 7 *9,8*	*0,16* 22 *31,0*	*0,21* 21 *29,6*	*0,21* 21 *29,6*	*0,16* 71 *(4,9)*
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	*0,06* 6 *8,9*	*0,17* 24 *35,3*	*0,15* 15 *22,1*	*0,23* 23 *33,8*	*0,15* 68 *(4,7)*
Oligophrenie	*0,14* 14 *19,0*	*0,13* 18 *24,3*	*0,12* 12 *16,2*	*0,30* 30 *40,5*	*0,17* 74 *(5,2)*
nicht klassifizierbar	*0,14* 14 *12,3*	*0,23* 33 *29,2*	*0,28* 28 *24,8*	*0,38* 38 *33,6*	*0,26* 113 *(7,9)*
Gesamt	*2,14* 217 *15,1*	*2,91* 413 *28,8*	*3,25* 320 *22,3*	*4,80* 486 *33,8*	*3,24* 1 436 *(100)*

Tabelle 12

stationäre Erstaufnahmen					Inzidenz				
0 bis 1 999	2 000 bis 4 999	5 000 bis 9 999	10 000 und mehr	insgesamt	0 bis 1 999	2 000 bis 4 999	5 000 bis 9 999	10 000 und mehr	insgesamt
0,06	*0,06*	*0,10*	*0,16*	*0,09*	*0,12*	*0,21*	*0,20*	*0,41*	*0,23*
6	8	10	16	40	12	30	20	41	103
15,0	*20,0*	*25,0*	*40,0*	*(10,1)*	*11,6*	*29,1*	*19,4*	*39,8*	*(5,8)*
0,06	*0,08*	*0,06*	*0,10*	*0,07*	*0,14*	*0,20*	*0,20*	*0,27*	*0,20*
6	11	6	10	33	14	29	20	27	90
18,2	*33,3*	*18,2*	*30,3*	*(8,3)*	*15,5*	*32,2*	*22,2*	*30,0*	*(5,1)*
0,14	*0,08*	*0,12*	*0,12*	*0,11*	*0,22*	*0,16*	*0,34*	*0,24*	*0,23*
14	11	12	12	49	22	23	33	24	102
28,6	*22,4*	*24,5*	*24,5*	*(12,3)*	*21,6*	*22,5*	*32,4*	*23,5*	*(5,8)*
0,16	*0,18*	*0,18*	*0,26*	*0,19*	*0,66*	*0,61*	*0,53*	*1,00*	*0,69*
16	26	18	26	86	67	87	52	101	307
18,6	*30,2*	*20,9*	*30,2*	*(21,7)*	*21,8*	*28,3*	*16,9*	*32,9*	*(17,4)*
0,12	*0,11*	*0,15*	*0,22*	*0,14*	*1,06*	*1,42*	*1,64*	*2,46*	*1,63*
12	15	15	22	64	108	202	162	249	721
18,7	*23,4*	*23,4*	*34,4*	*(16,1)*	*15,0*	*28,0*	*22,5*	*34,5*	*(40,9)*
0,03	*0,04*	*0,02*	*0,11*	*0,05*	*0,10*	*0,18*	*0,23*	*0,31*	*0,20*
3	5	2	11	21	10	25	23	31	89
14,3	*23,8*	*9,5*	*52,3*	*(5,3)*	*11,2*	*28,1*	*25,8*	*34,8*	*(5,1)*
0,11	*0,11*	*0,13*	*0,25*	*0,15*	*0,16*	*0,27*	*0,27*	*0,45*	*0,29*
11	16	13	25	65	16	38	27	46	127
16,9	*24,6*	*20,0*	*38,5*	*(16,4)*	*12,6*	*29,9*	*21,3*	*36,2*	*(7,2)*
0,04	*0,01*	*0,05*	*0,03*	*0,03*	*0,17*	*0,13*	*0,17*	*0,32*	*0,19*
4	1	5	3	13	17	19	17	32	85
30,8	*7,7*	*38,5*	*23,1*	*(3,3)*	*20,0*	*22,4*	*20,0*	*37,6*	*(4,8)*
0,04	*0,08*	*0,02*	*0,08*	*0,06*	*0,17*	*0,31*	*0,30*	*0,45*	*0,31*
4	12	2	8	26	17	44	30	46	137
15,4	*46,2*	*7,7*	*30,8*	*(6,5)*	*12,4*	*32,1*	*21,9*	*33,6*	*(7,8)*
0,75	*0,74*	*0,84*	*1,31*	*0,90*	*2,79*	*3,50*	*3,90*	*5,90*	*3,97*
76	105	83	133	397	283	497	384	597	*1 761*
19,1	*26,4*	*20,9*	*33,5*	*(100)*	*16,1*	*28,2*	*21,8*	*33,9*	*(100)*

Tabelle 13a

Psychiatrische Diagnosen ambulanter Konsultationen und stationärer Aufnahmen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße

Diagnose	alle ambulanten Konsultationen					alle stationären Aufnahmen				
	0 bis 1 999	2 000 bis 4 999	5 000 bis 9 999	10 000 und mehr	insgesamt	0 bis 1 999	2 000 bis 4 999	5 000 bis 9 999	10 000 und mehr	insgesamt
präsenile	*0,10*	*0,32*	*0,15*	*0,41*	*0,25*	*0,06*	*0,07*	*0,12*	*0,20*	*0,11*
oder	10	46	15	41	112	6	10	12	20	48
senile Demenz	*8,9*	*41,1*	*13,4*	*36,6*	*(3,8)*	*12,5*	*20,8*	*25,0*	*41,7*	*(8,3)*
andere organische	*0,23*	*0,30*	*0,36*	*0,59*	*0,36*	*0,07*	*0,08*	*0,11*	*0,12*	*0,09*
psychiatrische	23	42	35	60	160	7	12	11	12	42
Erkrankungen	*14,4*	*26,3*	*21,9*	*37,5*	*(5,4)*	*16,7*	*28,6*	*26,2*	*28,6*	*(7,2)*
	0,44	*0,37*	*0,64*	*0,81*	*0,55*	*0,28*	*0,20*	*0,25*	*0,25*	*0,24*
Schizophrenie	45	53	63	82	243	28	29	25	25	107
	18,5	*21,8*	*25,9*	*33,7*	*(8,2)*	*26,1*	*27,1*	*23,4*	*23,3*	*(18,4)*
affektive	*1,32*	*1,41*	*0,93*	*2,03*	*1,43*	*0,28*	*0,30*	*0,29*	*0,37*	*0,31*
und andere	134	200	92	206	632	28	43	29	37	137
Psychosen	*21,2*	*31,7*	*14,6*	*32,6*	*(21,4)*	*20,4*	*31,4*	*21,2*	*27,0*	*(23,6)*
neurotische oder	*1,90*	*2,88*	*2,19*	*4,47*	*2,87*	*0,14*	*0,12*	*0,17*	*0,23*	*0,16*
psychosomatische	193	408	216	453	1 270	14	17	17	23	71
Erkrankungen	*15,2*	*32,1*	*17,0*	*35,7*	*(42,9)*	*19,7*	*23,9*	*23,9*	*32,4*	*(12,2)*
	0,16	*0,28*	*0,32*	*0,46*	*0,30*	*0,04*	*0,06*	*0,03*	*0,14*	*0,07*
Persönlichkeits-	16	40	32	47	135	4	8	3	14	29
störungen	*11,9*	*29,6*	*23,7*	*34,8*	*(4,6)*	*13,7*	*27,6*	*10,3*	*48,2*	*(5,0)*
Alkoholismus	*0,11*	*0,24*	*0,22*	*0,37*	*0,23*	*0,12*	*0,15*	*0,21*	*0,36*	*0,20*
und	11	34	22	37	104	12	21	21	36	90
Drogenabhängigkeit	*10,6*	*32,7*	*21,2*	*35,6*	*(3,5)*	*13,4*	*23,3*	*23,3*	*40,0*	*(15,5)*
	0,30	*0,26*	*0,20*	*0,50*	*0,31*	*0,05*	*0,01*	*0,09*	*0,05*	*0,05*
Oligophrenie	30	37	20	51	138	5	2	9	5	21
	21,7	*26,8*	*14,5*	*37,0*	*(4,7)*	*23,8*	*9,5*	*42,9*	*23,8*	*(3,6)*
	0,20	*0,34*	*0,40*	*0,55*	*0,37*	*0,04*	*0,10*	*0,06*	*0,12*	*0,08*
nicht	20	48	39	56	163	4	14	6	12	36
klassifizierbar	*12,3*	*29,4*	*23,9*	*34,4*	*(5,5)*	*11,2*	*38,9*	*16,7*	*33,3*	*(6,2)*
	4,74	*6,40*	*5,42*	*10,20*	*6,67*	*1,06*	*1,10*	*1,35*	*1,82*	*1,31*
Gesamt	482	908	534	1 033	2 957	108	156	133	184	581
	16,3	*30,7*	*18,1*	*35,0*	*(100)*	*18,5*	*26,9*	*22,9*	*31,6*	*(100)*

Tabelle 13b

Prävalenz psychiatrischer Diagnosen pro 1 000 Einwohner in drei Kreisen Oberbayerns; Unterscheidung nach Gemeindegröße

Diagnose	Stichtagsbestand					Streckenprävalenz				
	0 bis 1 999	2 000 bis 4 999	5 000 bis 9 999	10 000 und mehr	insgesamt	0 bis 1 999	2 000 bis 4 999	5 000 bis 9 999	10 000 und mehr	insgesamt
präsenile	*0,15*	*0,18*	*0,30*	*0,29*	*0,23*	*0,29*	*0,57*	*0,56*	*0,85*	*0,57*
oder	15	26	30	29	100	29	81	55	*86*	251
senile Demenz	*15,0*	*26,0*	*30,0*	*29,0*	*(14,5)*	*11,6*	*32,3*	*21,9*	*34,3*	*(6,2)*
andere organische	*0,09*	*0,14*	*0,18*	*0,17*	*0,14*	*0,38*	*0,52*	*0,64*	*0,84*	*0,59*
psychiatrische	9	20	18	17	64	39	74	63	85	261
Erkrankungen	*14,1*	*31,3*	*28,1*	*26,6*	*(9,3)*	*14,9*	*28,3*	*24,1*	*32,6*	*(6,4)*
	0,67	*0,73*	*0,66*	*0,79*	*0,71*	*1,30*	*1,26*	*1,47*	*1,72*	*1,42*
Schizophrenie	68	103	65	80	316	132	178	145	174	629
	21,5	*32,6*	*20,6*	*25,3*	*(45,9)*	*21,0*	*28,3*	*23,1*	*27,7*	*(15,4)*
affektive	*0,08*	*0,16*	*0,16*	*0,13*	*0,14*	*1,62*	*1,77*	*1,29*	*2,37*	*1,77*
und andere	8	23	16	13	60	165	251	127	240	783
Psychosen	*13,3*	*38,3*	*26,7*	*21,7*	*(8,7)*	*21,1*	*32,1*	*16,2*	*30,7*	*(19,2)*
neurotische oder	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,02*	*0,01*	*1,98*	*2,95*	*2,32*	*4,63*	*2,97*
psychosomatische	1	2	1	2	6	201	419	228	469	1 317
Erkrankungen	*16,7*	*33,3*	*16,7*	*33,3*	*(0,9)*	*15,3*	*31,8*	*17,3*	*35,6*	*(32,3)*
	0,01	*0,04*	*0,05*	*0,05*	*0,04*	*0,21*	*0,35*	*0,41*	*0,62*	*0,39*
Persönlichkeits-	1	5	5	5	16	21	50	40	63	174
störungen	*6,3*	*31,3*	*31,3*	*31,3*	*(2,3)*	*12,1*	*28,7*	*23,0*	*36,2*	*(4,3)*
Alkoholismus	*0,04*	*0,08*	*0,15*	*0,16*	*0,11*	*0,24*	*0,45*	*0,57*	*0,81*	*0,51*
oder	4	12	15	*16*	47	24	64	56	82	226
Drogenabhängigkeit	*8,5*	*25,5*	*31,9*	*34,0*	*(6,8)*	*10,6*	*28,3*	*24,8*	*36,3*	*(5,5)*
	0,15	*0,20*	*0,19*	*0,15*	*0,18*	*0,48*	*0,47*	*0,49*	*0,69*	*0,53*
Oligophrenie	15	29	19	15	78	49	67	48	70	234
	19,2	*37,2*	*24,4*	*19,2*	*(11,3)*	*20,9*	*28,6*	*20,5*	*29,9*	*(5,7)*
	—	—	*0,01*	*0,01*	.	*0,23*	*0,43*	*0,47*	*0,67*	*0,45*
nicht	—	—	1	1	2	23	61	46	68	198
klassifizierbar	—	—	*50,0*	*50,0*	*(0,3)*	*11,6*	*30,8*	*23,2*	*34,3*	*(4,9)*
	1,19	*1,55*	*1,73*	*1,76*	*1,55*	*6,72*	*8,78*	*8,20*	*13,21*	*9,19*
Gesamt	121	220	170	178	689	683	1 245	808	1 337	4 073
	17,6	*31,9*	*24,7*	*25,8*	*(100)*	*16,8*	*30,6*	*19,8*	*32,8*	*(100)*

Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den drei Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein

von

H. Dilling und S. Weyerer

1 Methodische Bemerkungen

Ist ganz allgemein die Rolle der niedergelassenen Nervenärzte im System der psychiatrischen Versorgung bisher in der Bundesrepublik nur sehr ungenügend untersucht, so gehört hierzu vor allem die Bedeutung dieser Ärzte für die Vor- und Nachbehandlung von psychiatrischen Krankenhauspatienten.

Zunächst ist es notwendig, eine ausreichende *Definition* der beiden Begriffe zu finden: Unter *Vorbehandlung* versteht man eine ambulante Behandlung, die in einem abgrenzbaren Zeitraum einem nachfolgenden Krankenhausaufenthalt vorausgeht. Man kann mehrere Möglichkeiten unterscheiden:

a) ambulante Behandlung als Vorbereitung auf einen bereits geplanten Krankenhausaufenthalt,

b) ambulante Behandlung, in deren Verlauf eine stationäre Behandlung erforderlich wird,

c) ambulante Untersuchung mit Indikationsstellung zu einer stationären Behandlung.

Im Fall a) und b) werden meistens mehrere Konsultationen beim Arzt die Vorbehandlung bilden, während im Fall c) nur ein oder zwei Konsultationen der stationären Behandlung vorausgehen. Da der Fall a) nur selten auftreten wird, kann eine Vorbehandlung meist nur rückblickend als eine solche bestimmt werden, wodurch der ganze Begriff etwas fragwürdig wird. Die Bedeutung der Vorbehandlung liegt vor allem darin, daß der Nervenarzt eine rechtzeitige Klinikeinweisung veranlassen kann und der Patient auf den klinischen Aufenthalt vom Arzt auch psychologisch vorbereitet wird. Je mehr Einweisungen rechtzeitig durch den Nervenarzt erfolgen, um so weniger ist damit zu rechnen, daß die Aufnahmen aufgrund gesetzlicher Vorschriften als akute Notfälle durch die Polizei erfolgen müssen, was auf viele Patienten traumatisierend wirkt.

Die *Nachbehandlung* schließt sich an eine stationäre Behandlung an und sollte in einem zu definierenden begrenzten Zeitraum nach der Entlassung beginnen. Sie dient der Sicherung und Konsolidierung des erreichten Behandlungserfolges der stationären Einrichtung und damit zugleich der Rezidivprophylaxe zur Vermeidung erneuter Einweisung. Sie wird in der Regel vom Krankenhaus veranlaßt, das den Patienten an die ambulante Einrichtung überweist.

An diesem Punkt stellt sich die Frage der Definition beider Begriffe in ihrer genaueren zeitlichen Dimension. Da ein zeitlicher Zusammenhang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gewahrt bleiben muß, wenn von Vor- oder Nachbehandlung gesprochen werden soll, ist auch eine zeitliche Begrenzung erforderlich. Das Intervall zwischen dem letzten Behandlungstermin beim Nervenarzt und dem Datum der Aufnahme in der Klinik oder zwischen dem Tag der Entlassung und der danach erfolgenden ersten ambulanten Konsultation durch den niedergelassenen Arzt darf ein bestimmtes Maximum nicht überschreiten, da sonst die Möglichkeit besteht, daß bereits eine neue Krankheitsepisode — sei es ein Rezidiv oder eine neue Erkrankung — behandelt wird. Dabei bereitet es Schwierigkeiten, diese Grenze zu setzen, die bis zu einem gewissen Grade willkürlich gewählt werden muß, im individuellen Fall aber auch durchaus variabel sein kann. Wir begrenzen das maximale Intervall auf drei Monate. Bei größeren Intervallen sprechen wir dann ex definitione nicht mehr von Vor- oder Nachbehandlung. Bei Festlegung dieser Grenzen sind wir uns dessen bewußt, daß beide Begriffe in praxi eigentlich einen engeren Zusammenhang zwischen ambulanter und stationärer Behandlung erfordern, beispielsweise den Zeitraum von längstens einem Monat, in vielen Fällen nur von wenigen Tagen. Diese Tatsache wurde bei der Auswertung berücksichtigt, indem verschiedene Intervalle bestimmt wurden.

Vor- und Nachbehandlung sind in einem gut integrierten Versorgungssystem von größter Bedeutung, da sie dazu beitragen, den Anteil stationärer Behandlungen zu verringern und den Schwerpunkt der Versorgung auf die ambulante Behandlung zu verschieben. Hierzu trägt auch die Vorbehandlung bei, da bei rechtzeitiger stationärer Einweisung in vielen Fällen eine kurzdauernde Behandlung ausreicht und letztlich weniger Krankenhaustage erforderlich sind. So kann man die Forderung auch stellen, daß alle eingewiesenen Patienten vorher von einem Psychiater ambulant untersucht und alle entlassenen Patienten von einem niedergelassenen Nervenarzt weiterbehandelt und betreut werden.

Bei dieser Bedeutung von Vor- und Nachsorge wäre es wichtig zu wissen, inwieweit diese Funktionen im gegenwärtigen Versorgungssystem von den niedergelassenen Nervenärzten wahrgenommen werden, da man den Anteil der gemeinsam behandelten

Patienten als einen Indikator für die Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik und mithin für die Integration des Versorgungssystems ansehen kann. — Bei dieser Betrachtungsweise sind allerdings weder die praktischen Ärzte berücksichtigt, deren bisher in dieser Hinsicht undefinierte Rolle ebenfalls genau zu untersuchen wäre, noch beispielsweise psychotherapeutische oder psychosoziale Dienste einer bis jetzt kaum irgendwo realisierten komplexeren Versorgung.

Die *Erfassung* der vor- und nachbehandelten Patienten kann auf zweierlei Weise geschehen. Zum einen besteht die Möglichkeit, wie auch anfänglich von uns vorgesehen, die notwendigen Informationen auf verschiedene Weise direkt von den beteiligten Institutionen zu erlangen. Beispielsweise können aus den Karteien der Nervenärzte alle Patienten, die in Nachbehandlung stehen, ermittelt werden oder mit Hilfe der stationären Krankengeschichten alle vorbehandelten Patienten erfaßt werden. Auf dem von uns benutzten Erhebungsbogen war zu diesem Punkt eine gesonderte Frage vorgesehen. Bei der Erhebung stellte sich aber heraus, daß teilweise durch Zwischenschaltung der praktischen Ärzte, aber auch durch unzureichende Angaben auf dem Erhebungsbogen eine genaue Ermittlung der gewünschten Daten nicht möglich war, so daß wir uns entschlossen, die durch Computereinsatz mögliche Alternative zu wählen: dabei wurden aus der Zahl sämtlicher in den Einrichtungen des Untersuchungsgebietes während eines bestimmten Zeitraumes ambulant oder stationär behandelter Patienten diejenigen ausgesondert, die in mehreren Institutionen betreut wurden.

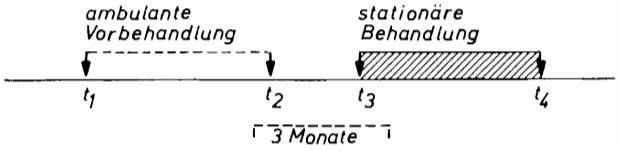
Alle genannten Fälle wurden mit Hilfe eines Computerprogrammes daraufhin geprüft, ob identische Fälle zweimal im Datenmaterial auftauchen. Die mittels dieses sogenannten „Suchprogramms" ermittelten 380 Fälle mußten zunächst daraufhin geprüft werden, ob die betreffenden Patienten sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen behandelt wurden. Nicht dagegen interessierten bei dieser Fragestellung Patienten, die in jeweils zwei ambulanten oder zwei stationären Institutionen registriert wurden.

Methodisch waren in diesem Stadium der Arbeit einige Schwierigkeiten zu überwinden, so beispielsweise die genaue Identifizierung der Patienten, da sich herausstellte, daß die statistisch als ausreichend angesehene Identifizierung mittels Geburtsdatum, Geschlecht und Anfangsbuchstaben nicht ausreichte. Sodann war festzustellen, ob die betreffenden Patienten ihren Wohnsitz in einem der drei Landkreise haben. Weiterhin mußte eine größere Anzahl von Patienten ausgeschieden werden, bei denen die oben erwähnten zeitlichen Zusammenhangskriterien nicht zutrafen.

Da sich gerade das Problem der zeitlichen Zuordnung als besonders kompliziert herausstellte, soll diese Frage etwas ausführlicher dargestellt werden. Auf den beiden folgenden Grafiken sind die zeitlichen Bezugspunkte bei der Vor- und Nachbehandlung veranschaulicht.

Abbildung 1

Ambulante Vorbehandlung

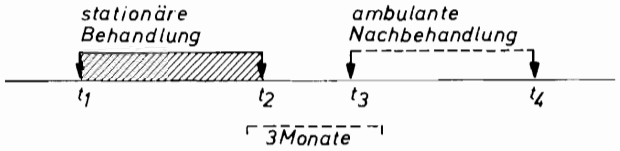


t_3—t_2 = Intervall zwischen letzter ambulanter Behandlung und stationärer Aufnahme $\leqq 3$ Monate.

Bei der ambulanten Vorbehandlung (Abbildung 1) ist zwischen den Daten der ersten und letzten Vorbehandlung (t_1 bzw. t_2) sowie der stationären Aufnahme (t_3) zu unterscheiden. Das Intervall (t_3—t_2) muß definitionsgemäß unter drei Monaten liegen.

Abbildung 2

Ambulante Nachbehandlung



t_3—t_2 = Intervall zwischen stationärer Entlassung und Beginn der ambulanten Behandlung $\leqq 3$ Monate.

Bei der ambulanten Nachbehandlung finden sich umgekehrte Verhältnisse (Abbildung 2). Man geht von dem Datum der stationären Entlassung (t_2) aus und bestimmt die Differenz zwischen dem Beginn der ambulanten Nachbehandlung und dem Entlassungstermin (t_3—t_2), die wiederum geringer als drei Monate sein muß.

Auf unsere Patientenpopulation angewandt, kann die Frage nach den vor- und nachbehandelten Patienten auf zweierlei Weise angegangen werden:

a) Zum einen wird der Anteil vor- und nachbehandelter Patienten in der Klientel der Nervenärzte bestimmt, deren Patienten eines halben Jahres somit die Bezugspopulation darstellen. Der Untersuchungszeitraum für diese Population liegt fest und kann nicht, beispielsweise durch Anfügen eines weiteren Quartals, verlängert werden.

b) Zum anderen wird, ausgehend von den stationär Aufgenommenen oder Entlassenen, als Bezugspopulation die Anzahl derer bestimmt, die vor ihrer stationären Aufnahme von niedergelassenen Psychiatern ambulant behandelt wurden bzw. nach ihrer Entlassung in der Folgezeit ambulant weiterbetreut wurden. Der Untersuchungszeitraum für stationäre Patienten ist variabel und richtet sich nach den Bedürfnissen der Studie.

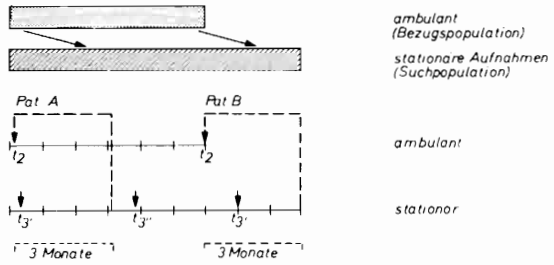
Im folgenden sollen die einzelnen möglichen Fälle noch einmal genau präzisiert werden, da zunächst gewisse Schwierigkeiten bestehen, die zu erfassenden Zeiträume klar abzugrenzen.

A. Vorbehandlung

a) Ausgehend von den ambulanten Patienten des ersten Halbjahres 1971 wird gefragt, welche von diesen Patienten als vorbehandelt anzusehen sind. Das erfordert als Suchpopulation die Patienten der beiden Untersuchungsquartale 71/I und II sowie des darauffolgenden Quartals 71/III (Abbildung 3).

Abbildung 3

Vorbehandlung



IV Quartal	I Quartal	II Quartal	III Quartal
1970	1971		

t_2 = letzte Zeitpunkte ambulanter Konsultationen vor stationärer Aufnahme

t_3 = mögliche Zeitpunkte stationärer Aufnahme

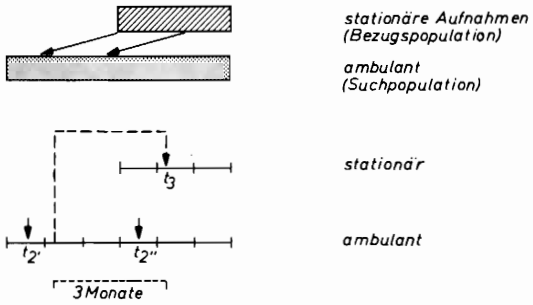
Wird zum Beispiel ein Patient A Anfang Januar ambulant zuletzt behandelt (t_2), so zählt er bis zu einer eventuellen Aufnahme ($t_{3'}$) Anfang April zur Gruppe der Vorbehandelten; wird er dagegen nach diesem Zeitpunkt stationär aufgenommen, so rechnet er nicht mehr in diese Gruppe ($t_{3''}$).

Der zweite schematisch dargestellte Patient B wurde zuletzt Ende Juni (t_2) ambulant gesehen; diese Konsultation rechnet als Vorbehandlung, falls er bis Ende September stationär aufgenommen wird ($t_{3'}$). Es müssen also die stationären Aufnahmen bis zu diesem Zeitpunkt erfaßt werden.

b) Nimmt man die stationären Patienten als Bezugspopulation, so muß gefragt werden, welche dieser Patienten zu gleicher Zeit oder bis zu drei Monaten vor Beginn des Zeitpunktes der stationären Aufnahme ambulant behandelt wurden. Aus der maximalen Länge des Intervalls ergibt sich, daß bei der Begrenzung des ambulanten Untersuchungszeitraumes auf zwei Quartale, die Bezugspopulation auf ein Quartal eingeschränkt werden muß.

Abbildung 4

Vorbehandlung



IV Quartal	I Quartal	II Quartal	III Quartal
1970	1971		

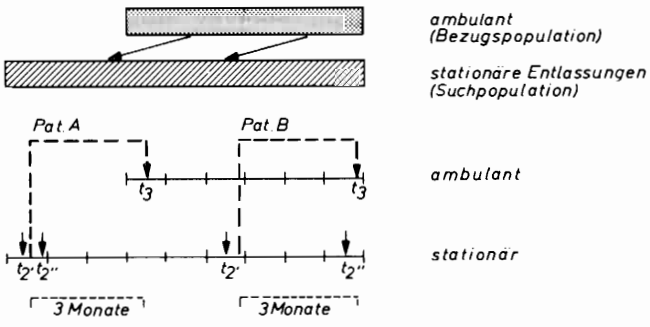
t_2 = mögliche letzte Zeitpunkte der ambulanten Konsultationen

t_3 = stationäre Aufnahme

Aus Abbildung 4 geht hervor, daß nur das zweite Quartal als Bezugspopulation in Frage kommt. Nachdem nämlich keine Informationen über die ambulanten Behandlungen im vierten Quartal 1970 vorliegen, scheidet das erste Quartal als Bezugspopulation aus. — Im Beispiel auf Abbildung 4 ist alternativ die Möglichkeit der letzten Konsultation im Januar 1971 ($t_{2'}$) dargestellt, was nicht als Vorbehandlung rechnen kann. Eine solche findet dagegen statt, wenn der Patient innerhalb der drei Monate vor seiner stationären Aufnahme Anfang Mai, also beispielsweise im April 1971, zum letztenmal in der Praxis des Nervenarztes behandelt wird ($t_{2''}$).

Abbildung 5

Nachbehandlung



IV Quartal	I Quartal	II Quartal	III Quartal
1970	1971		

t_2 = mögliche Zeitpunkte der Entlassung aus stationärer Behandlung

t_3 = Zeitpunkt der ersten ambulanten Konsultation nach Klinikentlassung

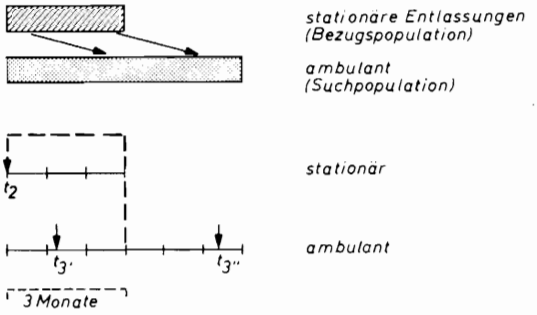
B. Nachbehandlung

a) Geht man bei den Nachbehandlungen ebenfalls zunächst wieder von den ambulanten Patienten aus (Abbildung 5), so lautet die Frage, wie hoch der Anteil dieser Patienten in der Klientel der Nervenärzte ist, die spätestens ein Vierteljahr nach ihrer Entlassung in Nachbehandlung kamen. Dazu ist es notwendig, die parallel zum Untersuchungszeitraum im ersten und zweiten Quartal 1971 sowie die in den drei davorliegenden Monaten im vierten Quartal 1970 erfolgten Entlassungen zu registrieren. — Entlassene aus dem vierten Quartal 1970 werden also im ersten Quartal 1971 jeweils bis zu einem Intervall von maximal einem Vierteljahr nach dem individuellen Entlassungstermin berücksichtigt. Die beiden im Schema dargestellten Beispiele erläutern das Gesagte. So kommt Patient B Ende Juni (t_3) in ambulante Behandlung. Nimmt man den Zeitpunkt Mitte März ($t_{2'}$) als Entlassungstermin an, so handelt es sich hier nur um eine Konsultation ohne den Charakter der Nachbehandlung; nimmt man dagegen Mitte Juni ($t_{2''}$) an, so liegt dieser mögliche Entlassungstermin kurz vor dem ambulanten, der damit als Nachbehandlung gezählt werden muß.

b) Nimmt man umgekehrt nun wieder die aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten als Bezugspopulation (Abbildung 6), so zeigt sich auch hier, daß man die Entlassenen eines Vierteljahres mit den während eines halben Jahres ambulant Behandelten vergleichen muß. Nimmt man als Beispiel eine Entlassung vom 2. Januar, so muß der Patient bis spätestens zum 2. April in ambulante Behandlung gekommen sein, bei einer Entlassung vom 30. März entsprechend drei Monate später, bis zum 30. Juni.

Abbildung 6

Nachbehandlung



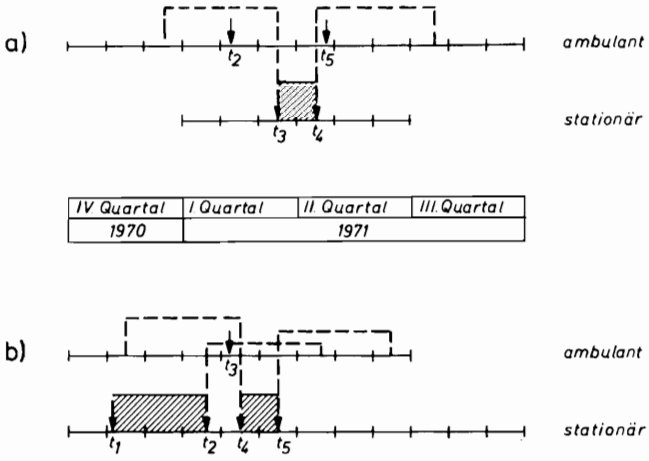
IV. Quartal	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal
1970	1971		

t_2 = Zeitpunkt der Entlassung aus stationärer Behandlung

t_3 = mögliche Zeitpunkte der ersten Konsultation nach Krankenhausentlassung

Abbildung 7

Vor- und Nachbehandlung



a) Vorbehandlung (t_2) und Nachbehandlung (t_5) in Verbindung mit stationärem Aufenthalt (t_3/t_4)

b) einmalige ambulante Konsultation zwischen zwei stationären Aufenthalten (t_3); eine Nachbehandlung nach der zweiten Entlassung aus stationärer Behandlung (t_5) erfolgte nicht.

C. Vor- und Nachbehandlung

Die in Abbildung 7 a dargestellte Möglichkeit, daß der Nervenarzt zunächst vorbehandelt, dann einweist und den Patienten nach dem stationären Aufenthalt wieder ambulant übernimmt, ist als der ideale Fall des Ineinandergreifens der Versorgung anzusehen. — Eine kürzere Periode ambulanter Behandlung zwischen zwei stationären Aufnahmen dagegen kann nicht sowohl der Vor- als auch der Nachbehandlung zugerechnet werden, da sonst eine Doppelzählung erfolgen würde. Es sollte vielmehr auf den einzelnen Fall bezogen berücksichtigt werden, ob die betreffende Konsultation überwiegend den Charakter von Vor- oder von Nachbehandlung aufweist. — Im Beispiel (Abbildung 7 b) wird gezeigt, daß trotz ambulanter Konsultationen (t_3) nach der ersten Krankenhausentlassung (t_2), dann nach der zweiten und endgültigen Entlassung keine Nachbehandlung stattfindet, denn der vorgesehene Zeitraum vergeht, ohne daß der Patient beim niedergelassenen Psychiater erscheint.

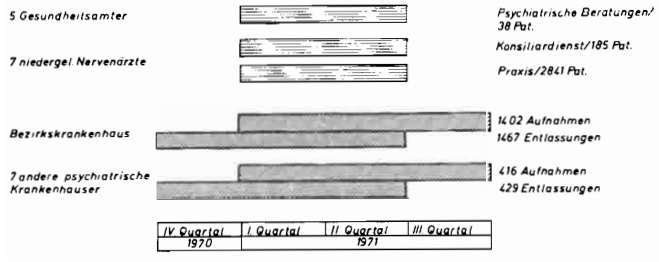
Diesen grundsätzlichen Überlegungen entsprechend erfolgte die Erfassung und Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Kollektiven und sodann die Aufschlüsselung der vor- und nachbehandelten Patienten nach einer Reihe von verschiedenen Kriterien wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Schicht, Diagnose, durchschnittlichem Intervall zwischen letzter oder erster Behandlung beim Nervenarzt und stationärer Aufnahme und schließlich auch nach der Häufigkeit der Konsultationen. — Soweit es um die Beschreibung der Vor- und Nachbehandelten nach verschiedenen Kriterien ging, war es günstiger, von einem möglichst großen Kollektiv auszugehen, also den Patienten, bei denen die ambulante Klientel des

gesamten Untersuchungszeitraumes als Bezugspopulation anzusehen ist. — Die genaue zeitliche Bestimmung des Intervalls zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie der Anzahl der Einzelkonsultationen war allerdings nur möglich, wenn nicht mehr als ein Quartal der stationär Aufgenommenen bzw. Entlassenen als Bezugspopulation gesetzt wurde.

Praktisch gingen wir in folgender Weise vor: Es wurden sämtliche in stationären und ambulanten Einrichtungen der Landkreise Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein behandelten Patienten im ersten Halbjahr 1971 erfaßt. Zusätzlich wurden auch die in auswärtigen stationären Einrichtungen behandelten Patienten registriert, die in den drei Landkreisen ansässig sind. Es handelte sich um 2 841 Patienten in den Praxen der niedergelassenen Nervenärzte, 185 konsiliarisch betreute und 38 Patienten der Gesundheitsämter. Hinzu kamen für das erste Halbjahr 1971 sämtliche stationären Aufnahmen und Entlassungen sowie die Entlassungen aus stationärer Behandlung im IV. Quartal 1970 und die Aufnahmen in Krankenhausbehandlung im III. Quartal 1971. In dieser Zahl waren zunächst alle Patienten des zuständigen Bezirkskrankenhauses Gabersee als auch der Privatklinik Dr. H. enthalten. Die sonstigen sechs meist im Raume München liegenden stationären Einrichtungen wurden dagegen nur bezüglich ihrer Patienten aus den drei Landkreisen berücksichtigt. Auf diese Weise wurden 1 818 stationäre Aufnahmen und 1 896 Entlassungen registriert. Insgesamt wurden durch dieses Vorgehen 6 778 Personen zusammengefaßt, also weit mehr Patienten, als in den drei Landkreisen ihren Wohnsitz haben (Abbildung 8).

Abbildung 8

Übersicht über sämtliche in die Untersuchung der Vor- und Nachbehandlung einbezogenen psychiatrischen Patienten



Wie schon erwähnt, wurden die gesuchten Kollektive in der Weise bestimmt, daß einmal die Patienten der Nervenärzte und einmal die stationären Aufnahmen und Entlassungen die Bezugspopulation bilden. Die beiden Gruppen unterscheiden sich neben der verschiedenen zeitlichen Ausdehnung auch vor allem darin, daß bei dem Bezug auf die ambulanten Patienten institutionsbezogen vorgegangen wird, d. h. es wurden alle Patienten beschrieben, die Vor- oder Nachbehandlungskriterien genügen, ohne daß jedoch der Wohnsitz in den drei Landkreisen liegen muß. Bei diesem Vorgehen steht also die Arbeit der Nervenärzte im Vordergrund, da sämtliche von ihnen vor- und nachbehandelten Patienten berücksichtigt sind. Hierzu wird das Untersuchungskollektiv möglichst groß gehalten. Eine Bestimmung von bevölkerungsbezogenen Raten Vor- und Nachbehandelter ist damit aber nicht möglich.

Der zweite Weg, bei dem von den stationären Aufnahmen und Entlassungen ausgegangen wird, ermöglicht dagegen die Bestimmung von bevölkerungsbezogenen Daten, da bei dem Ausgangspunkt der stationären Population eine strikte Einschränkung auf Aufnahmen und Entlassungen von Patienten aus den drei Landkreisen erfolgt, bei denen in den ambulanten Einrichtungen jeweils Vor- und Nachsorge erfolgt.

2 Ergebnisse

2.1 Vor- und Nachbehandlungen, bezogen auf die ambulanten Institutionen

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse wiedergegeben werden, bei denen die Bezugspopulation von allen ambulanten Patienten des ersten Halbjahrs 1971 gebildet wird, die in Institutionen der drei Landkreise behandelt wurden, gleichgültig, wo diese Patienten ihren Wohnsitz haben. Außer den Angaben über Vor- und Nachbehandlung werden jeweils zum Vergleich die Zahlen aller psychiatrischen Konsultationsfälle der betreffenden Nervenärzte bzw. Gesundheitsämter aufgeführt. Patienten, bei denen sowohl eine Vor- wie auch eine Nachbehandlung (V/N) stattfand (Abbildung 7), werden zwar auch gesondert zitiert, sind aber jeweils in der Anzahl der getrennt dargestellten Vor- und Nachbehandlungen mit enthalten ($V_{gesamt} = V + V/N$; $N_{gesamt} = N + V/N$). Soweit die Gruppen der nur Vorbehandelten (V) oder der nur Nachbehandelten (N) sich deutlich von der Population der sowohl Vor- wie Nachbehandelten unterscheiden, wird das gesondert vermerkt.

Außer mit der Zahl aller Konsultationsfälle wird die Zahl Vor- und Nachbehandelter auch mit entsprechenden Verteilungen in der Bevölkerung verglichen. Hier wurde als Bezugsdatum der Tag der letzten Volkszählung gewählt, nämlich der 27. Mai 1970. — Die statistischen Signifikanzprüfungen erfolgten nach dem Chi-Quadrat-Test.

In Tabelle 1 ist ein Überblick über die gesamte Ausgangspopulation aller ambulanten psychiatrischen Patienten gegeben; dazu ist der Anteil aller jeweils Vor- und Nachbehandelten sowie zusätzlich der vor- wie auch nachbehandelten Patienten dargestellt. Es wird nach den niedergelassenen Nervenärzten A bis G unterschieden, deren Arbeit sich auf die ambulante Praxis und Konsiliartätigkeit bezog, die darum vergleichbar sind, im Gegensatz zu Nervenarzt H, der eine Privatklinik im Kreis Rosenheim mit etwa 20 Betten führt, und bei dem deshalb andere Bedingungen der Vor- und Nachbehandlung vorliegen. Sodann folgt die Konsiliartätigkeit von vier Ärzten, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären psychiatri-

Tabelle 1

Übersicht über Vor- und Nachbehandlungen als Prozentsatz psychiatrischer Konsultationen des 1. Halbjahres 1971 bei sieben niedergelassenen Nervenärzten und in sechs Gesundheitsämtern

Arzt	(1) Psychiatrische Konsultationen 1. Halbjahr 1971	(2) Vorbehandlung		(3) Nachbehandlung		(4) Vor- und Nachbehandlung	
		absolut	% von (1)	absolut	% von (1)	absolut	% von (1)
A	26	3	*11,5*	2	*7,7*	1	*3,8*
B	718	39	*5,4*	22	*3,1*	11	*1,5*
D	690	37	*5,4*	26	*3,8*	11	*1,6*
E	505	29	*5,7*	12	*2,4*	6	*1,2*
F	474	17	*3,6*	18	*3,8*	7	*1,5*
G	130	5	*3,8*	2	*1,5*	1	*0,8*
Gesamt A bis G	2 543	130	*5,1*	82	*3,2*	37	*1,5*
H	298	52	*17,4*	25	*8,4*	19	*6,4*
Konsiliartätigkeit B, D, E, H	185	9	*4,9*	2	*1,1*	—	—
Gesundheitsämter .	38	1	*2,6*	—	—	—	—
Gesamt	3 064	192	*6,3*	109	*3,6*	56	*1,8*

schen Behandlung erfolgte, schließlich die Tätigkeit der nachgehenden psychiatrischen Fürsorge an den Gesundheitsämtern.

Die Zahl der ambulanten psychiatrischen Patienten betrug insgesamt 3 064. Abgesehen vom Arzt A und dem psychotherapeutisch tätigen Arzt G ergibt sich eine recht geringe Variationsweite in den Praxen B bis F mit durchschnittlich etwa 600 Patienten im Halbjahr; dagegen behandelte der Arzt H, bedingt durch seine zusätzliche klinische Tätigkeit, wesentlich weniger Patienten.

Die psychiatrische Konsiliartätigkeit, die nur vom Arzt B in größerem Umfang praktiziert wird, zählt zwar unter die ambulanten Tätigkeiten der Nervenärzte, es ist aber fraglich, ob man hier die Begriffe der Vor- und Nachbehandlung sinnvoll anwenden kann, da die Patienten zu dem Zeitpunkt des Kontaktes mit dem Arzt stationär, wenn auch in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden und nicht die Praxis des Arztes aufsuchen. Im Falle einer angenommenen „Vorbehandlung" wird vom Nervenarzt häufig nur die Entscheidung zur Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus getroffen. Noch fragwürdiger ist der Nachbehandlungsbegriff in diesem Zusammenhang, da er in der Regel voraussetzt, daß der Patient von sich aus die stationär begonnene psychiatrische Behandlung fortsetzt. Bei diesen Patienten dagegen findet die Beratung auf Veranlassung des Klinikarztes statt, und nur in Einzelfällen ist eine kontinuierliche Weiterbehandlung vorgesehen. Trotzdem wurden, um die Übersicht zu vervollständigen auch die konsiliarisch betreuten Patienten in Tabelle I aufgeführt. Wegen der geringen Fallzahl dieser Patienten wurde aber keine weitere Aufschlüsselung vorgenommen.

Von allen in den Praxen der Ärzte A bis G behandelten Patienten wurden 5,1 % innerhalb von drei Monaten nach dem letzten Konsultationstermin stationär aufgenommen. Die Ärzte B bis E stimmen darin überein, daß etwa 5 % ihrer Klientel in stationäre Behandlung überwiesen wird, während der stärker neurologisch orientierte Arzt F, der am weitesten von der zuständigen Institution, aber auch den übrigen meist in München gelegenen stationären Einrichtungen entfernt wohnt, weniger Patienten einweist. Auch von dem psychotherapeutisch orientierten Arzt G wurden nur wenige Patienten ins Krankenhaus überwiesen. — Der Prozentsatz der Nachbehandlungen, bezogen auf die Gesamtklientel der Ärzte A bis G, ist niedriger (3,2 %) als der der Vorbehandlungen, wobei die einzelnen Werte stärker streuen als bei der Vorbehandlung, auch wenn man den Arzt A außer Betracht läßt. Die höchsten Werte bei der Vor-

behandlung mit 17,4 % und bei der Nachbehandlung mit 8,4 % weist der Arzt H auf, da bei ihm ambulante Praxis und Klinik personell und organisatorisch stark miteinander verzahnt sind.

Eine Verflechtung mit der stationären Behandlung ist bei den Gesundheitsämtern so gut wie nicht vorhanden. Es wurde nur einer von 38 Patienten stationär eingewiesen und bemerkenswerterweise niemand nach der Entlassung weiterbetreut.

Der gesondert aufgeführte Anteil von Patienten mit Vor- wie auch Nachbehandlung liegt notwendigerweise niedriger als die bisher besprochenen Kategorien. Er beträgt bei den Ärzten A bis G 1,5 %, beim Arzt H 6,4 %, insgesamt 1,8 % aller ambulant versorgten Patienten.

Wegen der Bedenken, ob die Vor- und Nachbehandlung der Konsiliartätigkeit zugeordnet werden kann, wegen der mit der Praxistätigkeit nicht vergleichbaren Arbeit an den Gesundheitsämtern und schließlich auch wegen der geringen Fallzahl grenzen wir in der Folge die weiteren Darstellungen und Überlegungen auf die ambulanten Konsultationen in den nervenärztlichen Praxen ein.

Setzt man die Vor- und Nachbehandelten aller Ärzte mit der stationären Einrichtung in Beziehung (Tabelle 2), so steht das zuständige Bezirkskrankenhaus an erster Stelle, sodann an zweiter die Privatkliniken, vor allem die Privatklinik Dr. H. im Kreis Rosenheim; an dritter Stelle stehen die Forschungskliniken.

Werden nur diejenigen Ärzte betrachtet, die als typische Nervenärzte ambulant ohne eigene stationäre Möglichkeit arbeiten, so werden nur wenige ihrer Patienten in einer Privatklinik vor- und nachbehandelt; die Mehrzahl wird in Verbindung mit einem Aufenthalt im zuständigen Bezirkskrankenhaus vor- oder nachbehandelt. Die Zahl dieser Patienten vor und nach Aufenthalt in einer Forschungsklinik, in den meisten Fällen der Psychiatrischen Klinik der Universität München, fällt nicht sehr ins Gewicht.

Tabelle 2

Aufschlüsselung der vor- und nachbehandelten Patienten auf verschiedene psychiatrische Krankenhäuser

Institution (stationär)	Vorbehandlung				Nachbehandlung			
	Arzt A bis H		Arzt A bis G		Arzt A bis H		Arzt A bis G	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
zuständiges Bezirkskrankenhaus	122	*67,0*	111	*85,4*	66	*61,7*	61	*74,4*
andere Bezirkskrankenhäuser	1	*0,6*	1	*0,8*	5	*4,7*	5	*6,1*
Forschungskliniken	17	*9,3*	14	*10,8*	14	*13,1*	12	*14,6*
Privatkliniken	42	*23,1*	4	*3,1*	22	*20,6*	4	*4,9*
Gesamt	182	*100*	130	*100*	107	*100*	82	*100*

Tabelle 3

Verteilung vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten nach Geschlecht bei sechs niedergelassenen Nervenärzten

Arzt	Psychiatrische Konsultationen 1. Halbjahr 1971			Ambulante Vorbehandlung			Ambulante Nachbehandlung		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
A	5	21	26	—	3	3	2	—	2
	19,2	80,8	100	—	100,0	100	100,0	—	100
B	308	410	718	14	25	39	14	8	22
	42,9	57,1	100	35,9	64,1	100	63,6	36,4	100
D	275	415	690	16	21	37	10	16	26
	39,9	60,1	100	43,2	56,8	100	38,5	61,5	100
E	156	349	505	13	16	29	8	4	12
	30,9	69,1	100	44,8	55,2	100	66,7	33,3	100
F	211	263	474	10	7	17	9	9	18
	44,5	55,5	100	58,8	41,2	100	50,0	50,0	100
G	56	74	130	2	3	5	—	2	2
	43,1	56,9	100	40,0	60,0	100	—	100,0	100
Gesamt	1 011	1 532	2 543	55	75	130	43	39	82
	39,8	60,2	100	42,3	57,7	100	52,4	47,6	100

Die Geschlechtsverteilung der von den Ärzten A bis G nachbehandelten Patienten (Tabelle 3) unterscheidet sich weniger von der Normalbevölkerung ($p > .05$) als die aller psychiatrischen Konsultationsfälle, bei denen die Frauen sehr deutlich überwiegen. Zwar unterscheiden sich die Vor- und Nachbehandelten nicht signifikant hinsichtlich ihres Geschlechts ($p > .05$), prüft man aber beide Gruppen gegenüber allen psychiatrischen Konsultationen, so findet sich ein nachweisbarer Unterschied bei den Nachbehandelten, zu denen signifikant mehr Männer gehören ($p < .05$).

Wie in dieser, werden auch in den folgenden Auswertungen nur die Patienten der ausschließlich in der ambulanten Praxis tätigen Nervenärzte berücksichtigt, da deren Klientel vermutlich eher zu verallgemeinernde Merkmale aufweist als die eines Arztes, der zugleich eine Privatklinik führt und dessen Ergebnisse gesondert erwähnt werden sollen.

Tabelle 4

Altersverteilung vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten von sechs Nervenärzten

Alter	Psychiatrische Konsultationen 1. Halbjahr 1971	Vorbehandlung		Nachbehandlung		Kreise Berchtesgaden, Rosenheim, Traunstein (27. Mai 1970)
	%	absolut	%	absolut	%	%
0 bis 14 Jahre	*8,3*	1	*0,8*	—	—	*24,0*
15 bis 24 Jahre	*10,9*	18	*13,9*	10	*12,2*	*13,1*
25 bis 34 Jahre	*14,1*	22	*16,9*	17	*20,7*	*14,2*
35 bis 44 Jahre	*16,7*	18	*13,9*	16	*19,5*	*11,8*
45 bis 54 Jahre	*18,4*	32	*24,6*	19	*23,2*	*10,6*
55 bis 64 Jahre	*18,7*	20	*15,4*	16	*19,5*	*12,5*
65 bis 74 Jahre	*9,1*	13	*10,0*	4	*4,9*	*9,5*
75 Jahre und älter	*3,7*	6	*4,6*	—	—	*4,4*
	100	130	*100,0*	82	*100,0*	*100*

Die *Altersverteilung* der Vor- und Nachbehandelten unterscheidet sich nur geringfügig voneinander ($p>.05$). — Die vor stationärer Behandlung untersuchten oder betreuten Patienten gehören prozentual mehr höheren Altersstufen an als die nachbehandelten. Bei beiden Gruppen sind die 25- bis 65jährigen gegenüber der Normalbevölkerung beträchtlich überrepräsentiert, während die 15- bis 24jährigen und die über 65jährigen sich nicht deutlich von der Vergleichsbevölkerung unterscheiden; Kinder schließlich werden so gut wie nicht behandelt. — Auffallend ist, daß zwar 14,6 % der Vorbehandelten zu den über 65jährigen zählen, dagegen nur sehr wenige Patienten dieser Altersgruppe (4,9 %) zur Nachbehandlung kommen. — Beim Vergleich der Altersverteilung aller psychiatrischen Konsultationen mit den Vor- und Nachbehandelten zeigt sich nur bei letzteren ein signifikanter Unterschied ($p<.05$).

Tabelle 5

Familienstand vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten von sechs Nervenärzten (ohne 0 bis 19jährige)

Familienstand	Psychiatrische Konsultationen 1. Halbjahr 1971	Vorbehandlung		Nachbehandlung		Kreise Berchtesgaden, Rosenheim, Traunstein (27. Mai 1970)
	%	absolut	%	absolut	%	%
ledig	*24,0*	32	*27,4*	24	*32,4*	*16,7*
verheiratet	*61,2*	64	*54,7*	43	*58,1*	*68,6*
verwitwet	*11,5*	15	*12,8*	4	*5,4*	*12,2*
geschieden	*3,3*	6	*5,1*	3	*4,1*	*2,4*
unbekannt	*(6,7)*	3	*(2,5)*	4	*(5,1)*	—
Gesamt	*100*	120	*100*	78	*100*	*100*

Vergleicht man den *Familienstand* der Vor- und Nachbehandelten mit dem in der entsprechenden Bevölkerung unter Ausschluß der in unserer Population unterrepräsentierten 0 bis 19jährigen, so findet sich ein gegenüber allen Konsultationsfällen höherer Anteil Lediger, besonders bei den Nachbehandlungen. Dieser Anteil erhöht sich noch weiter auf 38,8 %, wenn man die ausschließlich Nachbehandelten gesondert betrachtet. Verheiratete beider Gruppen dagegen sind gegenüber der Vergleichsbevölkerung unterrepräsentiert ($p<.05$), gegenüber allen psychiatrischen Konsultationen dagegen nicht signifikant ($>.05$) unterschieden. Verwitwete finden sich bei den Vorbehandelten etwa der Normalbevölkerung entsprechend, bei den Nachbehandelten jedoch weniger als in den Vergleichspopulationen, was mit dem durchschnittlich jüngeren Lebensalter korrespondiert.

Tabelle 6

Soziale Schicht vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten von sechs Nervenärzten

Soziale Schicht	Psychiatrische Konsultationen 1. Halbjahr 1971	Vorbehandlung		Nachbehandlung		Moore/ Kleining
	%	absolut	%	absolut	%	%
Oberschicht, obere Mittelschicht	*1,6*	3	*2,5*	2	*3,0*	*6,0*
mittlere Mittelschicht	*8,8*	6	*5,1*	5	*7,5*	*15,0*
untere Mittelschicht	*33,7*	39	*33,1*	20	*29,9*	*30,0*
obere Unterschicht	*39,2*	46	*39,0*	25	*37,3*	*28,0*
untere Unterschicht	*16,7*	24	*20,3*	15	*22,4*	*21,0*
unbekannt	*(18,4)*	12	*(9,2)*	15	*(18,3)*	—
Gesamt	*100*	130	*100*	82	*100*	*100*

Die *soziale Schicht* der Vor- und Nachbehandelten unterscheidet sich nicht signifikant ($p>.05$) von der aller psychiatrischen Konsultationsfälle; in der unteren Unterschicht wurden geringfügig höhere Prozentsätze ermittelt. — Gegenüber der Schichtverteilung von Moore und Kleining kann dagegen ein deutliches Überwiegen der oberen Unterschicht gegenüber Schicht I und II konstatiert werden ($p<.05$). Die Aufgliederung der Patienten nach einzelnen *Berufsgruppen* wird hier nicht tabellarisch dargestellt, da sich gegenüber dem Kollektiv aller psychiatrischen Konsultationsfälle nur geringfügige Unterschiede fanden. Für die Vorbehandelten wie auch für die Nachbehandelten gilt, daß etwa 14 % Angestellte und 22 % Arbeiter betreut wurden, das sind gegenüber allen Konsultationsfällen 8 % weniger Angestellte und 3 % mehr Arbeiter. Deutliche Abweichungen zeigen sich auch bei den in 28,7 % nachbehandelten Hausfrauen ohne Nebenbeschäftigung, gegenüber 20,1 % bei allen Konsultationsfällen.

Die Frage nach den *gegenwärtigen Lebensverhältnissen,* d. h. ob der betreffende Patient allein oder nicht allein lebt, wurde gegenüber der Gesamtheit der Konsultationsfälle mit 14,5 % Alleinlebenden nicht wesentlich unterschiedlich beantwortet. Immerhin war der Prozentsatz der vorbehandelten Alleinlebenden deutlich höher (16,2 %) als der der nachbehandelten Patienten dieser Gruppe (10,9 %). — Gegenüber dem Anteil von Alleinlebenden in der Bevölkerung der drei Kreise mit nur 7,7 % kann somit eine deutliche Diskrepanz aufgewiesen werden.

Als wichtigste *Überweisungsquelle* für die Vor- und Nachbehandlung schickt der praktische Arzt etwa die Hälfte aller Patienten. Etwa ein Viertel kommt von sich aus oder von der Familie des Patienten veranlaßt zum Nervenarzt. Andere Ärzte spielen nur in etwas über 10 % eine Rolle. Die Nachbehandlung wird nur selten, in 8 % der Fälle, direkt vom Nervenkrankenhaus veranlaßt, da eine Überweisung mit Krankenschein von der Klinik aus nicht möglich ist. Diese erfolgt dann meist durch den praktischen Arzt, wenn auch der Arzt im Krankenhaus dem Patienten empfiehlt, sich bei einem niedergelassenen Psychiater nachbehandeln zu lassen.

Bei der Prüfung der Frage, *wer die Überweisung* der nervenärztlich Vorbehandelten *ins psychiatrische Krankenhaus* veranlaßt, standen die Nervenärzte selbst mit drei Fünfteln an erster Stelle; etwa ein Fünftel der Patienten kam von praktischen Ärzten, der Rest verteilte sich auf mehrere Kategorien, nämlich andere Ärzte oder Krankenhäuser und amtliche Stellen.

Bei dem Vergleich der *Erstkonsultationen* mit den *Wiederkonsultationen* zeigt sich, daß unter den Vorbehandelten gegenüber allen Patienten der Praxen (54,2 %) bereits ein erhöhter Prozentsatz von Wiederkonsultationen zu registrieren ist (58,8 %), ein Befund, der bei den Nachbehandlungen noch deutlicher ausgeprägt ist (74,5 %). Nur ein Viertel dieser Patienten waren also Erstkonsultationen gegenüber 45,8 % bei allen Konsultationsfällen. — Eine genauere Aufschlüsselung der Erst- und Wiederkonsultationen nach verschiedenen Merkmalen erscheint bei der geringen Anzahl von Patienten nicht gerechtfertigt.

Die *diagnostische Aufschlüsselung* weist eine Reihe von abweichenden Ergebnissen auf, wenn man sie mit allen Konsultationsfällen der Nervenärzte vergleicht (Tabelle 7). — Ein besonderes Problem der

Diagnostik liegt darin, daß die Kategorien affektive Psychosen und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen von den niedergelassenen Ärzten in erster Linie alternativ verwendet werden, während die Ärzte des Nervenkrankenhauses die Diagnose der „anderen Psychosen" nur sehr selten stellen. So erscheint es günstiger, da keine einheitliche Abgrenzung möglich ist, diese beiden Gruppen zusammenzufassen. Wenn im folgenden der Begriff affektive Psychosen erwähnt wird, umfaßt er also stets auch die anderen (paranoiden, reaktiven und sonstigen) Psychosen.

Vorbehandelte Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie und affektive Psychosen sind überrepräsentiert, ebenso werden Alkoholiker häufiger im Vergleich zur Ausgangspopulation eingewiesen. Neurotiker dagegen spielen in dieser Gruppe eine geringere Rolle als bei den ambulanten Patienten insgesamt. — Fast zwei Fünftel der Nachbehandelten sind schizophrene Patienten, ein Drittel leidet unter affektiven Psychosen; ferner werden einige Fälle von Neurosen nachbetreut; der Alkoholismus spielt hier keine größere Rolle als bei der Ausgangspopulation.

Bei den in Tabelle 7 aufgeführten neurologischen Fällen handelt es sich zum Teil um Patienten mit Mehrfachdiagnosen, zum Teil um Kranke, die bei ihrem stationären Aufenthalt als psychiatrisch klassifiziert, von den Nervenärzten aber neurologisch behandelt werden. In erster Linie sind dieses Patienten mit Cerebralsklerose und der entsprechenden neurologischen und psychiatrischen Symptomatik. Diese Diagnosen blieben bei der prozentualen Aufschlüsselung in die psychiatrischen diagnostischen Kategorien unberücksichtigt.

Nur wenige Bemerkungen sollen über die *Vor- und Nachbehandlung* des Arztes H. gemacht werden. Das entscheidende Charakteristikum seiner Praxis liegt darin, daß er in seiner Doppelfunktion als ambulanter Behandler und als Kliniker die Kontinuität der Behandlung besser realisieren kann als die übrigen niedergelassenen Ärzte. Das zeigt sich darin, daß von allen Patienten seiner Praxis 17,4 % vorbehandelt und 8,4 % nachbehandelt wurden.

Unter den vorwiegend weiblichen Vor- und Nachbehandelten dominieren die mittleren Altersgruppen. Im Unterschied zu den Patienten der anderen Ärzte sind Angehörige der sozialen Mittelschicht gegenüber der Unterschicht deutlich überrepräsentiert. Hinsichtlich des Familienstandes überwiegen die Verheirateten. Diese sozialen Merkmale, die auch bei Analyse der Patienten in seiner Klinik ge-

Tabelle 7

Verteilung der Diagnosen vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten von sechs Nervenärzten

Diagnose	Niedergelassene Nervenärzte 1. Halbjahr 1971	ambulante Vorbehandlung		ambulante Nachbehandlung	
	%	absolut	%	absolut	%
präsenile oder senile Demenz	*3,3*	8	*6,0*	1	*1,3*
andere organische psychiatrische Erkrankungen	*5,5*	8	*6,0*	4	*5,1*
Schizophrenie	*8,4*	37	*27,8*	31	*39,7*
affektive und andere Psychosen	*22,1*	44	*33,1*	26	*33,3*
neurotische oder psychosomatische Erkrankungen	*43,6*	16	*12,0*	9	*11,5*
Persönlichkeitsstörungen	*4,4*	6	*4,5*	2	*2,6*
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	*3,2*	13	*9,8*	3	*3,9*
Oligophrenie	*4,7*	—	—	1	*1,3*
nicht klassifizierbar	*4,8*	1	*0,8*	1	*1,3*
neurologisch	—	(17)	*(11,3)*	(11)	*(12,4)*
Gesamt	*100*	150	*(100)*	89	*100*

Mehrfachdiagnosen bei den Vorbehandlungen: M = 150 − 130 = 20
bei den Nachbehandlungen: M = 89 − 82 = 7

funden wurden, korrespondieren mit der diagnostischen Zusammensetzung. Die Schizophrenie spielt mit 6,3 % bei der Vorbehandlung und mit 12,5 % bei der Nachbehandlung eine wesentlich geringere Rolle als bei den anderen Ärzten. Die affektiven Psychosen mit 27,1 % bei den Vorbehandlungen und mit sogar 45,8 % bei den Nachbehandlungen haben dagegen eine große Bedeutung. Besonders oft finden sich neurotische und psychosomatische Störungen in 35,4 % bzw. in 25,0 % der Fälle.

2.2 Die Vor- und Nachbehandlung, bezogen auf die stationären Institutionen

In diesem Teil der Untersuchung wurden einige weitere für die Versorgung relevante Ergebnisse ermittelt, insbesondere der Anteil vor- und nachbehandelter Patienten, bezogen auf stationäre Aufnahmen und Entlassungen, ferner das Intervall zwischen letzter ambulanter Behandlung und stationärer Aufnahme bzw. Entlassung aus stationärer Behandlung und erster Konsultation beim Nervenarzt, wie auch die Anzahl der Arztkonsultationen im Zeitraum von drei Monaten vor und nach stationärer Behandlung. Wie schon erwähnt, können die letztgenannten Angaben deshalb nicht für die Bezugspopulation der ambulanten Patienten vorliegen, da bei einem Erfassungszeitraum dieses Teils der Versorgung von einem halben Jahr nicht die erforderliche zeitliche Kongruenz mit den Daten der stationären Behandlung als Voraussetzung für die Berechnung dieser Angaben vorhanden ist.

Von allen stationär aus den drei Landkreisen im zweiten Quartal 1971 aufgenommenen 295 Patienten wurden — gerechnet vom individuellen Aufnahmedatum — innerhalb der vorausgegangenen drei Monate 82, entsprechend 27,8 %, ambulant vorbehandelt (Tabelle 8). Von diesen Patienten kamen 58 ins zuständige Bezirkskrankenhaus, 15 in Privatkliniken, sieben in Forschungskliniken und nur zwei Patienten in andere Bezirkskrankenhäuser.

Von den im ersten Quartal 1971 aus stationärer Behandlung entlassenen 221 Patienten wurden 42, entsprechend 19,0 %, innerhalb von drei Monaten ambulant nachbehandelt. Der Anteil Nachbehandelter als Prozentsatz der im ersten Quartal aus den einzelnen Institutionen Entlassenen liegt für das zuständige Bezirkskrankenhaus unter einem Fünftel der Entlassenen. Wesentlich höher ist dieser Satz bei den Privatkliniken mit über der Hälfte der Entlassenen. Dabei handelte es sich bei allen Nachbetreuten ausschließlich um Patienten, die in der Privatklinik Dr. H. behandelt wurden.

Beim Vergleich der Absolutzahlen zeigt sich, daß die überwiegende Zahl Nachbehandelter, nämlich 27 Patienten, aus dem zuständigen Bezirkskrankenhaus kam, gegenüber elf Patienten aus der Privatklinik Dr. H. Die übrigen Institutionen spielen in diesem Zusammenhang prozentual und absolut gesehen keine nennenswerte Rolle.

Da die Tätigkeit der niedergelassenen Nervenärzte in der Regel dadurch gekennzeichnet ist, daß diese nicht in institutioneller Verknüpfung mit einer stationären Einrichtung praktizieren, ist die Organisationsform der Praxis bzw. Privatklinik Dr. H. als nicht typisch anzusehen. Der von dem Patienten unter Umständen nur unter großen Schwierigkeiten zu bewältigende Schritt von der ambulanten in die stationäre Behandlungsform und umgekehrt ist im

Tabelle 8

Verteilung ambulanter vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten aus den drei Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein, in Beziehung zu den Aufnahmen und Entlassungen

Institution (stationär)	(1) Stationäre Aufnahmen (2. Quartal 1971) aus den drei Kreisen		(2) Vorbehandlung			(3) Stationäre Entlassungen (1. Quartal 1971) in die drei Kreise		(4) Nachbehandlung		
	absolut	%	absolut	%	% v. (1)	absolut	%	absolut	%	% v. (3)
Zuständiges Bezirkskrankenhaus	230	*78,0*	58	*70,7*	*25,2*	158	*71,5*	27	*64,3*	*17,1*
Andere Bezirkskrankenhäuser	19	*6,4*	2	*2,4*	*10,5*	9	*4,1*	1	*2,4*	*11,1*
Forschungskliniken	19	*6,4*	7	*8,5*	*36,8*	33	*14,9*	3	*7,1*	*9,1*
Privatkliniken	27	*9,2*	15	*18,3*	*55,6*	21	*9,5*	11	*26,2*	*52,4*
Gesamt	295	*100*	82	*100*	*27,8*	221	*100*	42	*100*	*19,0*

Unterschied zur Klinik/Praxis Dr. H. in den meisten Fällen gerade durch den Wechsel von Institution und Arzt gekennzeichnet. Die Praxis Dr. H. erfüllt hier eher die Funktion einer mit einer Klinik verbundenen Poliklinik als die einer typischen nervenärztlichen Praxis. Da die beschriebene Organisationsform sich auf das Intervall zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und die Zahl der ambulanten Konsultationen auswirken dürfte, sind diese Ergebnisse jeweils ohne die „Doppelinstitution" Dr. H. wiedergegeben. — Da ferner durch diese Untersuchung der Prozentsatz der von typischen Nervenärzten Vor- und Nachbehandelten ermittelt werden soll, müssen die von Dr. H. behandelten Patienten von der Gesamtzahl der Vor- und Nachbehandelten, sowie korrespondierend dazu, auch der Aufnahmen und Entlassungen abgezogen werden. Hierunter fallen zusätzlich auch die von anderen Nervenärzten vor- und nachbehandelten und in der Klinik Dr. H. betreuten Patienten, da diese nicht gesondert auf Aufnahmen und Entlassungen zu beziehen sind. — Somit errechneten wir für die vorbehandelten Patienten einen Anteil von *25,5 %* der stationären Aufnahmen und für die Nachbehandelten *15,5 %* der Entlassungen [1]).

Auffallend ist die große Differenz zwischen den stationären Aufnahmen des zweiten Quartals 1971 und den Entlassungen im ersten Quartal 1971, so daß man zunächst an einen Erhebungsfehler denken könnte. Beim Vergleich mit dem Jahresbericht 1971 des zuständigen Bezirkskrankenhauses zeigt sich aber, daß die Zahlen für das gesamte, etwa doppelt so große, Aufnahmegebiet mit 440 Zugängen und 288 Entlassungen mit den von uns ermittelten Werten durchaus korrelieren.

Von Bedeutung für die Kontinuität der Behandlung ist die Länge des *Intervalls zwischen der letzten ambulanten Vorbehandlung und der stationären Aufnahme* (Tabelle 9). Über ein Viertel der 70 Patienten [1]) wurde noch am Tage der stationären Aufnahme zuletzt ambulant gesehen. Hier wird es sich meist um akut Kranke gehandelt haben, die sofortiger stationärer Einweisung bedurften. Eine größere Anzahl von Patienten wird auch noch am Tage danach stationär aufgenommen. Insgesamt wird die

Tabelle 9

Intervall zwischen ambulanter und stationärer Behandlung bei vor- und nachbehandelten psychiatrischen Patienten

(ohne Klinik/Praxis Dr. H.)

Intervall in Tagen	Vorbehandlung		Nachbehandlung	
	absolut	%	absolut	%
0	19	*27,1*	—	—
1	7	*10,0*	4	*12,5*
2	3	*4,3*	4	*12,5*
3	3	*4,3*	4	*12,5*
4	—	—	—	—
5	1	*1,4*	4	*12,5*
6	2	*2,9*	—	—
7 bis 14	8	*11,4*	4	*12,5*
15 bis 21	5	*7,1*	1	*3,1*
22 bis 28	1	*1,4*	4	*12,5*
29 bis 42	8	*11,4*	1	*3,1*
43 bis 56	3	*4,3*	3	*9,4*
57 bis 70	4	*5,7*	1	*3,1*
71 bis 90	3	*4,3*	2	*6,3*
unbekannt ...	3	*4,3*	—	—
Gesamt ...	70	*100*	32	*100*

Hälfte aller Kranken im Laufe einer Woche nach der letzten ambulanten Konsultation stationär aufgenommen. In den folgenden drei Wochen sind es etwa ein Fünftel; der Rest verteilt sich auf die verbleibenden zwei Monate. — Die Angabe des Durchschnitts mit 16,9 Tagen ist hier sicher weniger sinnvoll als die des Medians, der insgesamt bei 6 Tagen liegt. Analysiert man das Intervall bis zur Aufnahme für die einzelnen Kliniken, so finden sich häufiger kürzere Intervalle vor der Aufnahme ins zuständige Bezirkskrankenhaus als bei den Forschungskliniken, die hier allerdings nur mit wenigen Fällen vertreten sind.

Das *Intervall* zwischen *stationärer Entlassung* und anschließender nervenärztlicher *Konsultation* (Tabelle 9) unterscheidet sich deutlich von dem, welches der Vorbehandlung vorausgeht. Von den Entlassenen erschien keiner der 32 nachbehandelten Patien-

[1]) Die Zahl der Vorbehandlungen errechnet sich wie folgt:
$82^{a} - 12^{b} = 70^{c}$
a = Vorbehandlungen insgesamt
b = Vorbehandlungen der Praxis/Klinik Dr. H.
c = einschließlich drei Patienten der beiden Privatkliniken, davon zwei der Privatklinik bei München und ein Patient der Privatklinik Dr. H., der jedoch von einem anderen Nervenarzt vorbehandelt wurde.

[1]) Die Raten der Vor- und Nachbehandelten errechnen sich entsprechend Tabelle 8 wie folgt:

$$\text{Vorbehandelte in \%} = \frac{\text{vorbehandelte Patienten}}{\text{stationäre Aufnahmen}} = \frac{58 + 2 + 7 + (15 - 13^{*})}{230 + 19 + 19 + (27 - 24^{*})} = \frac{69}{271} = 25{,}5$$

$$\text{Nachbehandlung in \%} = \frac{\text{nachbehandelte Patienten}}{\text{stationäre Entlassungen}} = \frac{27 + 1 + 3 + (11 - 11^{*})}{158 + 9 + 33 + (21 - 18^{*})} = \frac{31}{203} = 15{,}3$$

* Klinik Dr. H.

ten [1]) noch am selben Tag beim Nervenarzt. In der ersten Woche jedoch meldete sich die Hälfte der überhaupt zur Nachbehandlung kommenden Patienten, nach Ablauf eines Monats war nur ein Fünftel der Nachbetreuten noch nicht erschienen.

Das durchschnittliche Intervall betrug bei der Nachbehandlung 18,9 Tage. Der Median, der am Ende der ersten Woche bei sechs Tagen liegt, bietet bei diesen Patienten keinen wesentlichen Unterschied zwischen Bezirkskrankenhaus und Forschungsklinik.

Die Institution Praxis/Klinik Dr. H. weist bei den Vorbehandlungen besonders kurze Intervalle auf. Hier beträgt der Median einen Tag gegenüber dem Bezirkskrankenhaus mit sechs Tagen. Bei den Nachbehandlungen dagegen finden sich keine wesentlichen Unterschiede.

Bei der Berechnung der *Häufigkeit* der *Arztkonsultationen* (Tabelle 10) der Vorbehandelten wurden

Tabelle 10

Häufigkeit der Arztkonsultationen vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten

(ohne Klinik/Praxis Dr. H.)

Häufigkeit der Arztkonsultationen	Vorbehandlung		Nachbehandlung	
	absolut	%	absolut	%
1	26	*37,1*	11	*34,4*
2	17	*24,3*	8	*25,0*
3	9	*12,9*	1	*3,1*
4	3	*4,3*	5	*15,6*
5	7	*10,0*	2	*6,3*
6	3	*4,3*	2	*6,3*
7	2	*2,9*	3	*9,4*
8	2	*2,9*	—	—
unbekannt ...	1	*1,4*	—	—
Gesamt ...	70	*100*	32	*100*

nur diejenigen Besuche beim Arzt erfaßt, die zurückgerechnet vom individuellen stationären Aufnahmedatum innerhalb von drei Monaten lagen. Die durchschnittliche Konsultationsrate betrug 2,6. Erwartungsgemäß kam ein hoher Prozentsatz der Patienten nur ein- oder zweimal (61,4 %), es gab aber auch offensichtlich einige Patienten, die den Arzt sehr häufig aufsuchten, bevor sie schließlich eingewiesen wurden.

Die Häufigkeit der Arztkonsultationen von Patienten in Nachbehandlung zeigt, daß entsprechend der fast gleich hohen durchschnittlichen Konsultationsrate von 2,9 gegenüber 2,6 bei den Vorbehandlungen, relativ viele Patienten nur ein- oder zweimal nach der stationären Entlassung beim Nervenarzt erschienen (59,4 %).

Zur genaueren Charakterisierung der Vor- und vor allem der Nachbehandlung ist die Bestimmung des Anteils der verschiedenen psychiatrischen *Diagnosen* in bezug auf alle Vor- und Nachbehandelten wie auch vor allem in bezug auf die Gesamtzahl der stationären Aufnahmen und Entlassungen unerläßlich.

In Tabelle 11 ist die Diagnosenverteilung der vor- und nachbehandelten Patienten dargestellt, zunächst jeweils ohne die Klinik/Praxis Dr. H., sodann alle Fälle einschließlich der von Dr. H. in Zusammenhang seiner beiden Institutionen Behandelten. Es zeigt sich bei den Vorbehandlungen, daß die affektiven und anderen Psychosen an erster Stelle rangieren, gefolgt von der Schizophrenie und den neurotischen Erkrankungen, bei den Nachbehandlungen dagegen spielt die größte Rolle die Schizophrenie mit zwei Fünftel der Fälle ohne Klinik/Praxis Dr. H. Eine größere Bedeutung haben in der Nachbetreuung von Dr. H. offensichtlich die affektiven Psychosen, da sich bei der Aufstellung aller Fälle der Prozentsatz hier auf etwa ein Viertel erhöht.

Da dieser von den stationären Patienten als Bezugspopulation ausgehende Teil der Untersuchung stärker das Untersuchungsgebiet insgesamt als die Besonderheiten einzelner Institutionen berücksichtigt, werden zusätzlich in der Tabelle 12 jeweils der Anteil Vor- bzw. Nachbehandelter an allen Aufnahmen bzw. Entlassungen dargestellt. — Die am häufigsten stationär aufgenommenen Patienten leiden unter affektiven Psychosen, Schizophrenie und Alkoholismus. Die diagnostische Zusammensetzung der Vorbehandelten entspricht im wesentlichen der Gesamtverteilung der Aufnahmen, abgesehen davon, daß mehr Patienten mit affektiven Psychosen und Neurosen und weniger Alkoholiker vor der Klinikaufnahme vom Nervenarzt gesehen werden. Beim Vergleich der prozentualen Anteile an allen Aufnahmen fällt auf, daß die Hälfte aller aufgenommenen Patienten mit Neurosen vorbehandelt werden, und daß besonders wenig Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus vor der Klinikaufnahme zum Nervenarzt gehen.

Bei Betrachtung der Entlassungen stehen die schizophrenen Patienten an erster Stelle, danach folgen Kranke mit affektiven Psychosen. Vergleichsweise kommen mehr Patienten dieser Kategorien in die Nachbehandlung, im Gegensatz zu den Patienten mit (prä)seniler Demenz, mit Alkoholismus, aber auch mit Oligophrenie.

Nachdem bei den Vorbehandlungen die Diagnosenverteilung zwischen der aller Patienten und der bei Dr. H. behandelten nicht wesentlich voneinander abweicht, lohnt sich hier keine gesonderte Bestimmung. Bei den Nachbehandlungen sind nur drei Diagnosen betroffen, deren Anteile an allen Entlassungen deutlich niedriger wären, wenn man die Patienten der Klinik Dr. H. nicht einbezieht. Dann kommt man bei den anderen organischen psychiatrischen Erkrankungen auf 16,7 %, bei den affektiven und anderen Psychosen auf 17,1 % und bei

[1]) Entsprechend den Vor- werden auch die Nachbehandlungen errechnet:
$42^a - 10^b = 32^c$
a = Nachbehandlungen insgesamt
b = Nachbehandlungen der Klinik/Praxis Dr. H.
c = einschließlich eines Patienten der Klinik Dr. H., der von einem anderen Nervenarzt nachbehandelt wurde.

Tabelle 11

Diagnosenverteilung vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten

Diagnosen	Vorbehandlung				Nachbehandlung			
	ohne Praxis/ Klinik Dr. H.		gesamt		ohne Praxis/ Klinik Dr. H.		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
präsenile oder senile Demenz	8	*10,3*	9	*10,0*	1	*2,9*	1	*2,3*
andere organische psychiatrische Erkrankungen	4	*5,1*	6	*6,7*	3	*8,8*	4	*9,1*
Schizophrenie	21	*26,9*	21	*23,3*	14	*41,2*	14	*31,8*
affektive und andere Psychosen ..	25	*32,1*	27	*30,0*	6	*17,6*	12	*27,3*
neurotische oder psychosomatische Erkrankungen	11	*14,1*	16	*17,8*	5	*14,7*	8	*18,2*
Persönlichkeitsstörungen	3	*3,8*	3	*3,3*	2	*5,9*	2	*4,5*
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	6	*7,7*	8	*8,9*	2	*5,9*	2	*4,5*
Oligophrenie	—	—	—	—	1	*2,9*	1	*2,3*
Diagnosen gesamt:	78	*100*	90	*100*	34	*100*	44	*100*

Tabelle 12

Diagnosenverteilung vor- und nachbehandelter psychiatrischer Patienten und ihr prozentualer Anteil an den Aufnahmen bzw. Entlassungen eines Quartals

Diagnosen	(1) Aufnahmen 2. Quartal 1971 aus den drei Kreisen		(2) ambulante Vorbehandlungen			(3) Entlassungen 1. Quartal 1971 in die drei Kreise		(4) ambulante Nachbehandlung		
	absolut	%	absolut	%	% v. (1)	absolut	%	absolut	%	% v. (3)
präsenile oder senile Demenz ..	32	*10,2*	9	*10,0*	*28,1*	24	*10,5*	1	*2,3*	*4,2*
andere organische psychiatrische Erkrankungen	21	*6,7*	6	*6,7*	*28,6*	19	*8,3*	4	*9,1*	*21,0*
Schizophrenie	67	*21,4*	21	*23,3*	*31,3*	51	*22,3*	14	*31,8*	*27,5*
affektive und andere Psychosen	78	*24,9*	27	*30,0*	*34,6*	45	*19,7*	12	*27,3*	*26,7*
neurotische oder psychosomatische Erkrankungen	32	*10,2*	16	*17,8*	*50,0*	30	*13,1*	8	*18,2*	*26,7*
Persönlichkeitsstörungen	20	*6,4*	3	*3,3*	*15,0*	10	*4,4*	2	*4,5*	*20,0*
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit	43	*13,7*	8	*8,9*	*18,6*	32	*14,0*	2	*4,5*	*6,3*
Oligophrenie	10	*3,2*	—	—	—	8	*3,5*	1	*2,3*	*12,5*
nicht klassifizierbar	10	*3,2*	—	—	—	10	*4,4*	—	—	—
Diagnosen gesamt:	313	*100*	90	*100*	*28,8*	229	*100*	44	*100*	*19,2*
Patienten gesamt:	295		82		*27,8*	221		42		*19,0*
Mehrfachdiagnosen:	18		8			8		2		

den neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen auf 21,7 %.

Abschließend soll die *Vor- und Nachbehandlung* in bezug auf das Untersuchungsgebiet mit einer Bevölkerung von 424 442 Einwohnern (Volkszählung 27. Mai 1970) quantitativ charakterisiert werden. Bei Einbeziehung der Patienten der nervenärztlichen Praxen, der Konsiliarfälle und der Patienten der Gesundheitsämter und bei Subtraktion von Doppelnennungen kann die Zahl der ambulanten Patienten im ersten Halbjahr 1971 mit 2 787 entsprechend 6,57 ‰ der Bevölkerung angegeben werden. Im gleichen Zeitraum wurden im zuständigen Nervenkrankenhaus wie auch in den sonstigen in Frage kommenden Krankenhäusern 503 Patienten, entsprechend 1,19 ‰ der Bevölkerung der drei Landkreise aufgenommen. Dementsprechend wurden aus stationärer Behandlung 440 Patienten (1,04 ‰) entlassen, die in den Kreisen des Untersuchungsgebietes ihren Wohnsitz haben.

Der Anteil Vorbehandelter im zweiten Quartal betrug insgesamt 27,8 % der stationären Aufnahmen. Es erscheint gerechtfertigt, von diesem Prozentsatz anteilmäßig auf ein halbes Jahr hochzurechnen, insbesondere auch deshalb, da die Zahl Vorbehandelter für ein halbes Jahr in der Bezugspopulation der Nervenärzte wesentlich höher liegt, sich allerdings nicht auf die Entlassung beziehen läßt. Bezogen auf die Zahl von 503 aufgenommenen Patienten kommt man auf 140 Vorbehandelte, entsprechend 0,33 % der Bevölkerung.

Bei einem Anteil von 19,0 % Nachbehandelten kommt man bei Hochrechnung auf ein halbes Jahr anteilig an 440 entlassenen Patienten auf 84 Nachbehandelte. Bezogen auf die gesamte Bevölkerung ergibt das eine Rate von 0,20 ‰.

Die Aussagen zum Prozentsatz der Vor- und Nachbehandelten in Relationen zu den stationären Aufnahmen oder Entlassungen und zur Wohnbevölkerung können nur unter der Annahme gemacht werden, daß die Anzahl der stationären Aufnahmen und Entlassungen ebenso wie der Vor- und Nachbehandlungen im wesentlichen konstant bleibt. Es handelt sich also nur um Näherungswerte auf der Basis der erhobenen Ergebnisse eines Vierteljahres.

3 Diskussion

Bei der Besprechung der mitgeteilten Ergebnisse steht man vor der Schwierigkeit, Funktionen in einem System beurteilen zu wollen, für die bisher keine anderen, normbildenden Untersuchungen vorliegen. Die Vor- und besonders die Nachbehandlungen werden zwar allgemein für notwendig gehalten, und eine intensive ambulante Behandlung in engem Zusammenhang mit der stationären wäre zu fordern. Die Art der hierfür in Betracht kommenden Patienten jedoch und der wünschenswerte Umfang dieser Behandlung sind bisher noch nicht untersucht und definiert worden. So sollte man wohl zunächst von der bereits anfänglich erwähnten Forderung ausgehen, daß nahezu alle stationären Patienten ambulant vor- und nachbehandelt werden sollten, was allerdings vor dem Hintergrund der hier mitgeteilten Ergebnisse fast utopisch erscheint. Aus den referierten Resultaten wurde bereits deutlich, daß in der vorliegenden Untersuchung im wesentlichen quantitative Beurteilungsmomente zur Geltung kommen. Es kann also festgestellt werden, wie viele Patienten, bezogen auf sämtliche ambulanten nervenärztlichen Konsultationen, zu den Vor- und Nachbehandelten gehören und wie hoch dieser Prozentsatz gegenüber den insgesamt aufgenommenen oder entlassenen stationären Patienten ist. Weiter kann beispielsweise ermittelt werden, daß unter den Nachbehandelten viele jüngere schizophrene Patienten sind, Alkoholiker dagegen kaum wieder zum Nervenarzt gehen. Es läßt sich auch die Häufigkeit der Behandlung bei niedergelassenen Ärzten und des Intervalls zwischen ambulanten und stationären Behandlung angeben. Nicht möglich aber ist es, über diesen quantitativen Aspekt hinausgehend beispielsweise den Zustand der Patienten drei Monate nach Klinikentlassung oder über einen längeren Zeitraum hinweg zu beurteilen oder einen sonstigen Rückschluß auf den Erfolg der Behandlung zu ziehen. Da die Studie nur für die Erhebung in den nervenärztlichen Praxis geplant wurde, nicht aber für den Bereich der Vor- und Nachsorge, fehlen Angaben zu Fragen der beruflichen oder familiären Situation der Patienten und zur Rehabilitation. Die Bewertung der Tätigkeit des Arztes unter mehr qualitativen Gesichtspunkten konnte demnach in dieser Untersuchung nicht erfolgen. Hierzu wäre methodisch eine Studie mit direkten Patientenkontakten (Interviews) notwendig und nicht nur eine Untersuchung, die auf indirekten Angaben basiert.

In den Ergebnissen wird einerseits die typische Beziehung des niedergelassenen Nervenarztes ohne eigene klinische Tätigkeit zum stationären Bereich beschrieben, andererseits aber auch eine im epidemiologischen Sinn zu verstehende Erfassung der Vor- und Nachsorge für das gesammte Untersuchungsgebiet durchgeführt.

Wie sind unter diesen Gesichtspunkten die Ergebnisse der Untersuchung zu bewerten?

Wie im Methodenteil schon ausgeführt, muß bei der *Vorbehandlung* zwischen den nur einmal ambulant vor der Krankenhausaufnahme, beispielsweise zur Krisenintervention untersuchten Patienten und denen unterschieden werden, die vor dem Krankenhausaufenthalt länger ambulant betreut werden. Die Unterscheidung von diesen eigentlichen Behandlungen ist auch aus dem Grunde erforderlich, da Voruntersuchungen zur Stellung der Einweisungsindikation bespielsweise auch vorgenommen werden, weil bestimmte Kliniken die Einweisung durch praktische Ärzte ungern akzeptieren. Zieht man diese nur einmal zur Konsultation gekommenen Patienten von der Gesamtzahl der Vorbehandelten ab, so reduziert sich hierdurch diese Zahl um 37,1 %. Von der Anzahl der Konsultationen her wird man nur bei den zweimal und öfter gesehenen Patienten von eigentlicher Vorbehandlung sprechen können, also in den von uns untersuchten typischen nervenärztlichen Praxen nur in etwa 62 % der Fälle, bezogen auf die Klinikaufnahmen bei nur 15,8 % statt 25,5 % der Vorbehandelten.

Die Zahl der Vorbehandelten im eigentlichen Sinne wie auch die der insgesamt nervenärztlich vor stationärer Behandlung Untersuchten erscheint recht niedrig, wenn man bedenkt, daß der größte Teil psychiatrischer Erkrankungen bereits über längere Zeit besteht und in den meisten Fällen dementsprechend kein Versuch einer vorherigen ambulanten Behandlung durch den Facharzt gemacht wird.

Wenn man also davon ausgeht, daß sich nur bei einer geringen Anzahl von Patienten die Symptome so akut entwickeln, daß sofortige stationäre Einweisung nötig ist, so sollte viel häufiger zunächst ambulant ein Behandlungsversuch gemacht werden, bevor eine stationäre Einweisung ins Auge gefaßt wird. Hier sellt sich die Frage der Kapazität der nervenärztlichen Praxen. Das Untersuchungsgebiet ist, gemessen an einem Standard von zwei Nervenärzten/100 000 Einwohner, sicherlich zu niedrig mit nur 1,0/100 000 besetzt. Die hieraus resultierende Überlastung der Nervenärzte mag dazu beitragen, daß die praktischen Ärzte Patienten, bei denen es geboten wäre, oft nicht zu den Fachärzten überweisen, sondern direkte Klinikeinweisung veranlassen. Über weitere Faktoren könnten ohne eine genauere Untersuchung nur Spekulationen geäußert werden.

Bei Einbeziehung aller Psychiater im gesamten Gebiet verändert sich das Ergebnis mit einem Wert von 27,8 in bezug auf die Vorbehandlung nur unwesentlich, wenn auch der Arzt H mit seiner nicht typischen Praxis berücksichtigt wird. Die Rolle dieses Arztes mit einer Privatklinik ist zwar im Gesamtgebiet ohne größeres quantitatives Gewicht, bei ihm aber werden häufiger Vorbehandlungen mit mehr als drei Konsultationen festgestellt. — Die Rolle der Gesundheitsämter ist minimal. Die dort durchgeführten Untersuchungen beschränken sich häufig auf eine amtsärztliche Tätigkeit. Vorbehandlungen mit mehreren Konsultationen waren auch schon deshalb nicht möglich, da in der Regel nur ein Sprechtag monatlich stattfand, gelegentlich weniger.

Die *Nachbehandlung* ist in der gegenwärtigen Diskussion sicherlich das wichtigere Thema und eindeutiger bestimmbar als die Vorsorge mit ihrem oft unklaren Charakter. Die Zahl der Nachbehandelten in den typischen Nervenarztpraxen mit einem Prozentsatz von nur 15,3 % der Entlassenen ist wesentlich geringer als die der Vorbehandelten gegenüber den stationär Aufgenommenen. Auch hier muß die Einschränkung gemacht werden, daß tatsächliche Nachbehandlung nur in einem Teil der Fälle stattgefunden haben kann, nämlich bei den Patienten, die im Vierteljahr nach der Entlassung mindestens zweimal beim Nervenarzt erschienen. Hierdurch reduziert sich die Zahl der Nachbehandelten im eigentlichen Sinne auf 10,0 % der Entlassenen. — Bei Einschluß aller Nachbehandelten des Gebietes als auch der Patienten von Arzt H kommt man insgesamt auf 19,0 % der Entlassenen, die einmal oder öfter zur Nachbehandlung erschienen.

Der Anteil der Nachbehandelten an der Klientel der Nervenärzte beträgt 3,2 %; bei Einschluß auch der an Gesundheitsämtern Tätigen und des Arztes H. kommt man auf 3,6 % der erfaßten ambulanten Patienten. — Es muß herausgestellt werden, daß der Nervenarzt H., der zugleich seine Klinik betreut, immerhin 36,7 % seiner Entlassenen weiter ambulant behandelte, daß diese Klientel 8,4 % seiner ambulanten Fälle ausmachte. Reduziert man auf die zweimal und öfter Nachbetreuten, so kommt man auf 34,7 % seiner entlassenen bzw. 6,1 % der Patienten seiner Praxis.

Die Gesundheitsämter bzw. die dorthin vom Bezirkskrankenhaus delegierten Ärzte spielen im Rahmen der Nachbehandlung keine Rolle. Damit erscheint der Begriff der „nachgehenden Fürsorge", wie die Sprechtage häufig bezeichnet werden, im Untersuchungszeitraum in unserem Untersuchungsgebiet nicht berechtigt.

An diesem Punkt stellt sich noch einmal die Frage, wie hoch der Prozentsatz der Nachzubetreuenden ist. Man kann davon ausgehen, daß zumindest alle entlassenen schizophrenen Patienten weiter nachbehandelt werden sollten, ferner der größte Teil der manisch Depressiven, schließlich auch die Alkoholiker und ein großer Teil der Neurotiker. So erscheint die vom Arzt H. erreichte Zahl von fast 40 % nicht nur realistisch, sondern sogar als ein Minimum der Patienten, die nach Klinikentlassung noch weitere Betreuung, und sei es auch nur ein zunächst einmaliges Kontaktgespräch, benötigen. — Wie sich bei dem Vergleich zwischen der Anzahl der Entlassungen und der nachbehandelten Patienten herausstellt, müßten etwa 75 % der Entlassenen zumindest zunächst weiter fachärztlich betreut werden, wenn man nur die Diagnosen der endogenen Psychosen und des Alkoholismus berücksichtigt. Für das gesamte Gebiet würde das eine Verfünffachung der Zahl der nachbehandelten Patienten bedeuten.

Da man aber im Einzelfall auch bei genauer Beurteilung die Notwendigkeit der Nachbehandlung oft nicht sicher feststellen kann, ist es vielleicht fragwürdig, von einer festen, auf Diagnosen bezogenen Bedarfsschätzung auszugehen. Aber auch in diesem Fall muß die Zahl der gegenwärtig nachbetreuten Patienten wesentlich erhöht werden, wenn von einer ausreichenden Nachbetreuung gesprochen werden soll.

Eine sicherlich wichtige, leider nicht untersuchte Rolle in der Nachsorge kommt den praktischen Ärzten zu, die zwar oft nicht für diese Aufgabe ausreichend ausgebildet, bei den derzeitigen Versorgungsverhältnissen häufig aber gezwungen sind, diese Tätigkeit zu übernehmen. In vielen dieser Fälle möchte der Patient selbst nicht mehr zum Nervenarzt gehen, sondern wünscht die Durchführung dieser Behandlung vom Hausarzt.

Die hier mitgeteilten empirischen Ergebnisse machen deutlich, daß die psychiatrische Vor- und Nachsorge im Untersuchungsgebiet unzureichend organisiert ist. Wäre die Vorbehandlung und vor allem auch die Nachbehandlung systematisch ausgebaut, so wäre in manchen Fällen die Aufnahme ganz zu vermeiden, oft ein kürzerer Krankenhausaufenthalt zu erreichen und damit eine beträchtliche Entlastung der stationären Einrichtungen zu erwarten.

Frührentner

von

H. Koester

Vorbemerkungen

Die Untersuchung geht der Frage nach, in welcher Größenordnung und in welchem Lebensalter psychische Störungen zur Berentung führen.

Die Ergebnisse wurden gewonnen aus den Daten der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz *). Zugrunde gelegt wurde der gesamte Jahrgang 1971, aus dem für gezielte Fragestellungen eine repräsentative Auswahl getroffen wurde.

Größe und Struktur der untersuchten Region dürften Rückschlüsse auf die Gesamtsituation zulassen und erlauben, die Resultate in ihren wesentlichen Aussagen als allgemein gültig für die Bundesrepublik Deutschland zu interpretieren.

Die Resultate belegen die Notwendigkeit, die Rate der Frühberentungen bei einzelnen Krankheitsgruppen entscheidend zu senken.

Die Vermutung liegt zwar nahe, daß dieses Ziel bei verbesserten Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsbedingungen erreicht werden kann, die bei den Erhebungen erarbeiteten Zahlenergebnisse lassen dies aber nicht ohne weiteres erkennen. Insoweit muß auf den Kontext des Gesamtenquete-Berichtes verwiesen werden.

Ergebnisse

I.

Im Jahre 1971 wurden bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz 5 169 berufsunfähige Versicherungsnehmer berentet. Es handelte sich um 3 205 männliche und 1 964 weibliche Personen. Die Zahl der Erwerbsunfähigen des gleichen Versicherungsjahrgangs belief sich auf 26 852 Rentner, und zwar 13 397 Männer und 13 455 Frauen.

Damit ergibt sich eine Gesamtzahl der bei der LVA Rheinprovinz berenteten Versicherungsnehmer von 32 021.

Bei diesem Personenkreis waren psychische Störungen als Hauptdiagnose (A-Diagnose) für die Berentung in 11 % zu registrieren.

In absoluten Zahlen ausgedrückt ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 1

	männlich	weiblich
Berufsunfähigkeit	235	101
Erwerbsunfähigkeit	1 691	1 221
Zusammen	1 926	1 322
Gesamtzahl	3 248	

Bei den verschiedenen Altersgruppen führten psychische Störungen in folgenden prozentualen Anteilen zur Berentung:

Tabelle 2

	%
20 bis unter 30 Jahre	*3,5*
30 bis unter 40 Jahre	*12,0*
40 bis unter 50 Jahre	*22,0*
50 bis unter 60 Jahre	*37,0*
über 60 Jahre	*25,5*

Diagnostisch wurden — hier nicht weiter aufgeschlüsselt *) — fast 60 % Hirngefäßerkrankungen, ca. 15 % Psychosen sowie knapp 10 % Neurosen und Psychopathien festgestellt. Der Rest verteilte sich auf Schwachsinnszustände und verschiedene organische Erkrankungen und Schädigungen des Zentralnervensystems.

II.

Stärkeres Interesse noch als die aus der jährlichen Erhebung der Rentenversicherungsträger bekannten Haupt- oder A-Diagnosen beanspruchte die Zweit- oder B-Diagnose, weil — auf diese Arbeitshypothese hin war die Untersuchung u. a. angelegt — vermutet werden konnte, daß als Erstdiagnose häufiger somatische Erkrankungen registriert wurden, obwohl vorrangig die Gründe für die Rentengewährung bei psychischen Störungen lagen.

Im einzelnen wurden als hier interessierende B-Diagnosen folgende Krankheitsgruppen über die EDV der LVA Rheinprovinz erfaßt.

*) Dem Leiter der medizinischen Abteilung der LVA Rheinprovinz, Herrn Prof. Dr. Hoppe, und seinen Mitarbeitern sei auch an dieser Stelle für ihre tatkräftige Unterstützung gedankt.

*) Einzelheiten sind dem Band 36 der Statistik der Deutschen Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten, herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/Main, zu entnehmen.

Tabelle 3

ICD-Schl.	Diagnose	Fälle insgesamt	männlich	weiblich
094	Syphilis des ZNS	6	4	2
290—315	Psychosen, Neurosen, Schwachsinnsformen	454	305	149
330—349	hereditäre und familiäre Krankheiten des NS, Krankheiten des ZNS	150	106	44
430—439	Hirngefäßkrankheiten	1 576	904	672
		2 186	1 319	867

Näheren Aufschluß über die einzelnen B-Diagnosen gibt die Tabelle 4.

Tabelle 4

ICD-Schl.	Diagnose	Fälle insgesamt	männlich	weiblich
094	Syphilis des ZNS	6	4	2
290	Senile und präsenile Demenz	14	5	9
291	Alkohol-Psychosen	2	2	0
292	Psychosen in Verbindung mit intrakranieller Infektion	1	1	0
293	Psychosen in Verbindung mit sonstigen cerebralen Krankheiten	17	9	8
294	Psychosen in Verbindung mit sonstigen körperlichen Krankheiten	2	2	0
295	Schizophrenie	9	5	4
296	Affektive Psychosen	16	4	12
297	Paranoide Zustände	6	4	2
298	Sonstige Psychosen	10	4	6
299	Nicht näher bezeichnete Psychosen	2	2	0
300	Neurosen	48	25	23
301	Persönlichkeitsstörungen	23	14	9
303	Alkoholismus	106	94	12
304	Suchtstoffabhängigkeit	13	11	2
305	Körperliche Störungen, vermutlich psychogenen Ursprungs	7	7	0
307	Vorübergehende Situationsstörungen	4	1	3
309	Nicht als psychotisch angegebene Störung in Verbindung mit körperlichen Krankheiten	75	48	27
310	Grenzfälle von Intelligenzmangel	17	14	3
311	Leichter Schwachsinn	29	18	11
312	Mäßiger Schwachsinn	40	26	14
313	Starker Schwachsinn	11	7	4
314	Hochgradiger Schwachsinn	2	2	0
330	Hereditäre neuromuskuläre Störungen	1	1	0
331	Hereditäre Krankheiten des pallidostriären Systems	1	1	0

n o c h Tabelle 4

ICD-Schl.	Diagnose	Fälle insgesamt	männlich	weiblich
340	Multiple Sklerose	3	0	3
342	Paralysis agitans	41	27	14
343	Cerebrale spastisch infantile Lähmung	3	2	1
344	Sonstige cerebrale Lähmung (ohne Apoplexie)	1	0	1
345	Epilepsie	91	67	24
349	Sonstige Krankheiten des Rückenmarks	9	9	0
430	Subarachnoidalblutung	7	5	2
431	Gehirnblutung	3	3	0
432	Verschluß der präcerebralen Arterien	7	6	1
433	Gehirnthrombose	4	2	2
434	Gehirnembolie	18	13	5
435	Flüchtige cerebrale Ischämie	22	15	7
436	Akute, aber mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten	103	71	32
437	Generalisierte ischämische Hirngefäßkrankheiten	101	57	44
438	Sonstige und mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten	13	9	4
439	Cerebralsklerose	1 298	723	575

Die nach der B-Diagnose gezogenen Fälle beliefen sich demnach für den Bereich der Syphilis des ZNS auf sechs und für den der Psychosen auf 79 Versicherte. Auf Neurosen kamen 276. Die Schwachsinnsformen umfaßten genau 100 Fälle. Bei den hereditären und familiären Krankheiten des Nervensystems ergaben sich lediglich zwei Fälle, bei der Gruppe der Krankheiten des ZNS wurden 148 Fälle erfaßt und mit 1 576 Berenteten bildeten die Hirngefäßkrankheiten die mit Abstand größte Gruppe der erfaßten Personen.

Bei diesen Diagnosengruppen wurden die ärztlichen Unterlagen der LVA Rheinprovinz detailliert ausgewertet. Das methodische Vorgehen war so geplant, daß die Gruppe der luetischen Erkrankungen des ZNS, die Psychosen und Schwachsinnsformen ausnahmslos untersucht werden sollten, von den Neurosen lediglich die Bereiche der Suchten, wie Alkoholismus und Drogenabhängigkeit. Von der großen Gruppe der Hirngefäßerkrankungen wurden bei den Cerebralsklerosen genau 100 Fälle ausgesucht, wobei willkürlich etwa jede zehnte Akte gezogen wurde.

Die ärztlichen Befunde der Patienten mit Lues des ZNS waren alle vorhanden. Für die anderen Gruppen traf dies nicht zu. So konnten bei den Psychosen von den vorgesehenen 79 Akten lediglich 59 Akten ausgewertet werden. Von den bei den Suchten herausgegriffenen Fällen mit der speziellen Diagnose Alkoholismus und Drogenabhängigkeit blieben anstelle der vorgesehenen 119 Fälle nur 59 übrig. Bei den Schwachsinnsformen konnten von 100 Fällen lediglich 67 zur Auswertung gelangen. Von den 100 zu untersuchenden Akten der Hirngefäßerkrankungen konnten 53 bearbeitet werden.

Eine Zielsetzung der Untersuchung lag — wie bereits erwähnt — in der Prüfung der Frage, ob nicht anstelle der A-Diagnose, welche zur Berentung geführt hatte, der als B-Diagnose festgestellten psychischen Störung eine stärker zu bewertende Position einzuräumen sei oder, anders ausgedrückt, ob statt der A-Diagnose richtiger die in B-Diagnose auftauchende psychische Störung zur Berentung hätte führen müssen.

Obwohl bei den meisten untersuchten Fällen den A-Diagnosen die entscheidende Bedeutung für die Berentung beizumessen war, erschienen andererseits aber doch eine ganze Reihe von korrigierenden Umstellungen als zwingend geboten.

Die Änderung der Hauptdiagnose erfolgte aufgrund sorgfältigen Aktenstudiums unter Berücksichtigung aller vorliegenden ärztlichen Befunde durch einen Untersucher.

Als Beispiele für berechtigte Änderungen seien angeführt, daß als A-Diagnosen Leberzirrhosen, Magenoperationen oder Polyneuritiden angegeben waren, obwohl sich aus den ärztlichen Unterlagen eindeutig ergab, daß über viele Jahre ein schwerer, chronischer Alkoholismus vorlag.

Chronische Bronchitiden und essentielle Hypertonien waren — nach Aktenlage unzutreffend — an erste Stelle gesetzt vor ausgeprägten schizophrenen

Persönlichkeitsveränderungen, oder eine Fettsucht war — nach den vorliegenden Befunden unrichtig — als A-Diagnose angegeben worden, statt einer nachgewiesenen erheblichen Wesensänderung und einer schweren Demenz.

Nicht durchgehend waren die Verhältnisse so klar und eindeutig wie in den geschilderten Fällen. Immer schien aber der Schluß erlaubt, daß die als A-Diagnose festgestellten körperlichen Erkrankungen entweder Folge der psychischen Störungen waren oder aber, daß sie in ihren gesundheitlichen Auswirkungen hinter den psychischen Störungen zurückstanden. Für die hier näher untersuchten Diagnosebereiche ergaben sich im einzelnen folgende Feststellungen:

Im Bereich der Lues des ZNS hätte bei zwei von sechs Fällen die B-Diagnose an die erste Stelle gesetzt werden müssen.

Im Bereich der Psychosen hätte in 20 von 60 Fällen die B-Diagnose an die erste Stelle gesetzt werden müssen.

Im Bereich der Suchten hätte in 22 von 79 Fällen die B-Diagnose an die erste Stelle gesetzt werden müssen.

Im Bereich der Schwachsinnsformen hätte in zehn von 83 Fällen die B-Diagnose an die erste Stelle gesetzt werden müssen.

Werden schließlich die untersuchten Zweit- oder B-Diagnosen in Beziehung gesetzt zu allen Haupt- oder A-Diagnosen des Jahrgangs 1971 der LVA Rheinprovinz, so zeigt sich, in Prozentzahlen ausgedrückt, folgende Verteilung der Altersgruppen, bei denen die Diagnose hätte geändert werden müssen.

Tabelle 5

	%
Bei den 20- bis 30jährigen	= 0 %
Bei den 30- bis 40jährigen	= 0,6 %
Bei den 40- bis 50jährigen	= 6,6 %
Bei den 50- bis 60jährigen	= 10,0 %
Bei den 60jährigen	= 6,9 %

Versucht man eine vorsichtige Interpretation der notwendigen Verschiebungen, so ergab sich eine Bestätigung des Verdachts, daß psychische Störungen von Gutachtern in einem relativ großen Ausmaß möglichst nachrangig hinter einer körperlichen Erstdiagnose angeführt wurden. Erstaunlicherweise schien dies bei den jüngeren Jahrgängen nicht so ausgeprägt zu sein. Man hätte annehmen können, daß aufgrund der heute auch noch bestehenden diskriminierenden Etikettierung bei diesem Personenkreis die Diagnose einer psychischen Störung möglichst oft vermieden worden wäre. Dies war aber nur, wie unsere Ergebnisse zeigen, begrenzt der Fall. Wahrscheinlich war der Tatbestand einer psychischen Störung, etwa bei einer psychotischen Erkrankung so augenfällig, daß es unvermeidbar war, sie auch als A-Diagnose einzuführen.

Eine andere Tendenz zeigte sich bei älteren Jahrgängen. Hier bestand offenbar eine besondere Scheu von seiten der Gutachter, die psychischen Ausfallserscheinungen infolge von Gefäßverschlüssen, cerebralen Durchblutungsstörungen und ähnlichen Erkrankungen in ihrem Stellenwert so zu bemessen, wie es der jeweiligen Ausprägung entsprach. Körperliche Erkrankungen wurden hier oft als A-Diagnose genannt, obwohl nach den ärztlichen Unterlagen psychische Störungen ganz im Vordergrund standen.

Zusammenfassung

Ca. 11 % von Berentungen erfolgen aufgrund psychischer Störungen. Diese führen in fast 40 % schon vor dem 50. Lebensjahr zur Berentung. Berufs- und Erwerbsunfähigkeit werden in diesem relativ niedrigen Alter diagnostisch vor allem durch Psychosen, Suchtkrankheiten und — deutlich prävalierend — vorzeitige Hirngefäßerkrankungen hervorgerufen.

Die Frühberentungsrate steigt noch weiter an, wenn nicht nur die psychischen Störungen Berücksichtigung finden, welche als A- oder Haupt-Diagnose registriert sind, sondern wenn man auch diejenigen miteinbezieht, welche nur als B- oder 2.-Diagnose angeführt, bei kritischer Würdigung aller zugänglichen ärztlichen Unterlagen aber eindeutig in erster Linie für eine vorzeitige Berentung maßgeblich sind.

Stellungnahme zu den Betriebs- und Arbeitsabläufen im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg und Vorschläge zu deren Optimierung

Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf
Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf

Gliederung

I. Vorbemerkungen

1 Auftrag und Auftragsdurchführung

2 Allgemeiner Überblick

II. Krankenhausbetriebsführung

III. Organisation und Arbeitsablauf der Bereiche

1 Ärztlicher Bereich
1.1 Arztdienst
1.2 Ärztlicher Schreibdienst

2 Pflegebereich
2.1 Leitung des Pflegedienstes
2.2 Personalbesetzung im Pflegebereich
2.3 Dienstplangestaltung
2.4 Arbeitsablauf im Pflegebereich

3 Behandlungsbereich
3.1 Abteilung für Strahlendiagnostik
3.2 Physikalische Therapie
3.3 EEG-Abteilung
3.4 Laboratorium
3.5 EKG-Abteilung
3.6 EMG-Abteilung
3.7 Ambulanzabteilung
3.8 Arzneimittelausgabestelle

4 Wirtschaftlicher Versorgungsbereich
4.1 Wirtschaftsverwaltung
4.1.1 Einkauf und Lagerhaltung
4.1.2 Inventarverwaltung
4.2 Küche

4.3 Wäscheversorgung
4.4 Stations- und Hausdienst

5 Technischer Versorgungsbereich
5.1 Instandhaltungsdienst und Fuhrpark
5.2 Werkstätten
5.3 Zentraler Botendienst

6 Verwaltungsbereich
6.1 Verwaltungsleitung
6.2 Allgemeine Verwaltung
6.3 Aufnahme- und Pflegekostenabteilung
6.3.1 Aufnahme
6.3.2 Leistungsanforderung, Leistungserfassung, Leistungsabrechnung, Leistungsstatistiken
6.3.3 Zentralarchiv (Krankenaktenregistratur)
6.3.4 Privatgeldverwaltung
6.4 Abteilung Buchhaltung und Kasse
6.5 Personalbesetzung des Verwaltungsbereiches

IV. Schlußbemerkungen

I. Vorbemerkungen

1 Auftrag und Auftragsdurchführung

Nach einleitenden Vorarbeiten und nach der Auswertung der vom Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg (PLK) zur Verfügung gestellten Unterlagen führten wir die örtlichen Erhebungen während der Zeit vom 11. bis 13. September 1973 mit drei Mitarbeitern durch. Die erforderlichen Auskünfte wurden uns von der Leitung des Krankenhauses und von dem Personal der Leistungsstellen jederzeit bereitwillig erteilt. Im Anschluß wurde durch das Pflegepersonal des PLK noch eine Selbstaufschreibung über die Arbeitsverteilung auf den Stationen während zwei Tagen durchgeführt.

Das Ergebnis unserer Ermittlungen über den Betriebs- und Arbeitsablauf des PLK und die daraus resultierenden Vorschläge wurden am 29. März 1974 in Düsseldorf mit Vertretern des PLK besprochen. Außer einigen kleinen Korrekturen der Leistungszahlen, die unterdessen für das ganze Jahr 1973 vorlagen, ergaben sich keine grundlegenden Änderungen.

In der nachstehenden gutachtlichen Stellungnahme wurde auf eine eingehende Beschreibung des Ist-Zustandes verzichtet. Die bestehende Organisation wurde nur insoweit geschildert, wie es zum Verständnis der Situation notwendig ist. Die Ausführungen zur Dienstplangestaltung und zum Stellenplan beziehen sich auf die derzeit gültige Wochenarbeitszeit von 42 Stunden.

Die Vorschläge zur Verbesserung der Organisation, zur Veränderung der Arbeitsabläufe und zum Stellenplan sind mit einem Seitenstrich versehen.

2 Allgemeiner Überblick

Das Psychiatrische Landeskrankenhaus Weinsberg umfaßt zwischen 680 und 720 Betten. (Die zum Teil stark schwankende Belegung wird vom Umfang der jeweiligen Umbau- und Renovierungsmaßnahmen bestimmt.)

Im einzelnen werden folgende Fachabteilungen vorgehalten:

Psychiatrie I (Akutfälle)

Psychiatrie II (Chroniker)

Neurologie

Gerontopsychiatrie

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Entwöhnung

Psychotherapie

Sozialpsychiatrische Abteilung (Übergangswohnheime, Nachtklinik)

Die Krankenhausanlage wurde, in eine Vielzahl von Pavillons aufgegliedert, auf einem relativ großen

Grundstück errichtet; die Bausubstanz ist mit Ausnahme des Neubaus der A-Stationen sehr alt. Dies führt teilweise zu erheblichen Behinderungen für einen modernen, flüssigen Betriebsablauf und wird auch durch Rationalisierungsmaßnahmen nicht in allen Fällen aufgefangen werden können.

Der Betriebsablauf wird weitgehend vom Direktor des Landeskrankenhauses, unterstützt durch die leitenden Mitarbeiter des Arzt-, Pflege- und Verwaltungs- und Wirtschaftsbereiches bestimmt. Einige feste Konferenzen wurden eingerichtet, um auch einen Teil des Personals der mittleren Führungsebene an Planungen und Entscheidungsfindungen zu beteiligen. Eigeninitiative des Personals wird gefördert. Man ist bemüht, besonders in den Bereichen der Wirtschafts- und Verwaltungsabteilung rationell zu arbeiten und kommt teilweise mit einer relativ knappen Personalbesetzung aus. Die Arbeitsbedingungen, insbesondere die Arbeitszeit des Personals, entspricht allerdings nicht in allen Leistungsstellen den Tarifvereinbarungen.

Die Unterbringungsmöglichkeiten der Patienten sind von den zur Verfügung stehenden Gebäuden stark beeinflußt. Es gelang jedoch, die daraus resultierenden Nachteile soweit als möglich zu eliminieren und den Standard (Größe der Pflegeeinheiten, Einrichtung und Ausstattung), gemessen an den Verhältnissen und im Vergleich zu anderen Landeskrankenhäusern, weitgehend zu verbessern. Gleichzeitig ist das Bestreben erkennbar, die Patienten aus dem Arbeitsablauf des Krankenhauses herauszuziehen und Beschäftigungen zuzuführen, die eine mögliche Wiedereingliederung in das Berufsleben erleichtern oder begünstigen. Damit unterscheidet sich das Landeskrankenhaus Weinsberg zum Teil erheblich von anderen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern.

II. Krankenhausbetriebsführung

Krankenhausträger — Krankenhausleitung

Ein psychiatrisches Krankenhaus von der Größe und der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung des Landeskrankenhauses Weinsberg verlangt eine Betriebsführung, die der Zielsetzung unter Beachtung der wirtschaftlichen Möglichkeiten eine optimale Verwirklichung ermöglicht.

Diese Forderung verlangt eine Leitung des Landeskrankenhauses, der vom Träger, dem Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Innenministerium, ein ausreichendes Maß an Einzelverantwortung übertragen werden sollte. Aufgrund ihrer detaillierten Kenntnis des Betriebes und des Arbeitsablaufes im Landeskrankenhaus kann die Leitung alle zu einer rationellen Betriebsführung notwendigen Entscheidungen sachlich und zeitlich dann richtig fällen, wenn die dazu erforderlichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten an sie delegiert sind. Das Innenministerium sollte sich demnach soweit wie möglich von allen Aufgaben, welche die eigentliche Betriebsführung betreffen, entlasten und sich nur grundsätzliche Entscheidungen vorbehalten.

Die derzeitige Abgrenzung der Kompetenzen des Trägers zu denen der Leitung des Landeskrankenhauses entspricht in vielen Punkten (Personalwesen, Haushaltswesen, Durchführung von Baumaßnahmen usw.) nicht den vorgenannten Forderungen. Daraus resultiert eine relativ unbewegliche und schwerfällige Entscheidungsfindung sowohl im Verhältnis zwischen Träger und Betriebsführung als auch innerhalb des Landeskrankenhauses (langer Instanzenweg, unvollständiger und langsamer Informationsfluß, ineffiziente Kommunikationsstruktur usw.), die oftmals unnötiges und unrationelles Improvisieren zur Folge hat.

Um die notwendige Eigenständigkeit der Betriebsführung des Landeskrankenhauses in Abgrenzung zum Träger zu erreichen, wird empfohlen, die Kompetenzen des Trägers auf die nachstehenden Aktivitäten zu begrenzen.

Dem Land Baden-Württemberg sind im einzelnen vorbehalten:

a) Erlaß der Satzung des Landeskrankenhauses

b) Festlegung des Stellenplanes

c) Genehmigung der Jahresrechnung

d) Festlegung des Haushaltsplanes bzw. nach Einführung der kaufmännischen Buchführung des Wirtschaftsplanes

e) Berufung sowie formale Einstellung und Entlastung der Leitung des Landeskrankenhauses sowie des beamteten Personals

f) Grundsatzentscheidungen im Rahmen von Betriebs- und Bauplanungen

g) Aufnahme von Darlehn ab einer bestimmten Höhe

h) Erwerb, Belastung, Veräußerung und Aufgaben von Grundstücken und Rechten an solchen

i) Beschlußfassung über sonstige Maßnahmen grundsätzlicher Bedeutung

Diese Vorschläge sollten in jedem Fall — unabhängig davon, wie die künftige Rechtsform des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg aussehen wird — realisiert werden.

Darüber hinaus sollte jedoch seitens des Landes Baden-Württemberg geprüft werden, das Landeskrankenhaus Weinsberg im Sinne der Vorschriften des „Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze" aus dem Regiebetriebsrecht herauszulösen und ihm wirtschaftliche sowie auch organisatorische Selbständigkeit zu geben. Angemerkt sei, daß eine derartige weitgehende Regelung selbstverständlich nur übergeordnet, d. h. im Rahmen der gesamten Politik bezüglich der Psychiatrischen Krankenhäuser des Landes Baden-Württemberg, gesehen werden kann.

Leitung des Landeskrankenhauses

Die Struktur der Leitung des Landeskrankenhauses Weinsberg ist durch den Erlaß des Innenministe-

riums von Baden-Württemberg, Nr. X/6016/31 vom 29. Januar 1968 geregelt, dessen Inhalt sich mit der „Organisation und Geschäftsbehandlung bei den Krankenhäusern im Bereich der staatlichen Innenverwaltung" befaßt.

Nach dem Erlaß obliegt die Leitung des Landeskrankenhauses dem Direktor, der Vorgesetzter „aller Bediensteten" ist und die Dienstaufgaben zu verteilen, die Durchführung zu sichern und alle Maßnahmen aufeinander abzustimmen hat (wobei der Direktor in Personalunion mit dem Ärztlichen Direktor zu sehen ist).

Diese Vorschrift bleibt auch davon unberührt, daß dem Verwaltungsleiter die Leitung der Verwaltung und des Wirtschaftsbereiches obliegt. Der Verwaltungsleiter ist bei allen Maßnahmen von geldlicher Tragweite, von organisatorischer oder verwaltungstechnischer Art rechtzeitig zu beteiligen bzw. hat bei Berichten über solche Maßnahmen mitzuwirken; ein Entscheidungsrecht oder ein Mitentscheidungsrecht hinsichtlich dieser Maßnahmen steht ihm nicht zu.

Eine Leitung des Pflegedienstes ist in diesem Erlaß weder angesprochen noch vorgesehen.

Die Leitung des Landeskrankenhauses ist demnach rein direktorial strukturiert.

Empfehlungen zur Neustrukturierung der Leitung

Werden der Leitung des Landeskrankenhauses die erforderliche Eigenständigkeit, Kompetenzen und Verantwortlichkeit zugebilligt, die sie zu einer im obengenannten Sinne rationellen Betriebsführung befähigen, so bedarf es einer Umstrukturierung und Umorganisation der derzeitigen Leitungsform, um den neuen, erweiterten Aufgaben gerecht zu werden.

Die Leitung des Landeskrankenhauses kann, idealtypisch betrachtet, in zwei alternativen Formen — kollegial oder direktorial — gestaltet werden.

Die kollegiale Form der Leitung beinhaltet die Bildung eines Leitungsgremiums, dem die Ärztliche Leitung, die Leitung des Pflegedienstes und die Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes angehören. Dieses Gremium ist dem Träger gemeinsam für die Betriebsführung verantwortlich. Die Mitglieder des Leitungsgremiums sind bei allen Entscheidungen gleichberechtigt und können ihre Entscheidung nur einstimmig fällen.

Die direktoriale Form der Leitung sieht eine einzelne Person als alleinigen Entscheidungsträger vor, die verantwortlich und allein entscheidet. Die Leiter der drei Bereiche stehen ihr beratend zur Seite.

Besonderheiten des Leitungsprinzips in Psychiatrischen Krankenhäusern

Wenn auch grundsätzlich wegen der Vielfalt der Aufgaben, des breiten Leistungsspektrums und den damit verbundenen besonderen Verantwortlichkeiten der Bereiche eines Krankenhauses eine kollegiale Krankenhausleitung in aller Regel wünschenswert ist, erscheint diese Form der Leitung für ein Psychiatrisches Krankenhaus beim derzeitigen Status der Psychiatrischen Krankenhäuser nicht geeignet.

Die Besonderheiten der Psychiatrie und damit der Psychiatrischen Krankenhäuser, verglichen mit den Allgemeinen oder Akut-Krankenhäusern mit ihren somatisch erkrankten Patienten, liegen primär in der Art der Therapie, der Pflege, der Unterbringung und der Versorgung der Patienten. Weiterhin müssen in den Psychiatrischen Krankenhäusern durch die Verantwortlichen hoheitsrechtliche Aufgaben wahrgenommen werden, da Straffällige, die psychisch erkrankt sind, derzeit in denselben Krankenhäusern wie alle anderen psychiatrischen Patienten behandelt werden.

Die Berücksichtigung dieser Besonderheiten läßt zweifelsfrei erkennen, daß eine unreflektierte Übertragung des für ein Allgemeines Krankenhaus im Grundsatz zutreffenden kollegialen Leitungsprinzips auf ein Psychiatrisches Krankenhaus nicht ohne weiteres möglich ist. Hier beeinflußt der Entwicklungsprozeß in den Psychiatrischen Krankenhäusern, in dessen Verlauf ihr Status dem der Allgemeinen Krankenhäuser stetig näher kommt, zunächst auch noch die Struktur der Leitung. Dabei ist durchaus eine Analogie zu den berechtigten Bestrebungen festzustellen, den Status der psychiatrischen Patienten dem der somatischen Patienten gleichzustellen. Jedoch erst nach Erreichen dieses Zieles kann zwangsläufig auch von einer Status-Gleichstellung der beiden Krankenhausarten gesprochen werden und somit auch von gleichen Voraussetzungen für die Strukturierung ihrer Leitung.

Solange dies jedoch noch nicht der Fall ist, lassen die Besonderheiten der Psychiatrischen Krankenhäuser in bestimmten, genau abzugrenzenden Fragen, eine kollegiale Entscheidungsfindung und vor allem eine kollegiale Gesamtverantwortung — im Sinne einer kollegialen Leitung eines Allgemeinen Krankenhauses — nicht zu. Unter diesen Gesichtspunkten sollte also die direktoriale Form der Leitung eines Psychiatrischen Krankenhauses zunächst beibehalten werden.

Diese Feststellung schließt jedoch nicht aus, daß mit der Gleichstellung von Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäusern und damit dem Abbau der Besonderheiten des Psychiatrischen Krankenhauses eine kollegiale Leitung dort ebenso wünschenswert ist und ebenso effektiv arbeiten kann wie im Allgemeinen Krankenhaus. Das Ziel einer kollegialen Leitung sollte insofern in jedem Fall angestrebt werden.

So gesehen kann die Entwicklung der Leitungsstruktur des Psychiatrischen Krankenhauses in zwei Stufen gesehen werden:

— Direktoriale Leitungsstruktur beim derzeitigen Status, jedoch unter Berücksichtigung einer Reihe kollegialer Elemente.

— Kollegiale Leitungsstruktur nach dem Abbau der Besonderheiten der psychiatrischen im Vergleich zur allgemeinen stationären Krankenversorgung.

Diese grundsätzliche Betrachtungsweise ist ohne Schwierigkeiten auf das Psychiatrische Landeskrankenhaus Weinsberg übertragbar. Die ersten Ansätze von richtungsweisenden strukturellen Änderungen im Landeskrankenhaus Weinsberg lassen im Gegenteil eine Beschleunigung der oben angesprochenen Entwicklung erwarten.

Voraussetzungen der Neustrukturierungen

Die Erfüllung der Forderung nach einer hauptamtlichen Funktion sowie der Notwendigkeit einer adäquaten Qualifikation der Leitung sind als notwendige Voraussetzungen einer jeden Neustrukturierung anzusehen.

Beide Probleme stehen in direktem Zusammenhang mit der eingangs geforderten und auch notwendigen Effizienz der Arbeit der Krankenhausleitung. Dabei bedeutet „hauptamtliche Funktion der Leitung", daß sowohl und ganz besonders in der direktorialen wie auch in der kollegialen Leitungsstruktur die Person bzw. die Personen, welche mit der Leitung betraut sind, sich ausschließlich auf diese Aufgabe konzentrieren. Dies ist seit langem für die Leitung des Pflegedienstes und des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes völlig selbstverständlich und stand nie zur Diskussion. Die Forderung nach Hauptamtlichkeit reduziert sich so gesehen auf die Person des Ärztlichen Direktors.

Bei der direktorialen Form der Leitung heißt dies, daß der Direktor nicht mehr in Personalunion mit dem Ärztlichen Direktor für die gesamte Psychiatrie gesehen werden kann, sondern voll und ganz für das betriebliche wie das medizinische Management Sorge zu tragen hat, in vielen Belangen sicherlich unter starker Aufgabenteilung mit seinem Stellvertreter und aktiv unterstützt von den Leitungen des Wirtschafts- und Verwaltungsbereiches, des Pflegebereiches und des Ärztlichen Bereiches.

Bei kollegialer Leitungsstruktur geht die Forderung ebenfalls dahin, daß aufgrund der umfangreichen und schwierigen Anforderungen, die an das medizinische Management gestellt werden müssen, der Leiter des Ärztlichen Bereiches als Mitglied des kollegialen Leitungsgremiums nicht mehr gleichzeitig Leiter eines Fachbereiches ist oder gar Leitender Arzt der gesamten Psychiatrie sein kann. Der Sinn und die Anforderungen an die Effektivität einer kollegialen Leitung verlangen insofern auch von der Ärztlichen Leitung eine Erfüllung ihrer Leitungsaufgaben im Rahmen einer hauptamtlichen Tätigkeit.

Eine weitere unabdingbare Forderung ist die nach einer ausreichenden Qualifikation der Mitglieder der Leitung. Hier sei, ohne auf Einzelheiten eingehen zu müssen, auf die „Grundsätze für die Vorbereitung von Krankenhausmitarbeitern auf Führungsaufgaben im Krankenhaus", Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, veröffentlicht in „Das Krankenhaus", Nr. 4/73, verwiesen, die ausführlich zu dieser Frage Stellung nehmen.

Die Schwierigkeiten der Realisierung dieser Forderungen, besonders hinsichtlich der Funktion des Ärztlichen Direktors, werden nicht verkannt. Die Probleme der „Entfremdung von der ärztlichen Arbeit", der angemessenen Honorierung, der derzeitigen Vorstellung von der Funktion einer ärztlichen Leitung und schließlich einer adäquaten Aus- und Fortbildung sind nicht einfach zu lösen.

Wenn jedoch auf der einen Seite durch das Allgemeine wie das Psychiatrische Krankenhaus mit Recht mehr organisatorische und wirtschaftliche Eigenständigkeit verlangt werden, muß auf der anderen Seite alles getan werden, die Erfüllung dieser Forderung auch sachlich-fachlich zu rechtfertigen.

Stufenweise Entwicklung der Leitungsstruktur für das Psychiatrische Landeskrankenhaus Weinsberg

Aus den angestellten Überlegungen heraus sind für die Situation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg nachstehende Folgerungen zu ziehen bzw. folgende Vorschläge zu machen:

1. Die Struktur der Leitung wird zunächst direktorial belassen; es werden jedoch eine Reihe kollegialer Elemente berücksichtigt. Dem Direktor sind nachgeordnet der Ärztliche Bereich, der Pflegebereich und der Wirtschafts- und Verwaltungsbereich, jeweils vertreten durch ihren Leiter. Dem Direktor des Landeskrankenhauses alleine obliegen bestimmte, noch festzulegende Aufgaben und Kompetenzen. Daneben bilden jedoch der Direktor und die Leiter der Bereiche ein kollegiales Direktorium mit diesem zukommenden Aufgaben und Kompetenzen. Jedes Mitglied des Direktoriums ist bei allen Entscheidungen, die in die Kompetenzen des Direktoriums fallen, gleichberechtigt.

   Die Leitungen des Ärztlichen Bereiches, des Pflegebereiches und des Wirtschafts- und Verwaltungsbereiches sind für die Belange ihrer Bereiche zuständig und verantwortlich.

2. Die zweite Stufe sieht die kollegiale Leitungsstruktur vor. In dem kollegialen Leitungsgremium sind vertreten die Leitung des Ärztlichen Bereiches, des Pflegebereiches und des Wirtschafts- und Verwaltungsbereiches. Dieses Leitungsgremium vereinigt, verglichen mit der direktorialen Leitungsstruktur, die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten des Direktors und des Direktoriums auf sich.

Auf die Definition und die Bewertung der Kompetenzen und Aufgaben bei direktorialer Leitungsstruktur bzw. kollegialer Leitungsstruktur wird hier im einzelnen verzichtet.

Den diesbezüglichen Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft („Moderne Betriebsführung im Krankenhaus", Düsseldorf, 1969 und „Moderne Krankenhausstrukturen", Düsseldorf, 1973) kann sachlich nichts hinzugefügt werden; es wird deshalb darauf verwiesen.

Ergänzende Maßnahmen

Ein aktiver und intensiver Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern der Leitung wie zwischen

ihnen und den nachgeordneten Mitarbeitern des Landeskrankenhauses trägt dazu bei, die Effizienz der Leitung unabhängig von ihrer Struktur zu sichern und auszubauen. Im PLK Weinsberg werden heute schon verschiedene, regelmäßig tagende Konferenzen abgehalten, die dem genannten Zweck dienen. Es wird empfohlen, zukünftig auch das verantwortliche Personal des Wirtschaftsbereiches und das des Verwaltungsbereiches in monatlichen Zusammenkünften über alle wichtigen Dinge zu informieren und gleichzeitig zur Entscheidungsvorbereitung heranzuziehen.

Weiterhin ist ein vernünftig gestaltetes Informationssystem das unerläßliche Instrument, welches der Leitung als Mittel der Betriebsführung zur Verfügung stehen muß. Umfassende Leistungsstatistiken aus allen Bereichen, insbesondere jedoch aus den Bereichen von Diagnostik und Therapie, gehören ebenso dazu, wie die Informationen über die wirtschaftliche Situation. Der Aufbau dieses Informationssystems sollte deshalb vordringlich betrieben werden.

III. Organisation und Arbeitsablauf der Bereiche

1 Ärztlicher Bereich

1.1 Arztdienst

Stellenplanberechnung

Im Stellenplan für den Arztdienst sind für 1973 24 Planstellen ausgewiesen, zum Zeitpunkt der Erhebung waren insgesamt 26,0 Stellen besetzt.

Bezogen auf 720 aufgestellte Betten (davon 694 belegt), unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Arbeitsbelastung in den verschiedenen Pflegeeinheiten und in den Leistungsstellen des Behandlungsbereiches sowie unter Zugrundelegung der Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, errechnen sich für den Arztdienst insgesamt 34,5 Planstellen. Inwieweit der Zeitaufwand für die Beratungstätigkeit in den Gesundheitsämtern den vorgenannten Rahmen übersteigt, läßt sich dabei nicht beurteilen.

Dienstplangestaltung

Die Dienstplangestaltung wird zwischen den Ärzten vereinbart und untereinander abgesprochen.

Die Zeiten sind wie folgt geregelt:

Montag bis Freitag	8.00 bis 12.00 Uhr	(= 4,0 Std.)
	15.00 bis 19.00 Uhr	(= 4,0 Std.)
jeden 2. Samstag	8.00 bis 12.00 Uhr	(= 4,0 Std.)

Aus den genannten Zeiten ergibt sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 42,0 Stunden, die damit der tariflich festgelegten Arbeitszeit entspricht.

Aufgabenverteilung

Den Ärzten sind jeweils bestimmte Stationen zur Betreuung zugewiesen. Dabei ist davon ausgegangen, daß jeder Arzt sowohl im Bereich der Akutpsychiatrie als auch im Bereich der Chronischpsychiatrie tätig ist. In etwa gleicher Form, entsprechend ihrer Spezialisierung, ist das Arbeitsgebiet der Abteilungsärzte aufgegliedert. Dazu ist diesem noch die Verantwortung für die verschiedenen Therapiebereiche zugewiesen.

Diese Lösung erscheint sehr sinnvoll und ausgewogen. Es entsteht lediglich die Frage, ob es nicht günstiger wäre, die nachgeordneten Ärzte jeweils immer nur einem Abteilungsarzt gleichzeitig zuzuordnen, um eine Einheitlichkeit in der Anleitung und Einweisung zu gewährleisten.

1.2 Ärztlicher Schreibdienst

Der ärztliche Schreibdienst im Landeskrankenhaus ist derzeit dezentral organisiert. Insgesamt werden sechs Schreibkräfte — neben der Sekretärin des Ärztlichen Direktors — beschäftigt, davon drei im Altbau und drei im Neubau.

Es sollte die Möglichkeit überprüft werden — insbesondere unter räumlichen Gesichtspunkten —, einen zentralen Schreibdienst einzurichten. Der Personalbedarf beträgt dafür fünf Planstellen. Die Sekretariate des Ärztlichen Direktors und des Verwaltungsdirektors bleiben davon unberührt.

Die Vorteile eines zentralen Schreibdienstes sind, wie bei allen zentralen Diensten, in der weitaus besseren Personaldisposition zu sehen, insbesondere auch bei Ausfall oder bei starkem Arbeitsanfall. Der Personalbedarf ist mittel- und langfristig gesehen geringer als bei dezentraler Arbeitsweise. Dabei werden schwerpunktmäßig die Aufgaben so verteilt, daß die einzelnen Schreibkräfte normalerweise für bestimmte Bereiche schreiben, die Möglichkeit des Austausches oder des „Einspringens" jedoch immer gegeben ist. Die Arbeitsdisposition liegt bei der Leitung des zentralen Schreibdienstes.

Hinweise zum Arbeitsablauf

Die Diktatträger sowie die leeren Unterschriftenmappen werden zu festgelegten Zeiten vom Boten an festzulegenden Stellen abgeholt und zur Schreibzentrale transportiert.

Die Diktatträger werden vom Diktierenden in einen Umschlag gesteckt, der mehrfach verwendet werden kann und den Stempel oder die Bezeichnung der diktierenden Stelle sowie das Datum der Abgabe an die Schreibzentrale trägt. Vermerke über die Dringlichkeit sowie Textberichtigungen sind auf einem dem Diktatträger beizufügenden Zettel zu vermerken.

Schreibaufträge werden grundsätzlich nur der Leiterin des Schreibzimmers bzw. deren Stellvertreterin übergeben.

Die Schreibaufträge werden in der Regel in der Reihenfolge des Eingangs erledigt, Eilaufträge werden vorgezogen. Liegen mehr Eilaufträge vor als bis zum angegebenen Termin erledigt werden können, verständigt die Leiterin des Schreibzimmers die diktierenden Stellen.

Die geschriebene Korrespondenz wird in Unterschriftenmappen gesammelt, die nach diktierenden Stellen gekennzeichnet sind. Die gleiche Kennzeichnung haben auch die Behälter der Diktatträger.

Unterschriftenmappen, Schreibaufträge und Diktatträger werden vom Botendienst zu festgelegten Zeiten in der Schreibzentrale abgeholt und zu den diktierenden Stellen transportiert.

Arbeitsverteilung und Einsatzdisposition

Die Leitung des Schreibdienstes hat für gerechte Verteilung der Arbeit und der Auslastung des Personals (eventuell Anforderung anderer Arbeiten und Anerbieten von Aushilfstätigkeit bei Arbeitsmangel) zu sorgen. Sie sorgt ebenfalls dafür, daß Schreibstoff, der Spezialkenntnisse erfordert, grundsätzlich von den Kräften geschrieben wird, die diesen Stoff beherrschen. Allerdings sollte sie gleichzeitig die Mitarbeiterinnen im Schreibzimmer soweit schulen, daß bei Ausfällen durch Urlaub und Krankheit der täglich anfallende Schreibstoff bearbeitet wird.

Die Leitung des Schreibdienstes kann die geforderte gerechte Arbeitsverteilung nur vornehmen, wenn sie die erbrachte Leistung regelmäßig kontrolliert. Bei großzügiger Regelung kann man nach einer Leistungsermittlung nach DIN-Seiten (z. B. eine DIN-A-4-Seite mit 30 Zeilen zu 67 Anschlägen = 2 000 Anschläge) und einigen weiteren Standard-Anschlagzahlen für bestimmte Formulare und Vordrucke vorgehen.

Sekretärinnenstellen sollten nach Möglichkeit mit Spitzenkräften aus dem Schreibzimmer besetzt werden. Die Möglichkeit des Bewährungsaufstiegs gibt einen wesentlichen Anreiz zur Leistungssteigerung und dürfte auch der Fluktuation des Personals im Schreibzimmer entgegenwirken.

Urlaubsvertretungen der Sekretärinnen sollte man den Spitzenkräften im Schreibzimmer übertragen, da auf diese Weise rechtzeitig Gewißheit erlangt werden kann, ob Eignung für eine Sekretärinnenposition vorhanden ist. Gleichzeitig erlaubt diese Personalpolitik, die Zahl der Sekretärinnen auf das unbedingt erforderliche Maß zu beschränken.

2 Pflegebereich

2.1 Leitung des Pflegedienstes

Die Leitung des Pflegebereiches des PLK besteht aus der leitenden Schwester und dem leitenden Pfleger, denen eine Oberschwester und ein Oberpfleger zur Vertretung zur Verfügung stehen. Die verschiedenen Arbeitsaufgaben sind unter den beiden leitenden Pflegekräften nach Pflegebereichen differenziert aufgeteilt. Die Oberschwester und der Oberpfleger übernehmen neben der Vertretung nachgeordnete Tätigkeiten vorwiegend administrativer Art. Eine Schreibkraft steht nicht zur Verfügung.

Der Betrieb eines Krankenhauses von der Größe und der Aufgabenstellung des PLK verlangt für den Pflegebereich *eine* Leitung, um die Einheitlichkeit des Standards der Patientenbetreuung und der Arbeitsbedingungen gewährleisten zu können. Es wird demnach empfohlen, eine Pflegeperson letztverantwortlich für den Pflegedienst einzusetzen.

Dabei ist es grundsätzlich von untergeordneter Bedeutung, ob dieser Posten von einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger ausgefüllt wird. Dagegen sind die fachliche Eignung sowie die Persönlichkeit des Bewerbers entscheidend.

Man kann von der Leitung des Pflegedienstes nicht erwarten, daß sie Planung, Organisation und Kontrolle, darüber hinaus auch die gesamte Personalangelegenheiten des Pflegedienstes alleine übernimmt. Gibt man ihr nicht die notwendige Assistenz, sowohl zur Entlastung in reinen Verwaltungsfragen als auch in Fragen der Organisation und Kontrolle des Pflegedienstes, dann kommt es nicht zu der gewünschten Einheitlichkeit im Pflegedienst, und die einzelnen Pflegeeinheiten führen ein mehr oder weniger in sich geschlossenes Eigenleben.

Die leitende Krankenschwester/der leitende Krankenpfleger muß also von einer weiteren verantwortlichen Person in ihrer/seiner Aufgabe unterstützt werden.

Auf weitere Personen zur Vertretung (Oberschwester, Oberpfleger) kann verzichtet werden. Dagegen sollte der Pflegedienstleitung für die Erledigung des Schriftwechsels und der Büroarbeiten eine Schreibkraft (Halbtagskraft) zur Verfügung gestellt werden. Die Aufgabenteilung zwischen der leitenden Schwester/dem leitenden Pfleger und ihrer/seiner Vertretung kann wie folgt vorgenommen werden:

Aufgaben der leitenden Schwester/des leitenden Pflegers:

- Mitwirkung bei allen Fragen der Betriebsführung, die das Krankenhausdirektorium insgesamt betreffen.
- Auswahl und Vorschlagsrecht bei der Einstellung des im Pflegedienst tätigen Personals, Vorbereitung der Zeugnisse.
- Vorbereitung des Stellenplanes für das Pflegepersonal und das Pflegehilfspersonal.
- Repräsentation des Pflegedienstes.
- Grundsatzentscheidungen für die Gestaltung des Pflegedienstes.

Arbeitsgestaltung

Organisation der Pflegearbeit entsprechend den festgelegten Organisationsprinzipien und dem vorgegebenen Standard der Pflege (Arbeitsumfang der einzelnen pflegerischen Verrichtungen, vor allem Intensität der persönlichen Betreuung, Körperpflege usw.).

Arbeitsablaufgestaltung

d. h. Organisation des Ablaufs der verschiedenen pflegerischen Verrichtungen (Speisenverteilen, Bettenmachen, Wäschetausch usw.).

Arbeitsverteilung

d. h. Regelung von Art und Umfang der von den einzelnen Personengruppen auszuführenden Tätigkeiten (Aufgaben der Krankenschwestern/-pfleger, Krankenpflegehelfer/innen usw.).

Personalbesetzung und Personaleinsatz

d. h. Festlegung von Art und Zahl des Personals zur Ausführung der ordnungsgemäßen Pflegearbeiten innerhalb der einzelnen Pflegeeinheiten (Stammpersonal, Urlaubs- und Krankheitsvertretung, Nachtdienstbesetzung usw.), Einsatz des Pflegepersonals mit den leitenden Ärzten der Fachabteilungen und der Funktionsbereiche).

Diensteinteilung

d. h. wöchentliche und tageszeitliche Diensteinteilung (unter Abstimmung mit der Gesamtdiensteinteilung des Krankenhauses).

— Persönliche Betreuung des Personals, Einführen neuen Personals.

— Als Mitglied der Schulleitung Erteilung von Unterricht an der Krankenpflegeschule.

— Durchführung von Mitarbeiterbesprechungen.

Aufgaben der Stellvertretung

— Überwachung der Durchführung der von der leitenden Schwester/dem leitenden Pfleger getroffenen Richtlinien in bezug auf Arbeitsgestaltung, Dienstplangestaltung.

— Einsatz des Personals innerhalb der Pflegeeinheiten und des Behandlungsbereiches (soweit von Pflegekräften besetzt).

— Urlaubsplanung.

— Vereinheitlichung von Pflegetätigkeiten auf den Stationen in Zusammenarbeit mit den Stationsschwestern und den Krankenpflegeschulen zur Verbesserung des Arbeitsablaufes und der Ausbildung.

— Überwachung der praktischen Ausbildung der Schüler/innen in Zusammenarbeit mit den Schulen.

— Fortbildung der Schwestern und Pfleger im pflegerischen Dienst.

— Schulung des Hilfspersonals.

— Gesundheitliche Betreuung des Pflegepersonals.

— Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und der Unfallverhütungsvorschriften.

— Vorbereitung der Mitarbeiterbesprechungen.

Inwieweit der Leitung des Pflegedienstes auch noch die Dienstverantwortung und die Überwachung des Personaleinsatzes in anderen Bereichen, in denen Pflegepersonal beschäftigt ist, übertragen werden soll, muß noch festgelegt werden. Es erscheint sinnvoller, diese Pflegekräfte wie medizinisch-technisches Personal zu behandeln und sie ausschließlich den Verantwortlichen der jeweiligen Betriebsstellen zuzuweisen.

Stellenplanberechnung

Die Errechnung des Stellenplanentwurfs wird von der Verwaltung des PLK übernommen und nur mit der Pflegeleitung abgestimmt.

Zu den allgemein anerkannten Aufgaben der Pflegeleitung [1]) gehört es, den Stellenplanentwurf selbst auszuarbeiten. Dies ist damit zu begründen, daß in erster Linie die Pflegeleitung die Probleme der Personalbesetzung, der Arbeitsbelastung und der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung der einzelnen Pflegeeinheiten kennt. Dementsprechend sollte die Aufgabe der Stellenplanberechnung für den Pflegebereich zukünftig der Pflegeleitung zugewiesen werden.

Mitarbeiterbesprechungen

Eines der wichtigsten Führungsinstrumente für die Leitung des Pflegedienstes sind Mitarbeiterbesprechungen auf der Ebene der Stationsleitungen, die regelmäßig stattfinden sollten. Hier werden alle Fragen der Organisation des Pflegedienstes und der Gestaltung der Arbeitsabläufe durchgesprochen und — soweit möglich — entschieden. Bei Bedarf sind dazu Vertreter anderer Leistungsstellen (Wäscherei, Arbeitstheraphie) einzuladen und zu den anstehenden Fragen zu hören. Anschließend müssen, wenn erforderlich, neue einheitliche Richtlinien erarbeitet werden. Wichtig ist jedoch, daß Entscheidungen, die in den Mitarbeiterbesprechungen fallen, in der Durchführung durch die Leitung des Pflegedienstes überwacht werden, sonst verliert die Einrichtung an Wert.

Zur Zeit werden monatlich zweimal Besprechungen mit den Verantwortlichen aller Stationen abgehalten. Da erfahrungsgemäß eine Bearbeitung wichtiger Fragen in einem Kreis von rd. 25 Personen nicht sehr erfolgreich sein kann, wird empfohlen, den Diskussionskreis zu reduzieren.

Unter Beibehaltung des Zwei-Wochen-Turnus sollte jeweils nur die Hälfte der Stationsleiter/innen tagen und sich dafür intensiv mit den jeweils anstehenden Fragen beschäftigen, die dann nach einer Vorentscheidung im großen Kreis vorgetragen werden. Eine vierteljährliche gemeinsame Besprechung mit allen Personen erscheint ausreichend.

2.2 Personalbesetzung im Pflegebereich

Im Stellenplan für 1973 wurden insgesamt 225 Planstellen für Pflegepersonal ausgewiesen. Davon entfielen 176,5 auf den Pflegebereich, 23,5 auf Sonderdienste und 25 auf Schüler. Eine Aufgliederung der Planstellen nach Betriebsstellen ist nicht vorhanden, ebenfalls ist nicht dargestellt, wieviel Plan-

---

[1]) Moderne Krankenhausstrukturen. Herausgegeben von der Strukturkommission der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf, Mai 1973

stellen im Pflegebereich auf den Nachtdienst zu rechnen sind.

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren insgesamt 228,5 Pflegepersonen im PLK beschäftigt. Davon waren 43,5 in sogenannten Sonderdiensten und 146,0 im Pflegebereich (davon 47 % mit dreijähriger Krankenpflegeausbildung, 32 % mit einjähriger Ausbildung und 21 % ohne Ausbildung) tätig; 39 Planstellen wurden durch Schüler besetzt. Die Gesamtüberstunden des Pflegepersonals entsprachen im ersten Halbjahr 1973 umgerechnet 12,5 Planstellen, eine Aufgliederung nach Leistungsstellen liegt dafür nicht vor. Außerdem waren während der Urlaubsmonate Studenten zur Vertretung eingesetzt. Im Jahre 1972 entsprach dieser Einsatz umgerechnet 2,5 Planstellen.

Anhaltszahlen als Empfehlung zur Besetzung der Psychiatrischen Krankenhäuser wurden durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft bisher nicht veröffentlicht. Zieht man als Vergleich die Anhaltszahlen der Allgemeinen Krankenhäuser heran und berücksichtigt für eine Reihe von Stationen eine Reduzierung des Arbeitsaufwandes für die Pflege der Patienten um 50 % bzw. bei einigen wenigen Stationen um 75 %, so errechnen sich für die in 1974 in Betrieb befindlichen Pflegeeinheiten (ohne M 9 I und II, E 9 I und II wegen Umbau) für

Tagesdienst	161,5 Planstellen
Nachtdienst	39,0 Planstellen
Leitung	2,0 Planstellen
insgesamt	202,5 Planstellen

Bei der Neubesetzung von Planstellen sollte versucht werden, statt Pflegehilfspersonal voll ausgebildetes Pflegepersonal zu gewinnen. Andernfalls besteht die Gefahr, daß das vorhandene qualifizierte Personal zu viele Aufsichtsfunktionen übernehmen muß und die eigene Tätigkeit darunter leidet oder daß die Aufsicht vernachlässigt wird und dann die Qualität der Pflege nicht mehr gewährleistet ist.

Als Zuschlag für den Ausfall durch Urlaub und Krankheit wurden aufgrund der erhaltenen Auskünfte 15 % angesetzt. Im Jahresbericht 1972 wird, jedoch ohne Zahlenangabe, von einem relativ hohen Krankenstand gesprochen.

Es wird daher empfohlen, eine Fehltagestatistik zu führen und dieselbe jährlich neu auszuwerten und die Entwicklung der Ausfallrate zu beobachten, um die Zuschläge dem tatsächlichen Ausfall anpassen zu können. Ein Ausgleich über Überstunden ist kostenungünstiger.

Eine volle Anrechnung der Schüler/innen auf die Planstellen ist im allgemeinen nicht üblich. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt ein Anrechnungsverhältnis bis zu drei Krankenpflegeschüler auf eine Planstelle bzw. drei Schüler der Krankenpflegehilfe auf zwei Planstellen. Die derzeitige Regelung sollte noch einmal überprüft werden.

Für die zukünftige Stellenplangestaltung wird dringend angeraten, eine Unterteilung der Planstellen vorzunehmen. Empfehlenswert ist eine Aufgliederung in

Leitung

Unterricht (soweit im Stellenplan des PLK verbleibend)

Pflegebereich a) Tagesdienst, b) Nachtdienst

Untersuchungs- und Behandlungsbereich (aufgegliedert nach einzelnen Leistungsstellen, z. B. Arbeitstherapie intern, Arbeitstherapie extern).

Nur auf diese Weise ist eine Steuerung und präzise Überwachung des Personaleinsatzes möglich.

Weiterhin wird empfohlen, Mitarbeiter, die außerhalb des weiteren Pflegebereiches eingesetzt sind (Laboratorium, Röntgenabteilung usw.) und damit medizinisch-technische Tätigkeiten, also nicht pflegerische Tätigkeiten ausführen, sowohl aus dem Stellenplan als auch aus der Disposition der Leitung des Pflegedienstes herauszunehmen und den entsprechenden Bereichen zuzuordnen.

2.3 Dienstplangestaltung

a) Tagesdienst

Die wöchentliche Dienstzeit im PLK ist nach Auskunft der Leitung für Pflegepersonal auf 42 Wochenstunden festgesetzt. Es wird im geteilten Dienst in der 5-Tage-Woche gearbeitet. Von der täglichen Dienstzeit werden rechnerisch 40 Minuten für Pausen abgezogen. (Die Selbstaufschreibungen des Personals weisen oft nur eine Kaffeepause von 30 Minuten aus.) Der Tagesdienst beginnt einheitlich um 7.00 Uhr und endet um 19.00 Uhr, dazwischen liegt eine Freizeit von zwei Stunden. Die vorgenannte Diensteinteilung ergibt wöchentlich 47,5 Stunden. Diese Einteilung wird nicht ganz einheitlich gehandhabt. Lage der Freizeit, Dauer der Pause und Dienstende sind zum Teil recht unterschiedlich.

Die Berechnung der Arbeitsstunden muß überprüft und die tatsächliche Diensteinteilung der gültigen Wochenarbeitszeit angepaßt werden. Ganz besonders unter dem Gesichtspunkt, daß ab Herbst eine weitere Arbeitszeitverkürzung auf 40 Wochenstunden eintritt, ist es unabdingbar, die vorhandenen Dienstzeiten offiziell neu zu regeln und auf 42 Wochenarbeitsstunden abzustellen. Einem Ausgleich der Arbeitsstunden nach Bedarf der Einzelpersonen ist nicht zuzustimmen.

Folgende Verteilung der Arbeitszeiten wäre denkbar:

1. Montag bis Freitag

   Hauptdienst

   7.00 bis 12.00 Uhr = 5,00 Std.
   15.30 bis 18.45 Uhr = 3,25 Std. = 8,25 Std.

   Mittagsdienst

   7.00 bis 15.45 Uhr
   (einschließlich 30 Minuten Pause) = 8,25 Std.

   Spätdienst

   9.00 bis 12.00 Uhr = 3,00 Std.
   15.30 bis 21.15 Uhr = 5,25 Std.
   (einschließlich 30 Minuten Pause) = 8,25 Std.

2. Samstag/Sonntag

   Hauptdienst

   7.00 bis 12.00 Uhr = 5,00 Std.
   15.00 bis 19.00 Uhr = 4,00 Std. = 9,00 Std.

   Mittags- und Spätdienst

   11.30 bis 21.00 Uhr
   (einschließlich 30 Minuten Pause) = 9,00 Std.

Berechnung:

1. Woche

   Montag bis Freitag 5 × 8,25 Std. = 41,25 Std.
   Samstag/Sonntag frei

2. Woche

   Montag bis Freitag 3 × 8,25 Std. = 24,75 Std.
   Samstag/Sonntag 2 × 9,00 Std. = 18,00 Std.

   insgesamt 84,00 Std.

b) Nachtdienst

Der Nachtdienst ist festgesetzt für die Zeit von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr und beträgt demnach täglich zwölf Stunden. Diese Arbeitszeit entspricht nicht den gesetzlichen Bestimmungen [1]) und sollte ebenfalls korrigiert werden, es sei denn, es liegt eine Ausnahmegenehmigung des Gewerbeaufsichtsamtes vor, oder es fällt nachweislich in dieser Zeit regelmäßig und in erheblichem Umfange Arbeitsbereitschaft an [2]).

Folgende Dienstzeit wird empfohlen:

21.00 bis 7.00 Uhr = 10,0 Stunden

Der notwendige Anschluß an diesen Dienstbeginn durch den Tagesdienst wurde dort unter Abschnitt b) schon berücksichtigt. Für einen z. B. dreiwöchigen Nachtdienst in der vorgeschlagenen Zeit würde die Pflegeperson im Anschluß 14 *Kalender*tage frei zum Ausgleich erhalten.

c) Grundsätze zur Dienstplangestaltung

Für eine rationelle Betriebsorganisation sind eine sinnvolle Diensteinteilung und ein gut durchdachter Dienstplan unabdingbar. Der Patient, seine Bedürfnisse und Belange stehen im Mittelpunkt der Überlegungen.

Gleichzeitig sollten aber auch die Wünsche des Personals, soweit sie ein Normalmaß nicht übersteigen, Berücksichtigung finden; eine Einteilung von Arbeits- und Freizeit und Einhaltung derselben ist ein wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit des Personals.

Aufgabe eines Arbeitszeitplanes (Dienstplan) für den Pflegedienst ist es, die Arbeitszeit des Personals so über die Woche und über den Tag zu disponieren, daß einmal den im Tagesablauf unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten nach pflegerischer Betreuung entsprochen wird, zum anderen aber die gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen eingehalten und die arbeitsphysiologischen Grundsätze berücksichtigt werden.

Die Dienstpläne der abgelaufenen Perioden dienen der Leitung des Pflegedienstes als Instrument der Betriebsführung:

a) Beleg über die Anwesenheit des Personals

   Der Leitung des Pflegedienstes sind nach Ablauf einer Periode die Dienstpläne einschließlich der Aufzeichnungen über die Veränderung während des Ablaufes zu übergehen. Diese müssen ein Jahr aufbewahrt werden.

b) Kontrolle über die Auslastung des Personals

   Überstunden muß nachgegangen werden; sie sind häufig durch falsche Arbeitseinteilung begründet.

c) Grundlage für neue Arbeits- und Personaldispositionen

d) Grundlage für Neuplanungen nach Veränderung der tariflichen Arbeitszeit

Der Dienstplan muß gleichzeitig nachweisen:

a) Die Verteilung der Arbeitstage auf einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen.
b) Die Verteilung der freien Tage.
c) Die Verteilung der Tagesarbeitszeit (Beginn, Ende, Freistunde).

Auf das Führen mehrerer gesonderter Pläne sollte verzichtet werden.

Bei Aufstellung eines brauchbaren Arbeitsplanes müssen folgende Grundsätze beachtet werden:

a) Bei Veränderung des Betriebsablaufes oder der Arbeitsaufgaben muß der Dienstplan entsprechend angepaßt bzw. umgestellt werden.
b) Der Dienstplan soll übersichtlich sein, d. h. die Darstellung soll einfach und leicht lesbar sein. Bewährt haben sich graphische Darstellungen.
c) Der Plan mit den Dienst- und Freizeiten muß für das betroffene Personal jederzeit zugänglich sein.
d) Die vorgesehene Arbeitszeit muß eingehalten werden können. Ständige Abweichungen erschüttern das Vertrauen in die Planung.
e) Personalgruppen oder einzelne Personen dürfen bei dem Plan nicht begünstigt werden.
f) Das Personal muß entsprechend seiner Ausbildung und seinen Fähigkeiten eingesetzt werden.

d) Überstunden

Die Zahl der Überstunden im Pflegedienst ist beträchtlich. Die Überstunden des ersten Halbjahres 1973 ergaben umgerechnet 12,5 Planstellen. Dies ist um so unverständlicher, als über die günstige Personallage auf dem Pflegesektor berichtet wurde, die es erlaube, Bewerbungen abzulehnen. Überstunden unterliegen der Genehmigung der Leitung des

[1]) Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten vom 13. Februar 1924
Arbeitszeitverordnung vom 25. Juli 1969

[2]) s. Arbeitszeitordnung § 7, Abs. 2

Pflegedienstes und sind nach Möglichkeit durch Freizeit auszugleichen.

Alleine die Regelung, daß in mehreren Pflegebereichen ein Bereitschaftsdienst für die Zeit außerhalb des Tagesdienstes (19.000 bis 22.000 Uhr) eingerichtet ist, der täglich mit 3,5 Überstunden angerechnet wird, ergibt umgekehrt mehr als fünf Planstellen.

Eine Verschiebung der Tagesdienstzeiten läßt hier sicher eine Reduzierung der Bereitschaftsdienstzeiten erzielen, bzw. es wäre zu überprüfen, inwieweit für die genannte Zeit Rufbereitschaft eingerichtet werden könnte.

Manche Überstundenangaben (Maximum = 125 Stunden/Monat/Person) erscheinen unglaubwürdig. Auffallend ist, daß beamtetes Pflegepersonal nur bis maximal 40 Stunden/Person/Monat verzeichnet.

Den Überstunden muß durch die Pflegeleitung nachgegangen werden. Sie entstehen entweder durch eine sehr starke Arbeitsbelastung des Personals oder durch mangelnde Organisationsfähigkeit der einzelnen Bereichsleiter. Beides muß überprüft und gegebenenfalls Hilfestellung für den Abbau der Mehrarbeit gegeben werden. Bei der Art der Tätigkeit und der Gesamtzahl der zur Verfügung stehenden Pflegepersonen ist es sicher nur äußerst selten tatsächlich erforderlich, daß, wie aus den Aufzeichnungen hervorgeht, zum Teil bis 21.000 Uhr durchgehend Dienst gemacht oder auf die Pause für die Mahlzeiten verzichtet wird. In gewissen Zeitabständen sollte auch die Richtigkeit der Aufzeichnungen kontrolliert werden.

Kann den Empfehlungen zum Stellenplan gefolgt werden, müssen die Überstunden sofort abgebaut werden können. Kann den Empfehlungen vorerst nicht in vollem Umfang nachgekommen werden, so sollte wenigstens versucht werden, Planstellen dem Umfang der Überstunden entsprechend bewilligt zu bekommen. Überstunden sind teurer als Planstellen.

e) Dienstplanformulare

Für die Erfassung der freien Tage, Urlaubs- und Krankheitstage des Personals werden Pläne geführt, die jedoch nur jeweils eine Woche ausweisen und keine Angaben über die Tageszeiten der Anwesenheit zulassen. Sie reichen damit keinesfalls für eine sinnvolle Planung des Arbeitseinsatzes und anschließend für eine Überwachung desselben durch die Pflegedienstleitung aus. Die Angaben über die Personalbesetzung im Rahmen des Tagesberichtes erscheinen vollends entbehrlich.

Für eine übersichtliche Planung des Personaleinsatzes sollten Formulare verwendet werden, die jederzeit einen Überblick vermitteln, zu welcher Tageszeit wer auf der Station anwesend oder aus welchen Gründen er abwesend war.

Diese Übersicht muß auf einem Plan für eine längere Zeit (drei bis vier Wochen) möglich sein. Als Muster dafür wird in der Anlage ein einfacher Plan beigegeben, der nach Beschriftung mit einfachen Symbolen (z. B. H = Hauptdienst, d. h. 7.00 bis 12.00 Uhr, 15.30 bis 18.45 Uhr; M = Mittagsdienst, d. h. . . .; S = Spätdienst, d. h. . . .; U = Urlaub, A = Sonstige Arbeitsbefreiung; K = Krankheit; S = Schule) die vorgenannten Forderungen erfüllt. Sollen über einige Zeit Überstunden genau erfaßt werden, könnte dafür der beiliegende Wochendienstplan, wie als Muster ausgefüllt, dienen.

Die abgelaufenen Dienstpläne einer Periode sind nach Eintragung eventuell eingetretener Veränderungen bei der Leitung des Pflegedienstes abzugeben und dort ein Jahr aufzubewahren.

f) Pausen

Derzeit werden je Arbeitstag 40 Minuten Pause gerechnet.

Es wird empfohlen, wenigstens 30 Minuten je Mahlzeit anzusetzen, da diese Zeit in der Regel auch für das Einnehmen von Mahlzeiten erforderlich ist.

g) Ausgleich für Dienst an Feiertagen

Zur Erleichterung der Personaldisposition während der Perioden mit mehreren Feiertagen hintereinander (Ostern, Pfingsten usw.) hat sich folgende Regelung bewährt:

Unabhängig vom Tag ihrer Entstehung werden die Feiertage gleichmäßig über das ganze Jahr verteilt und etwa jeden Monat ein zusätzlicher freier Tag als Abgeltung für die gesetzlichen Feiertage gewährt. Damit umgeht man einerseits eine zu knappe Besetzung an den Feiertagen, weil sich nicht alle Freizeitwünsche auf diese Zeit konzentrieren; andererseits vermeidet man über lange Zeit bestehende „Freizeitguthaben", deren Einlösung oft zur Unzeit vom Personal gefordert wird.

h) Urlaubsplan

Die Planung des Urlaubs ist den Stationen selbst überlassen. Eine zusätzliche Vertretungskraft für die Urlaubszeit steht nicht zur Verfügung.

Grundsätzlich ist dagegen nichts einzuwenden, es wird jedoch empfohlen, die Urlaubsplanung von seiten der Pflegedienstleitung zu überwachen und vor allem zu koordinieren. Dazu wird empfohlen, die Urlaubswünsche des Personals zu erfragen und diese in eine graphische Übersicht einzutragen. Anhand dieser Übersicht kann kontrolliert werden, ob trotz Urlaub die erforderliche Personalbesetzung auf den Stationen gesichert ist. Ist das nicht der Fall, müssen die Urlaubsmeldungen (soweit möglich unter Berücksichtigung der Wünsche des Personals) so umdisponiert werden, daß eine optimale, dem Arbeitsbedarf entsprechende Verteilung über das Jahr erreicht ist.

i) Schichtdienst

Im Krankenhausbereich ist allgemein eine Tendenz zur Einführung des Schichtdienstes zu beobachten. Dabei wird häufig von seiten der Krankenhausleitung sehr großzügig verfahren, indem man dem Personal die Entscheidung über die Dienstform völlig überläßt. Anschließend sieht man sich dann zusätzlich Personalforderungen gegenüber, die durch den

Mehrbedarf aufgrund zwangsläufig auftretender Leer- und Wartezeiten entstehen.

Der Mehrbedarf im Pflegebereich ist abhängig von der Form des Schichtdienstes und von der Zahl der zur Verfügung stehenden Teilzeitkräfte zum Abbau der Arbeitsspitzen am Vor- und Nachmittag. Der Mehrbedarf liegt mindestens zwischen 10 und 15 % und kann bis zu 30 % betragen, soll den Patienten nicht Betreuung entzogen werden.

Eine Stellenvermehrung um 15 % ergäbe, auf den Stellenplanvorschlag (s. Seite 412) bezogen, eine Personalkostensteigerung von etwa 700 000 DM. Dies wäre nur zu vertreten, wenn der gesamte Betrieb des PLK durchgehend arbeiten würde und gleichzeitig eine Intensivierung der Krankenhausarbeit insgesamt und eine Senkung der Verweildauer oder eine Anhebung des Pflegestandards erreicht werden könnte.

Für diejenigen Pflegepersonen, die wegen ihres langen Weges zur Arbeitsstelle oder als verheiratete Frauen an einer durchgehenden Arbeitszeit ohne Unterbrechung durch eine längere Freizeit interessiert sind, kann durch eine Kombination mit dem Mittagsdienst (s. Beispiel Spätdienst) eine solche eingerichtet werden.

2.4 Arbeitsablauf im Pflegebereich

Arbeitsverteilung

Im PLK Weinsberg sind Dienstanweisungen und Stellenbeschreibungen teilweise für den Pflegebereich nicht vorhanden, teilweise sind sie veraltet und müssen überarbeitet werden.

Für die Erstellung des Gutachtens wurden unter anderem auch Selbstaufschreibungen des Pflegepersonals durchgeführt, mit dem Ziel, einen gewissen Überblick über die Arbeitsverteilung in den Pflegeeinheiten zu erhalten. Bei Auswertung fiel folgendes auf:

Das Personal ist nicht in allen Fällen seiner Ausbildung entsprechend eingesetzt. Dabei übernimmt das Pflegepersonal sowohl Tätigkeiten, die eigentlich dem Arztdienst zufallen als auch Arbeiten, die Aufgabe des Reinigungspersonals sind. Aus den Aufzeichnungen geht z. B. hervor, daß Pfleger auch Infusionen anlegen, Helferinnen und Pflegehelferinnen Blutdruck messen und eintragen, Schwestern Nachttische staubwischen und Waschschüsseln putzen, Pflegehelferinnen bohnern, aber auch Medizin austeilen usw.

Es erscheint dringend geboten, den Aufgabenkatalog und die Arbeitsverteilung im Tages- und Nachtdienst zu überprüfen und in Abstimmung mit dem verantwortlichen Pflegepersonal neu in Dienstanweisungen oder Stellenbeschreibungen festzulegen. Ebenso notwendig, wie die Verteilung der Tätigkeiten auf die verschiedenen Personengruppen, erscheint auch eine Überprüfung der Verteilung nach Tageszeit. So ist z. B. 5.00 Uhr für i. v.-Blutabnahmen, 1.00 Uhr Brote für auswärtig eingesetzte Patienten richten, 16.30 Uhr Abendessen ausgeben sicher nicht die richtige Tageszeit für diese Tätigkeiten.

Speisenversorgung

Aus den Aufzeichnungen des Personals geht hervor, daß den Patienten im allgemeinen nur recht kurze Zeit zur Einnahme der Mahlzeiten zur Verfügung steht, außerdem wird dafür teilweise ein sehr früher Zeitpunkt (Mittagessen 11.00 Uhr, Abendessen 16.30 Uhr) gewählt.

Je Mahlzeit sollten den Patienten wenigstens 30 Minuten zum Essen zur Verfügung stehen, und die Ausgabezeiten sollten dem normalen Lebensrhythmus der Patienten angepaßt sein (z. B. etwa 7.30 Uhr Frühstück, 12.00 Uhr Mittagessen, 18.00 Uhr Abendessen). Das bedingt allerdings auch, daß die Küche das Essen nicht sehr viel früher liefert, da sonst die Zeiten nicht eingehalten werden.

Wäscheversorgung

Für die Arbeiten im Rahmen der Wäscheversorgung wird auf den Stationen zum Teil sehr viel Zeit aufgewendet. Das Sortieren und Einsacken der Schmutzwäsche beanspruchte auf einer Station alleine drei Stunden.

Auch wenn diese Angaben ein Zufallsergebnis der Aufzeichnungen war, so erscheint doch der Hinweis darauf notwendig. Werden von den Stationen die zur Verfügung stehenden Wäschesackwagen verwendet, so können die Schmutzwäschestücke nach dem Abziehen in einem direkten Arbeitsgang in den jeweiligen Sack abgelegt werden. Das zeitaufwendige und unhygienische Sortieren entfällt damit.

Körperpflegearbeiten

Können die Aufzeichnungen als repräsentativ für den Arbeitsablauf angesehen werden, so kann aus dem für Körperpflege benötigten Zeitaufwand in vielen Pflegeeinheiten ein guter Standard abgeleitet werden.

Es sollte jedoch angestrebt werden, daß dies für alle Stationen gilt.

Arzneimittelverteilung

Die Arzneimittel werden offensichtlich meistens der Dosierung entsprechend, d. h. dreimal täglich, verteilt, die Portionierung erfolgt jedoch zum Teil sehr weit, bis zu 24 Stunden im voraus.

Von dieser Handhabung sollte abgesehen werden, da die Gefahr besteht, daß flüssige Arzneimittel austrocknen und dann eine andere Konzentration aufweisen. Außerdem muß dann aufgrund der neuen Verordnungen öfters eine Korrektur der abgefüllten Mengen vorgenommen werden.

Der Zeitaufwand für diese Tätigkeit sollte überprüft werden. (Laut Aufzeichnungen werden bis zu 150 Minuten für das Vorbereiten aufgewendet.)

Patientenbetreuung im Rahmen persönlicher und therapeutischer Gespräche.

Die Aufzeichnungen des Pflegepersonals lassen den Zeitaufwand für persönliche oder therapeutische Gespräche vermissen.

Die Schulung und die ständige praktische Fortbildung, die besonders für die spezielle und pflegerischen Maßnahmen in der Psychiatrie erforderlich sind, sollten als Gelegenheit benutzt werden, dem Personal auf diesem Gebiet ausreichend Anleitung und Hinweise zu geben. Die im „info-Dienst" genannten Stationsbesprechungen sollten häufiger durchgeführt werden (sie wurden in keinem Erhebungsbogen genannt), damit regelmäßig und in kurzen Zeitabständen Fachfragen, auch Hinweise zur Gesprächsführung mit Patienten diskutiert werden können.

Nachtdienst

Die Auswertung der Selbstaufzeichnungen des Nachtdienstes lassen folgende Vorschläge richtig erscheinen:

Einführung einer Hauptnachtwache

Der Einsatz einer Hauptnachtwache, die in jedem Fall durch eine voll ausgebildete Pflegekraft übernommen werden muß (der ausgedehnten Anlage wegen sollte das ein Krankenpfleger sein), hat zum Ziel, dem Pflegebereich auch nachts eine verantwortliche Leitung an die Spitze zu stellen. Aufgabe dieser Pflegeperson ist es, in den einzelnen Pflegeeinheiten mit fachlichem oder persönlichem Rat zur Verfügung zu stehen, (besonders notwendig in den Fällen, in denen Schüler oder Pflegehelfer alleine wachen) gegebenenfalls plötzlich auftretende Ausfälle oder Sitzwachen durch entsprechende Disposition auszugleichen und endlich eine gewisse Überwachung der Pflegearbeit und damit des Pflegestandards zu gewährleisten.

Reduzierung der täglichen Arbeitszeit (s. a. Seite 412). Vermeidung des gleichzeitigen Einsatzes von zwei Pflegehelfern auf einer Station.

Neuregelung der zeitlichen Verteilung der Tätigkeiten in der Nacht.

Wiedereinführung des Weck-Verbotes vor 6.00 Uhr.

Anweisung, bei jedem Zugang einen Arzt für die Erstuntersuchung zu rufen.

3 Behandlungsbereich

3.1 Abteilung für Strahlendiagnostik

Die Abteilung für Strahlendiagnostik befindet sich im neuen Behandlungsgebäude.

Die Hauptaufgabe der Abteilung liegt in der Durchführung von Röntgenaufnahmen (rd. 63 %). Entsprechend der Spezialaufgaben des Krankenhauses machen einen relativ hohen Anteil die Angiographien mit rd. 20 % und die Pneumoencephalographien mit rd. 15 % aus. 1973 betrug die Gesamtzahl der Röntgenleistungen 6 990 Aufnahmen und 68 Durchleuchtungen und weist damit einen Anstieg gegenüber 1972 von 9,6 % aus.

Der Arbeitsablauf ist weitgehend geprägt von der Art der angeforderten Untersuchungen und erscheint, soweit überprüfbar, ausgewogen.

Der Dienstplan des med.-techn. Personals ist auch unter Berücksichtigung eines freien Nachmittages in der Woche auf 43 Arbeitsstunden (Wochenarbeitszeit ab 1. Januar 1973 = 42 Stunden) ausgerichtet. Eine Verkürzung der Arbeitszeit, die für das Personal ab Oktober 1974 nur noch 40 Wochenstunden beträgt, kann durch Reduzierung der Betriebszeit erreicht werden. Es erscheint ohnehin bei der Art der anfallenden Röntgenuntersuchungen nicht erforderlich, die Abteilung täglich bis 18.00 Uhr geöffnet zu halten.

Als neue Dienstzeit wird vorgeschlagen:

Alternative I

Vormittagsdienst		
(Montag bis Mittwoch) [1]	13.30 bis 17.30 Uhr	= 4 Std.
	× 5 Tage	= 25 Std.
Nachmittagsdienst		
(Montag bis Mittwoch) [1]	13.30 bis 17.30 Uhr	= 4 Std.
	× 3 Tage	= 12 Std.
Freitag	13.30 bis 16.30 Uhr	= 3 Std.
	× 1 Tag	= 3 Std.
		40 Std.

Alternative II

Vormittagsdienst		
(Montag bis Freitag)	7.00 bis 12.00 Uhr	= 5 Std.
	× 5 Tage	= 25 Std.
Nachmittagsdienst		
(Montag bis Freitag)	13.30 bis 16.30 Uhr	= 3 Std.
	× 5 Tage	= 15 Std.
		40 Std.

Die Personalbesetzung ist, bezogen auf die Zahl der Röntgenuntersuchungen, auch unter Berücksichtigung der Spezialuntersuchungen und der Tätigkeiten für den EKG-Bereich, mit drei Personen überhöht.

Es wird empfohlen, zukünftig nur noch zwei Planstellen vorzusehen.

Für die Aufbewahrung der Filmtaschen steht ein Handarchiv und, wenn dort der Platz nicht mehr ausreicht, eine Art Zentralarchiv im Keller zur Verfügung.

Es wird empfohlen, grundsätzlich die Filmtaschen nur ein Jahr lang im Handarchiv aufzubewahren. Kommt der Patient nicht erneut zur Behandlung, sollten die Unterlagen anschließend in das Zentralarchiv eingeordnet werden. Eine Überwachung der Jahresfrist kann leicht durch verschiedenfarbige Aufkleber am Rücken der Filmtasche gewährleistet werden.

3.2 Physikalische Therapie

Die Aufgaben des Personals der Physikalischen Therapie gliedern sich auf in solche Anwendungen,

[1] donnerstags bzw. ein anderer Nachmittag frei

die in der Abteilung selbst durchgeführt werden und solche, die am Patienten in der Pflegeeinheit erbracht werden. Bei letzteren handelt es sich vorwiegend um Massagebehandlung, etwa 37 % der Anwendungen in der Abteilung sind gymnastische Übungen.

Arbeitsablauf

Der Arbeitsablauf in der Physikalischen Therapie ist einerseits durch Art und Umfang der Verordnungen bestimmt und von daher nur wenig beeinflußbar. Andererseits ist er relativ stark abhängig von der Disposition der sonstigen täglichen Behandlungsmaßnahmen für den Patienten, aber auch von dem Arbeitsprogramm der Pflegeeinheiten.

Eine gegenseitige Absprache zwischen den Pflegeeinheiten und der Physikalischen Therapie über die günstigsten Behandlungszeiten muß möglich sein. Sind diese einmal festgelegt, können die Behandlungen der Patienten der verschiedenen Bereiche untereinander abgestimmt und zu einem klaren Arbeitsprogramm zusammengefaßt werden. Sodann ist es möglich, den Patienten jeweils nach Abschluß einer Behandlung den Termin der nächsten Behandlung mitzuteilen. Er erhält dafür eine sogenannte Behandlungskarte (DIN-A-6-Größe), in welche der Termin eingetragen wird. Je nach Zustand des Patienten wird die Karte ihm oder seiner Begleitperson mitgegeben und er selbst oder die für ihn verantwortliche Pflegekraft überwacht die Einhaltung der Termine.

Personaleinsatz

In der Physikalischen Therapie sind drei Personen beschäftigt. Die Art der Erkrankung der Patienten, die die Physikalische Therapie aufsuchen, erfordert einen vergleichsweise höheren Zeitaufwand für die Betreuung vor, während und nach der Behandlung als in anderen Krankenhäusern.

Unter Berücksichtigung dieses Umstandes ist eine Besetzung der Abteilung von zwei Personen erforderlich. Eine mögliche Leistungssteigerung und die zu erwartende Arbeitszeitverkürzung kann damit jedoch noch aufgefangen werden.

Inwieweit die Außentätigkeit in den Pflegeeinheiten eine volle Kraft erfordert, kann nicht beurteilt werden. Über die Arbeitsdisposition und Art und Umfang der Anwendungen in diesem Bereich liegen keine Aufzeichnungen vor. Für eine klare und übersichtliche Personaldisposition ist es erforderlich, auch für diesen Bereich eine Statistik zu führen.

Dienstplangestaltung

Die Dienstzeiten des Personals sind recht unterschiedlich nach Wochentagen und Personen bzw. nicht genau bekannt.

Auch für diese Betriebsstelle muß der Grundsatz gelten, daß die Arbeitszeiten einschließlich der dazwischen liegenden Pausen präzise berechnet und auf die gültige Wochenarbeitszeit abgestimmt sind. Die Zeit für den täglichen Dienstbeginn und das Dienstende sollte möglichst einheitlich und bekannt, damit nachprüfbar, sein.

3.3 EEG-Abteilung

Arbeitsdisposition, Arbeitsablauf und Personaleinsatz erscheinen angemessen.

Die Personalbesetzung (zwei Halbtagskräfte) ist eine Mindestbesetzung, die jedoch eine mögliche Leistungssteigerung und die zu erwartende Arbeitszeitverkürzung ohne weiteres auffangen kann.

3.4 Laboratorium

Das Laboratorium ist im neuen Behandlungsgebäude untergebracht. Der Aufgabenkatalog entspricht dem eines Routinelaboratoriums. Selten anfallende Untersuchungen werden an das Medizinische Landesuntersuchungsamt, Stuttgart, geschickt.

Leistungsstatistik

Die Leistungsstatistik weist auch hier einige Diskrepanzen auf. Die Angaben der Verwaltung nennen 32 966 Untersuchungen für 1973, die Hochrechnung einer mittleren Monatsstatistik für 1973 ergäbe 39 370. Wenn auch allgemein im Bereich der Laboratoriumsdiagnostik ein ständiger Anstieg der Untersuchungszahlen je Patient zu verzeichnen ist, kann diese Differenz von rd. 43 % damit nicht ausreichend begründet werden.

Den unterschiedlichen Aussagen der Leistungsstatistik muß unbedingt nachgegangen werden, um ausreichende Unterlagen u. a. für die Personalbesetzung zu erhalten. Die Istbesetzung beträgt, umgerechnet auf Vollkräfte, drei Personen (davon 1,5 MTA).

Unter Berücksichtigung der Untersuchungszahlen für 1973 errechnet sich ein Personalbedarf von 2,5 Personen, die gleichzeitig die Verkürzung der Wochenarbeitszeit auf 40 Stunden noch auffangen können.

Arbeitsablauf/Dienstplangestaltung

Der tägliche Arbeitsablauf wird weitgehend durch Zahl, Art und Zeitpunkt der angelieferten Untersuchungsproben bestimmt. Formulare für die Anforderung der Untersuchungen existieren nicht, die gewünschte Untersuchung wird auf dem Klebeetikett, das auch den Namen des Patienten und die Stationsbezeichnung trägt, vermerkt. Schnelltests werden in ausreichendem Maße eingesetzt. Einige wenige Untersuchungen werden nur an bestimmten Wochentagen durchgeführt.

Um einen zügigeren Arbeitsablauf zu erzielen ist es erforderlich, den Beginn der Betriebszeit (derzeit 7.30 Uhr) und den Zeitpunkt der Anlieferung der letzten Proben (gegen 9.30 Uhr) besser aufeinander abzustimmen, da andernfalls unnötige Leerzeit entsteht. Unterstellt man, daß in der unmittelbaren Umgebung des Laboratoriums, in den Akutstationen der Hauptanteil der Untersuchungen anfällt, erscheint folgende Lösung praktikabel:

Am Nachmittag des Vortages werden die Untersuchungen mit den entsprechenden Formularen angefordert. Das Pflegepersonal des Nachtdienstes nimmt auf dem Heimweg die Urinproben mit in das Laboratorium, so daß das Personal dort gleich nach Dienstantritt mit der Arbeit beginnen kann. Eine

Assistentin übernimmt während der Zeit die Kapillarblutabnahmen bei den bettlägerigen Patienten der Akutstationen bzw. bei den gehfähigen Patienten der Langzeitstationen, die zum Laboratorium kommen. Untersuchungen mit venösem Blut werden in einem zweiten Arbeitsgang angesetzt, wenn (bis spätestens 9.00 Uhr) die Proben aus den Akutstationen eingegangen sind. Die Proben aus dem Langzeitbereich werden mit dem ersten Botendienst (z. B. Rückweg vom Frühstückstransport) transportiert und bis zur Verarbeitung am anderen Tag im Kühlschrank aufbewahrt. Nur in Ausnahmefällen (eilige Untersuchungen) wird zukünftig noch Untersuchungsmaterial durch Pflegepersonal zum Laboratorium gebracht.

Gegen die Dienstplangestaltung im Laboratorium ist nichts einzuwenden. Die Reduzierung auf die kommende 40-Stunden-Woche läßt sich erreichen, wenn an fünf Werktagen (Montag bis Freitag) künftig nur noch bis 16.00 Uhr gearbeitet wird. Überstunden dürften bei der Personalbesetzung im Regelfall nicht entstehen.

3.5 EKG-Abteilung

Keine Bemerkungen

EMG-Abteilung

Die Abteilung für EMG nimmt im gesamten Behandlungsbereich nur eine untergeordnete Stelle ein. Ihr ist kein eigenes Personal zugeordnet; die Untersuchungen werden von einem Arzt nebenamtlich einmal wöchentlich durchgeführt und befundet.

3.7 Ambulanzabteilung

Die Ambulanzabteilung versorgte in 1973 (hochgerechnet aus den Angaben April bis Juni) etwa 765 Patienten. Bei zwei Sprechstundentagen kamen durchschnittlich 10 bis 13 Patienten zur Konsultation oder zur Behandlung.

Gekoppelt mit der Ambulanzabteilung ist die zentrale Patientenaufnahme. Prinzip dabei ist, daß jeder Patient im Krankenhaus zuerst einer Schwester begegnen soll und auch von dieser aufgenommen wird. Dieser Grundsatz ist sehr zu begrüßen und sollte beibehalten werden.

Die übrigen verwaltungstechnischen Aufgaben, die von der Ambulanzschwester übernommen werden (Bestandsmeldung, Krankenscheinanforderung, Urlaubsmeldungen für Patienten usw.), erscheinen aufwendig, da sie eine Doppelarbeit bedeuten. Alle Angaben müssen dafür von den Pflegeeinheiten erst geliefert werden und könnten somit den wesentlich kürzeren, den direkten Weg zur Verwaltung gehen. In der Ambulanzabteilung sind ein Arzt, eine Schwester und eine Schreibkraft eingesetzt. Diese Besetzung ist auch unter der Berücksichtigung der derzeitigen Nebenaufgaben der genannten Personen noch als reichlich anzusehen.

Neben der ärztlichen Tätigkeit fallen Aufgaben im Rahmen der Patientenaufnahme und der Betreuung der ambulanten Patienten einschließlich der dafür notwendigen Abrechnungsarbeiten [1]) in einem Umfang an, die maximal nur eine Person auslasten. Ob diese Person eine Krankenschwester mit Schreibkenntnissen oder eine Schreibkraft mit Pflegekenntnissen (z. B. Arzthelferin, Sprechstundenhilfe) sein soll, ist durch die Krankenhausleitung zu entscheiden. Die Alternativlösung wäre eine Beibehaltung der vorhandenen Besetzung und die Übertragung zusätzlicher Aufgaben auf die beiden Personen. Dafür ist allerdings die Tätigkeit der Schwester als stellvertretende Oberschwester nicht geeignet, da diese zukünftig entfällt.

3.8 Arzneimittelausgabestelle

Die Arzneimittelausgabestelle wird von einem Pfleger geführt. Die Fachaufsicht ist einem Arzt übertragen. Die Ausgabestelle ist der Zentralapotheke des PLK Wiesloch angeschlossen.

Die Opiate, Arzneimittel und der medizinische Sachbedarf können von den Stationen täglich über ein Anforderungsbuch (Kladde) mit Unterschrift des Stationsarztes angefordert werden. Einige wenige Artikel werden nur einmal wöchentlich ausgegeben.

Es wird zu einiger Arbeitsentlastung in der Arzneimittelausgabestelle beitragen, wenn die Ausgabe der Artikel nur dreimal wöchentlich erfolgt. Die zwei verbleibenden Tage können dann ungestört durch Ausgabetätigkeit für Sortierungs-, Verwaltungs- und Bestellarbeiten eingesetzt werden. Nur in wenigen Ausnahmefällen wird eine sofortige Belieferung einer Station mit einem Spezialmedikament erforderlich werden, der trotzdem noch nachgekommen werden kann.

Die Bestellung sollte zukünftig in einem Durchschreibebuch erfolgen. Das Original verbleibt anschließend in der Ausgabestelle als Beleg und zur weiteren Auswertung. Die Durchschrift geht als Lieferschein zurück zur Station.

Die Bestellung von Opiaten, Arzneimitteln und medizinischem Sachbedarf sollte in getrennten Büchern erfolgen, um den Verbrauch besser erfassen zu können. Eine Auswertung der Lieferungen an die einzelnen Pflegeeinheiten nach Art, Menge und die Ermittlung der Kosten je Pflegetag, erlaubt eine gute Überwachung und gegebenenfalls eine Steuerung des Arzneimittelverbrauchs.

Die Ergebnisse der Ermittlungen, besonders die Ausgaben je Pflegetag und Station, sollten außer dem Ärztlichen Direktor auch den verordnenden Ärzten und der verantwortlichen Pflegekraft bekanntgegeben werden.

Die vierteljährliche Überprüfung des Bestandes auf den Stationen durch den Stationsarzt mit der verantwortlichen Pflegekraft ist zu begrüßen, ebenfalls die Tatsache, daß bei dieser Gelegenheit aussortierte Artikel zur Ausgabestelle zurückgegeben werden.

---

[1]) die eigentlich Aufgabe der Sekretärin des Chefarztes oder der Verwaltung (je nach Abrechnungsmodus) wären.

Es wird jedoch angeraten, diese Kontrolle durch den „Apothekenpfleger" oder zumindest in seiner Anwesenheit durchzuführen, da dann eine noch bessere Gewähr für eine Überwachung der Vorratshaltung der Pflegeeinheiten gegeben ist.

Die Bestellung von Apothekenwaren in Wiesloch ist nur vierwöchentlich möglich wegen angeblicher Arbeitsbelastung des dortigen Personals. Eiligere Zwischenbestellungen oder die Anfertigung von Rezepten übernimmt die Ortsapotheke.

Die Begründung für die großen Lieferabstände erscheint nicht ganz stichhaltig und läßt auch keinen Vergleich mit anderen Krankenhäusern ähnlicher Zentralversorgung zu. Es wird empfohlen, mit dem PLK Wiesloch dahin gehend übereinzukommen, daß wöchentliche Lieferungen vereinbart werden, um einerseits die Vorratshaltung reduzieren zu können und andererseits die Möglichkeit zu erhalten, alle Artikel zu den günstigsten Einkaufskonditionen zu beziehen.

Die Personalbesetzung ist der Größe des Krankenhauses entsprechend angemessen.

4 Wirtschaftlicher Versorgungsbereich

4.1 Wirtschaftsverwaltung

4.1.1 Einkauf und Lagerhaltung

Mit Ausnahme des medizinischen Sachbedarfs und der Artikel des technischen Dienstes werden alle Gegenstände des täglichen Bedarfes im Landeskrankenhaus zentral eingekauft. Der Zentraleinkauf wird von dem stellvertretenden Verwaltungsleiter wahrgenommen.

Die Lagerung aller Gegenstände (ausgenommen medizinischer Sachbedarf und Lebensmittel) erfolgt ebenfalls zentral im Wäschereigebäude. Die Ausgabe an die Leistungsstellen erfolgt einmal monatlich. Es wird eine Lagerbestandskartei geführt, in der Zugänge und Abgänge festgehalten werden. Für die Lagerverwaltung ist eine Vollkraft eingesetzt. Zentraleinkauf und Zentrallager entsprechen modernen Organisationsformen und bedürfen organisatorisch und personell keiner Änderung.

4.1.2 Inventarverwaltung

In der Inventarverwaltung wird für jeden Artikel eine Inventarkarte angelegt. Die Inventarisierungsgrenze liegt derzeit bei 20 DM Anschaffungswert und einer Nutzungsdauer von drei Jahren. Abschreibungen werden nicht vorgenommen; ebenso werden keinerlei Veränderungen (Abmeldungen, Standortveränderungen etc.) oder sonstige Daten (Instandhaltungen, Reparaturen etc.) auf der Karte eingetragen. Eine Inventur wird ebenfalls nicht durchgeführt.

Eine Inventarverwaltung in dieser Form ist im Grunde sinnlos, da sie ihre eigentlichen Funktionen in keiner Weise erfüllt.

Es wird empfohlen, aufbauend auf den vorhandenen Inventarkarten, die Inventarverwaltung nach folgenden Grundsätzen durchzuführen:

Die Inventarisierungsgrenze liegt bei 50 DM und einer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren. Artikel unter dieser Grenze sind nur dann zu inventarisieren, wenn sie ein Zubehör zu einem nachweispflichtigen Gut sind oder zu einer Gesamtheit gehören, die einheitlich nachzuweisen ist (z. B. Werkzeugsätze, Bettwäsche, Geschirr usw.). Veränderungen werden mindestens einmal jährlich im Zusammenhang mit der ebenfalls jährlich durchzuführenden Inventur nachgewiesen.

Diese Inventarkarten sind Grundlage für die kalkulatorischen Abschreibungen. Falls erforderlich, können sie ebenfalls als Basis zur Überwachung von Wartungs- und Instandhaltungsintervallen dienen. Die Karten der dafür in Frage kommenden Anlagegüter sind besonders gekennzeichnet.

Eine derart geführte Inventarverwaltung wird im Gegensatz zur derzeitigen Regelung allen Anforderungen gerecht. [1])

4.2 Küche

Einrichtung und Ausstattung

Die Küche ist innerhalb des Krankenhausgeländes in einem seraparten Gebäude untergebracht. Der gesamte Küchenbereich einschließlich der Lagermöglichkeiten ist flächenmäßig mittlerweile zu klein, da er bei Inbetriebnahme vor 70 Jahren auf eine wesentlich niedrigere Verpflegungsteilnehmerzahl, als sie heute erreicht ist, ausgelegt wurde. In ihrem baulichen Zustand entspricht die Küche nicht mehr den Anforderungen, die an eine hygienisch einwandfreie, wirtschaftliche und zweckmäßige Speisenversorgung gestellt werden müssen. Die Be- und Entlüftungsmöglichkeiten sind schlecht, was zur Folge hat, daß Decken und Wände durch Dunstniederschlag unansehnlich und stellenweise fast schwarz sind. Des weiteren ist durch den ständigen Dunstniederschlag ein Abbröckeln des Putzes festzustellen. Das Küchenpersonal ist durch diese schlechten klimatischen Verhältnisse erschwerten und im Sommer unzumutbaren Arbeitsbedingungen ausgesetzt.

Es ist aus hygienischen Gründen nicht mehr vertretbar, die Küche in ihrem jetzigen Zustand zu belassen. Eine Renovierung wird dringend angeraten.

Die Küche ist mit Geräten ausgestattet, die zum größten Teil völlig überaltert sind (über 20 Jahre alt). Anstelle eines zur Zeit als Arbeits- und Abstellfläche genutzten großen Kombinationsherdes soll in absehbarer Zeit ein Bratautomat installiert werden.

Es ist erforderlich, die dadurch wegfallende Arbeits- und Abstellfläche anderweitig wieder zu beschaffen, da sie bei den Portionierungsarbeiten benötigt wird. Die Kochkesselkapazität beträgt insgesamt 1 760 Liter. Damit ist die Leistungsfähigkeit der Küche auf täglich ca. 1 000 Portionen begrenzt.

Im Vorbereitungsbereich (Schälküche) ist lediglich eine Gemüseschneidemaschine eingesetzt. Alle an-

[1]) Weitere Einzelheiten siehe Anlage- und Lagerrechnung im Krankenhaus, herausgegeben von der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e. V., Detmold, 1972.

deren Vorbereitungsarbeiten, wie Gemüsewaschen, Kartoffelschälen und -waschen, werden manuell von Patienten durchgeführt.

Es wird vorgeschlagen, in diesem Bereich eine Kartoffelschälmaschine einzusetzen, um die hier beschäftigten Patienten einer anderweitigen, sinnvollen und dem Krankheitsstand entsprechenden Arbeitstherapie zuzuführen.

Die im Küchengebäude vorhandenen Sozialräume für das Personal sind unzureichend.

Es gibt einen kleinen Frühstücksraum, einen Aufenthaltsraum, lediglich drei Toiletten, nur zwei Handwaschbecken, wovon eins im Hauptküchenbereich installiert ist. Für das im Küchengebäude wohnende Küchenpersonal ist ein Bad vorhanden. Eine grundlegende Änderung der Gesamtsituation in der Küche kann nur durch Erstellung eines neuen Küchengebäudes erreicht werden. Dieser Neubau ist geplant und soll nach Angabe der Verwaltungsleitung frühestens 1978 in Betrieb genommen werden.

Bei Inbetriebnahme dieses Neubaues soll die Speisenverteilung auf das Tablettsystem umgestellt werden.

Leistungen der Küche und Standard der Speisenversorgung.

Täglich werden durchschnittlich 870 Personen verpflegt. Hiervon entfallen 730 Portionen auf Patienten und 140 Portionen auf Mitarbeiter. Der Anteil der Diätkost liegt mit 55 Portionen bei etwa 7,5 % der Gesamtverpflegung. Gemessen an der Gesamtzahl der Verpflegungsteilnehmer erscheint der Diätanteil vergleichsweise niedrig.

Täglich werden drei Mahlzeiten ausgegeben. Abends wird grundsätzlich Kaltverpflegung gereicht.

Der Speisenplan wird jeweils für eine Woche von der Küchenleiterin aufgestellt und in einer Menükonferenz besprochen. An dieser Menükonferenz nehmen ein Arzt, die Küchenleiterin, der stellvertretende Verwaltungsleiter sowie ein Mitarbeiter aus der Lebensmittelverwaltung teil. Der Speisenplan ist abwechslungsreich gestaltet. Es wird großer Wert darauf gelegt, daß sich die Gerichte nur in großen Zeitabständen wiederholen.

Es wird eine Grundkost hergestellt, von der die Schonkost und die einfachen Diäten abgeleitet werden können. Für selbstzahlende Patienten wird keine gesonderte Kost hergestellt. Für diese Patienten wird die Verpflegung auf den Stationen durch Beilagen ergänzt.

Personaleinsatz

Der gesamte Küchenbereich steht unter der Leitung einer Wirtschaftsleiterin. Einschließlich der Leiterin sind in der Küche 16,5 Vollkräfte beschäftigt. In dieser Zahl sind zwei ehemalige Patienten enthalten, die als vollwertige Arbeitskräfte gerechnet werden können. Im Rahmen der Arbeitstherapie sind in der Küche und Spülküche drei Patienten ganztags und in der Schälküche sechs Patienten halbtags eingesetzt.

Eine Beurteilung des Personaleinsatzes gestaltet sich durch die Mithilfe der Patienten schwierig. Wenn man unterstellt, daß die in der Küche eingesetzten Patienten als je eine halbe Arbeitskraft gerechnet werden können, erhöht sich die Zahl der in der Küche eingesetzten Arbeitskräfte auf 19,5. Bei der durchschnittlichen Verpflegungsteilnehmerzahl von 870 ergibt sich somit eine Pro-Kopf-Leistung je Beschäftigten von ca. 44 Portionen täglich. Dieser Wert kann als sehr gut bezeichnet werden (Vergleichswert 1:35). Unterstellt man, daß die Patienten als vollwertige Arbeitskräfte angesehen oder durch Personal des Arbeitsmarktes ersetzt werden, ergibt sich eine Pro-Kopf-Leistung von ca. 38 Portionen täglich. Auch dieser Wert ist überdurchschnittlich gut. Die sehr günstige Personalbesetzung ist begründet in einer straffen Arbeitsablauforganisation im Küchenbereich. — Über die üblichen Küchenarbeiten hinaus ist das Personal mit der Reinigung des gesamten Küchengebäudes (einschließlich Fensterreinigung) betraut. Die Fenster im Hauptküchenbereich sind hiervon ausgenommen.

Patienteneinsatz

Im gesamten Küchenbereich sind insgesamt neun Patienten eingesetzt.

Es wird empfohlen, zusätzlich 4,5 freie Arbeitskräfte zu beschäftigen und die dort tätigen Patienten einer anderen Arbeitstherapie zuzuführen, die sinnvoll in die ärztlichen und psychologischen Behandlungsmaßnahmen eingegliedert ist und eher den Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt entspricht.

Dienstplangestaltung

Das Personal arbeitet täglich von 6.30 Uhr bis 16.30 Uhr, abzüglich 1,5 Stunden Pause und erhält innerhalb von zwei Wochen 3,5 Tage frei. Somit wird eine wöchentliche Arbeitszeit von 45 Stunden erreicht.

Zur Erreichung der tariflich vereinbarten 42-Stunden-Woche wird vorgeschlagen, die Anzahl der freien Tage von 3,5 auf 4,0 zu erhöhen. Weiterhin sollte der Dienstschluß vor den freien Tagen um eine Stunde vorverlegt werden. Somit ist die Mehrarbeitszeit von vierzehntägig sechs Stunden abgebaut. Es wird ferner darauf hingewiesen, daß ab 1. Oktober 1974 die 40-Stunden-Woche tariflich vorgeschrieben ist.

Speisenanforderung und Mengendisposition

Das System der Speisenanforderung bedarf keiner Änderung. Aufgrund der Speisenanforderung der Stationen wird von der Küchenleiterin der Gesamtbedarf an Rohlebensmitteln ermittelt und im Lebensmittellager abgerufen. Die Anzahl der täglich herzustellenden Speisen wird, unterteilt nach Kostformen und Stationen, in der Küche auf einer gut sichtbar angebrachten Tafel notiert. Diese Tafel dient als Richtlinie für die Bemessung der Sammelportionen für die Stationen.

Es wird vorgeschlagen, für eine exakte Portionierung am Kochkessel während der Speisenausgabe

sogenannte Schöpflisten zu verwenden (siehe Muster in der Anlage). In diesen sind für das Hilfspersonal die Portionen je Station und Kostform in Schöpfkellen umgerechnet und erleichtern damit die Übersicht über die auszugebenden Mengen erheblich. Durch eine exakte Portionierung wird gleichzeitig erreicht, die Speisenabfälle auf ein Minimum zu reduzieren.

Speisenverteilung in der Küche

Der Arbeitsablauf im Zubereitungsbereich ist so organisiert, daß die Speisen gegen 9.45 Uhr fertig gekocht und gegart sind. Ab 10.00 Uhr werden die Speisen in nicht isolierte Transportgefäße umgefüllt. Diese Transportgefäße werden dann durch einen LKW zu den Stationen transportiert. Der Transport erstreckt sich bis etwa 12.00 Uhr.

Die lange Zeit zwischen Garzeitpunkt und Ausgabe der Speisen und das damit verbundene Warmhalten und Aufwärmen bewirken einen Abfall der Nährstoffe und Vitamine und beeinflussen Aussehen und Schmackhaftigkeit der Gerichte.

Zur Verbesserung wird folgendes vorgeschlagen:

In der Küche ist, soweit es sich mit der jetzigen Kochkesselbestückung ermöglichen läßt, ein gestaffeltes Kochen einzuführen. Das bedeutet, daß die Speisen, in mehrere Großportionen aufgeteilt, nacheinander fertiggestellt werden. Damit wird erreicht, daß die zeitliche Differenz zwischen Garzeitpunkt und Ausgabe fast völlig aufgehoben wird. Die durch längeres Warmhalten entstehenden Temperaturverluste entfallen und Qualitätsverluste können auf ein Minimum gesenkt werden.

Beim Bau der neuen Küche ist darauf zu achten, daß Kochgruppen mit kleineren Kochkesseleinheiten installiert werden.

Der Speisentransport sollte in wärmeisolierenden Behältern durchgeführt werden.

Weiterhin wird angeraten, beim Speisentransport ein zweites Fahrzeug einzusetzen. Dadurch wird die Gesamttransportzeit erheblich verkürzt, die Speisen können zu einem späteren Zeitpunkt fertiggestellt und ohne große Zeit- und Temperaturverluste (dadurch minimale Verluste an Nährwerten) zum Patienten transportiert werden.

Speisenverteilung auf den Stationen

Die Speisen werden durch einen LKW zu den verschiedenen Häusern transportiert. Bei einigen Häusern sind in der Außenwand Röllchenbahnen angebracht, die die Übergabe der Transportbehälter vom LKW in die Verteilerküche sehr erleichtern.

Da sich diese Einrichtung als sehr praktisch erwiesen hat, sollten bei künftigen Renovierungen alle Häuser, sofern dies bautechnisch durchführbar ist, mit Röllchenbahnen versehen werden.

Die Speisenverteilung auf den Stationen wird sehr unterschiedlich durchgeführt und ist im folgenden bei einigen Stationen beschrieben.

Speisenverteilung auf der Station M 2

Auf dieser Station ist Essenbeginn um 11.00 Uhr. Die Patienten sitzen in Gruppen zwischen vier und acht Personen an Resopaltischen und nehmen ihr Essen aus dreigeteilten Tellern ein. An die Patienten sind Servietten ausgegeben. In der Stationsküche werden die Speisen in Schüsseln umgefüllt; diese Schüsseln werden auf den Tischen serviert. Die Anlieferung des Essens erfolgt gegen 10.45 Uhr, eine Warmhaltung des Essens ist nach Angabe der Stationsleitung nicht erforderlich.

Speisenverteilung auf der Station M 4

Die Anlieferung der Speisen erfolgt um 11.15 Uhr. Ausgabe und Beginn des Mittagessens liegen bei 11.30 Uhr. Das Warmhalten des Essens ist auch hier nicht erforderlich. Die Portionierung erfolgt wie auf Station M 2 in Schüsseln. Das Essen wird in Gruppen im Speisesaal eingenommen, jedoch nicht aus dreigeteilten Tellern, sondern aus Suppentellern. Es sind zwar dreigeteilte Teller vorhanden, die jedoch nicht eingesetzt werden, da durch eine notwendige Suppenschale ein zusätzlicher Spülaufwand erforderlich ist. Im Gegensatz zu M 2 erhalten die Patienten auf M 4 keine Servietten.

Speisenverteilung auf der Station A 3

Es erfolgt in der Küche Einzelportionierung auf dreigeteilte Teller. Die Patienten stehen am Ausgabeschalter Schlange, erhalten erst ihre Suppe, gehen mit ihrer Suppenterrine an ihren Tisch, essen die Suppe, stehen auf und holen sich anschließend ihre Hauptmahlzeit ab. Die Tische sind mit Wachstüchern gedeckt. Servietten sind nicht vorhanden. Durch das Selbstbedienen und das Anstehen am Ausgabeschalter der zwischen Küche und Speiseraum angebracht ist, entsteht große Unruhe während der Mittagsmahlzeit.

Speisenverteilung auf der Station A 5

Die Portionierung erfolgt in Schüsseln, es werden dreigeteilte Teller benutzt. Das Mittagessen wird an Sechser-Tischen eingenommen. Im Gegensatz zu Station A 3 verläuft hier durch die Sammelportionierung pro Sechser-Tisch die Speiseneinnahme wesentlich ruhiger.

Speisenverteilung auf der Station A 6

Mit Ausnahme von Salaten erfolgt in der Stationsküche Einzelportionierung in dreigeteilten Tellern. Die Teller werden den Patienten an den Tisch gebracht. An Wochenenden wird auch der Salat einzelportioniert. Die Anlieferung des Essens erfolgt um 11.30 Uhr, die Ausgabe beginnt um 11.45 Uhr. Nach Aussage des Stationspersonals muß häufig das Fleisch aufgewärmt werden.

Um bei der Speisenverteilung innerhalb des gesamten Krankenhauses zu einem einheitlichen Standard zu kommen, wird empfohlen, wie folgt zu verfahren:

Gehfähige Patienten sollen in Gruppen zwischen vier und acht Personen an mit Tischtüchern gedeck-

ten Tischen ihre Mahlzeiten einnehmen. Als Geschirr werden Suppenteller sowie dreigeteilte Teller verwendet. In der Stationsküche werden die Speisen aus den Transportgefäßen in Schüsseln umgefüllt, die auf den Tischen serviert werden. Für jeden Patienten ist eine Papierserviette gedeckt.

Das Anstehen der Patienten vor dem Ausgabeschalter der Stationsküche ist zu vermeiden, da dadurch große Unruhe während der Esseneinnahme hervorgerufen wird.

Bei künftigen Renovierungsarbeiten in den Patientenhäusern sollte angestrebt werden, die Raumaufteilung dergestalt vorzunehmen, daß der Speiseraum nicht zugleich der einzige Aufenthaltsraum ist. Zur Zeit wird den Patienten durch die notwendigen Vor- und Nachbereitungsarbeiten für die Mahlzeiten die Möglichkeit des ungezwungenen Aufenthaltes entzogen.

Von der Küche wird der Tee gesüßt angeliefert. Es wird vorgeschlagen, den Tee ungesüßt bereitzustellen, damit jeder Patient sein Getränkt individuell zubereiten kann.

Speisenabfälle

Über die Menge der täglichen Speisenabfälle konnten keine Auskünfte gegeben werden.

Es wird empfohlen, über einen längeren Zeitraum die täglichen Abfallmengen zu erfassen. Je Verpflegungstag sollten nicht mehr als 0,3 bis 0,5 l Speisenabfall entstehen. Ein höherer Wert läßt auf ungenaue Portionierung in der Küche schließen.

Personalverpflegung

Für die Verpflegung des Personals steht eine Cafeteria im Selbstbedienungssystem zur Verfügung, in der Frühstück, Mittag- und Abendessen eingenommen werden können.

Täglich nehmen zur Zeit etwa 130 Beschäftigte an der Mittagsverpflegung teil, die Beteiligung am Frühstück und Abendessen liegt etwa bei jeweils 50 Personen.

Im Hinblick auf die Gesamtpersonalzahl von 415 und die vergleichsweise geringe Zahl der Verpflegungsteilnehmer erscheint es rastam, sich durch Kontrollen auf den Stationen davon zu überzeugen, daß dort keine Mahlzeiten von Beschäftigten eingenommen werden.

Für jeden Verpflegungsteilnehmer liegt in der Cafeteria eine Karte aus, in welche er seine Essenteilnahme für den kommenden Tag markieren muß. Diese Karte soll zunächst der Küche als Dispositionsgrundlage für die Mengenberechnung des nächsten Tages dienen und ist weiterhin für die Personalabteilung Grundlage zur Einbehaltung der Verpflegungskosten vom Gehalt.

Es wird vorgeschlagen, die Bezahlung der Personalverpflegung nicht mehr über das umständliche Lohnabzugsverfahren durchzuführen, sondern auf Barzahlung in der Cafeteria umzustellen. Dadurch kann ein großer Teil der jetzt von der Verwaltung zu leistenden Schreibarbeit entfallen.

Nach Aussage der Küchenleitung wird auf die Karten als Dispositionsgrundlage kein Wert gelegt. Die Mengenberechnung erfolgt nach Erfahrungswerten.

Es ist demnach nicht mehr erforderlich, für jeden Verpflegungsteilnehmer eine Karte bereitzuhalten, was zu einem flüssigeren Ablauf bei der Essensausgabe beiträgt.

Die Personalbesetzung der Cafeteria mit vier Vollkräften kann als angemessen angesehen werden.

4.3 Wäscheversorgung

Einrichtung und Ausstattung

Die Wäscherei befindet sich in einem im Jahr 1964 erstellten Gebäude. Die maschinelle Ausstattung stammt aus demselben Jahr.

Die Maschinenkapazität liegt bei insgesamt 270 kg Trockenwäsche und verteilt sich auf vier Waschschleudermaschinen (Fassungsvermögen: 90 kg, 90 kg, 55 kg, 35 kg). Mit dieser Waschmaschinenkapazität ist die Wäscherei in der Lage, zusätzlichen Wäscheanfall aufzufangen.

Die notwendige exakte Trennung in reine und unreine Seite ist aufgrund der Maschinenkonzeption jedoch nicht möglich, da es sich um Maschinen handelt, deren Eingabe und Ausgabe an derselben Stelle angeordnet sind.

Weiterhin sind ein Trockner, zwei Pressen und eine Einmuldenmangel vorhanden.

Alle Maschinen befinden sich in gutem Zustand. Es ist vorgesehen, den Maschinenpark noch um eine Kranschleuder sowie eine Zweimuldenmangel mit Eingabe- und Faltwerk zu erweitern.

Leistungen der Wäscherei

Arbeitstäglich fallen etwa 980 kg Schmutzwäsche an, das sind im Jahr ca. 245 000 kg. Umgerechnet auf einen Pflegetag ergibt sich ein Wäscheanfall von 0,8 kg. Dieser Wert ist vergleichsweise sehr niedrig. Der Verbrauch in psychiatrischen Krankenhäusern liegt durchschnittlich bei 1,3 kg je Pflegetag.

Die Begründung liegt in dem relativ niedrigen Standard der Wäscheversorgung. Um diesen zu verbessern, wird vorgeschlagen, bei Liegendkranken die Bettwäsche wöchentlich, bei Aufstehpatienten 14täglich zu wechseln. Nach Installation der Zweimuldenmangel ist die Wäscherei ohne weiteres in der Lage, diesen erhöhten Wäscheanfall zu bearbeiten.

Arbeitsablauf beim Wäschetausch

Die Schmutzwäsche wird unsortiert in Textilsäcken durch den Fahrdienst in der Wäscherei angeliefert. Die Stationen wechseln die Wäsche gestaffelt, d. h., daß die Wäscherei — abgesehen vom Wäscheanfall an den Wochenenden — gleichmäßig ausgelastet ist.

Da in den Stationen fahrbare Wäschesammler zum Aufnehmen von mehreren Wäschesäcken vorhanden sind, ist es dem Pflegepersonal zuzumuten, zur Erleichterung der Arbeit in der Wäscherei beim Ab-

wurf der Schmutzwäscheteile in die Säcke gleich eine Vorsortierung vorzunehmen (z. B. nach großen und kleinen Teilen oder stark verschmutzter Wäsche). Die Art der Vorsortierung muß mit der Wäscherei abgestimmt werden.

Die Bettwäsche ist stationsweise gezeichnet, die persönliche Wäsche der Patienten ist nur mit dem jeweiligen Namen versehen. Die Sortierarbeit ist dadurch erschwert, da immer erst festgestellt werden muß, auf welchen Stationen sich die Patienten befinden.

Um die Sortierarbeit bei der gereinigten Patientenwäsche zu vereinfachen, wird angeraten, vor die Patientennummern auch die Stationsbezeichnung in den Wäscheteilen anzubringen, um ein schnelleres Sortieren zu ermöglichen. Für die Bettwäsche kann die Zeichnung zukünftig entfallen. Es ist absolut ohne Belang, welche Station die Wäschestücke vorher benutzt hat. Für die Stationen hat nur Bedeutung, daß sie jederzeit ausreichend mit Wäsche versorgt werden. Zu diesem Zweck können zweimal wöchentlich die erforderlichen Wäscheteile nach Art und Zahl angefordert werden. — Kann diesem Vorschlag gefolgt werden, ist es möglich, in der Wäscherei den ganzen Sortiervorgang nach Pflegeeinheiten einzusparen.

Personaleinsatz

Die Wäscherei sowie die Mangel- und Bügelstube unterstehen je einer eigenen Leitung.

Auf Sicht sollte angestrebt werden, beide Bereiche unter *einer* Leitung zu führen, um zu einer einheitlichen und einfacheren Personaldisposition zu kommen.

Im Naßbereich der Wäscherei arbeiten einschließlich des Wäschereileiters 2,5 Vollkräfte, im Mangel- und Bügelbereich sind 10 Vollkräfte eingesetzt. Darüber hinaus sind im Mangel- und Bügelbereich 17 Patienten beschäftigt. Bezogen auf die täglich anfallende Schmutzwäschemenge wird von dem Personal der Wäscherei, der Mangel- und Bügelstube eine Pro-Kopf-Leistung von 78 kg erzielt (ohne Berücksichtigung der Patienten). Dieser Wert liegt im Rahmen vergleichbarer Krankenhauswäschereien und kann als angemessen betrachtet werden.

Patienteneinsatz

Durch den Einsatz moderner Maschinen im Trokkenbereich ist es möglich, die dort tätigen Patienten in einem anderen Bereich gezielter zu beschäftigen. Dafür erforderlich werden eine Zweimuldenmangel (wie bereits von der Krankenhausleitung geplant) sowie zusätzliche Pressen (Kittel-, Kragenpressen) und ein Kittel-Falt-Automat.

Dienstplangestaltung

Wäscherei, Mangel- und Bügelstube arbeiten im Rahmen der 42-Stunden-Woche. Die Arbeitszeit erstreckt sich von montags bis donnerstags von 7.00 Uhr bis 16.30 Uhr, freitags bis 16.15 Uhr. — Die Dienstplangestaltung bedarf keiner Änderung. Es wird jedoch auch hier darauf hingewiesen, daß ab 1. Oktober 1974 die tariflich festgelegte 40-Stunden-Woche gilt.

Näherei

Die Näherei ist der Wäscherei angegliedert. Es werden dort Wäschereparaturen sowie Neuanfertigungen (Bettwäsche, Vorhänge, Tischtücher, Patientenkleider) durchgeführt. In der Näherei sind vier Vollkräfte beschäftigt, außerdem sind dort zehn Patienten eingesetzt.

Sofern die Näherei nicht als arbeits- und beschäftigungstherapeutischer Arbeitsplatz von Bedeutung ist, sollte die Neuanfertigung nur auf wenige Spezialanfertigungen beschränkt sein, da die Erfahrung zeigt, daß konfektionierte Wäsche preisgünstiger zu beschaffen ist. Reparaturarbeiten sollten nur so lange ausgeführt werden, wie die Lohnkosten den Neuwert eines Stückes nicht übersteigen.

Die Personalbesetzung in der Näherei sollte auf zwei Vollkräfte reduziert werden.

Schneiderei

Die Schneiderei ist ebenso wie die Näherei mit der Herstellung und Reparatur von Bekleidungsstücken betraut.

Personell ist die Schneiderei mit einem ganztägig beschäftigten Schneidermeister besetzt. Patienten sind hier nicht eingesetzt.

Bei Ausscheiden des jetzigen Schneidermeisters sollte die Stelle nicht wieder besetzt werden, da konfektionierte Bekleidungsstücke preisgünstiger zu beschaffen sind. Anfallende Reparaturen sollten an Fremdunternehmen vergeben werden, soweit sie nicht von der Näherei durchgeführt werden können.

4.4 Stations- und Hausdienst

Der Stations- und Reinigungsdienst im Landeskrankenhaus ist dezentral organisiert. In den Stationen des Pflegebereichs sowie in den Leistungsstellen des Untersuchungs- und Behandlungsbereiches sind hauswirtschaftliche Hilfskräfte sowie Patienten eingesetzt. Zu ihren Aufgaben zählen allgemeine Reinigungsarbeiten (Bodenreinigung, Geschirrspülarbeiten etc.) sowie Mithilfe bei der Speisenverteilung im Pflegebereich.

Nach den vorliegenden Unterlagen sind im Stations- und Hausdienst 18 Vollbeschäftigte und 12 Teilzeitbeschäftigte tätig. Darüber hinaus besteht ein Reinigungstrupp mit 5 Vollkräften, der zur Reinigung des Untersuchungs- und Behandlungsbereiches sowie der Verwaltung eingesetzt ist.

Dienstplangestaltung

Die wöchentliche Arbeitszeit ist auf 44 Stunden ausgelegt.

Es wird darauf hingewiesen, daß die tariflich vereinbarte Wochenarbeitszeit zur Zeit 42 Stunden beträgt und ab 1. Oktober 1974 auf 40 Stunden festgelegt ist. Die Arbeitszeit des hauswirtschaftlichen Personals muß dementsprechend geändert werden.

Auch im Stations- und Hausdienst sollen zukünftig keine Patienten mehr zur Arbeit herangezogen werden, sondern diese Tätigkeiten sollen ausschließlich von festangestellten Mitarbeitern verrichtet werden. Diese Forderung ist grundsätzlich sinnvoll und medizinisch berechtigt, wie weit sie aber auch in Fällen einzelner Patienten anwendbar ist (z. B. Patienten mit langjähriger Verweildauer), kann hier nicht beurteilt werden.

Wird auf die Mitarbeit der Patienten künftig verzichtet, ist eine Organisation des Stations- und Hausdienstes in Form eines zentralen Reinigungsdienstes anzuraten. Durch eine zentrale Steuerung des Reinigungsdienstes läßt sich im Landeskrankenhaus ein einheitlicher Standard in der Reinigung erzielen. Gleichzeitig ist eine zentrale Putzmittelausgabe möglich, die über eine genaue Verbrauchskontrolle zu Einsparungen führen kann.

Das gesamte hauswirtschaftliche Personal, das mit Reinigungs- und Spülarbeiten beschäftigt ist, wird einer zentralen Leitung unterstellt, die von einer fachlich qualifizierten Kraft ausgeübt wird (Hauswirtschaftsleiterin). Diese ist für den Arbeitseinsatz und die Arbeitsausführung verantwortlich.

Die Reinigungskräfte bleiben auf den Stationen, auf denen sie eingearbeitet sind. Patienten werden nur in Ausnahmefällen geringfügig zur Mithilfe bei den Spülarbeiten eingesetzt, die zukünftig möglichst mit elektrischen Spülmaschinen vorgenommen werden sollten.

Für die Durchführung der Reinigungsarbeiten nach modernen Verfahren (Feuchtwischmethode) sind dem Personal moderne arbeitserleichternde Geräte und Maschinen zur Verfügung zu stellen. Durch Einführung solcher Hilfsmittel ist eine höhere Leistung des einzelnen Mitarbeiters zu erzielen.

Bei Einsatz arbeitserleichternder Geräte kann davon ausgegangen werden, daß eine vollbeschäftigte Arbeitskraft in der Lage ist, täglich 1 000 qm Bodenfläche zu reinigen. In dieser Zahl sind auch die mit der täglichen Reinigung verbundenen Nebenarbeiten (Waschbecken säubern, Papierkörbe leeren etc.) enthalten.

5 Technischer Versorgungsbereich

5.1 Instandhaltungsdienst und Fuhrpark

Aufgaben

Der Instandhaltungsdienst und der Fuhrpark stehen unter der Aufsicht und Disposition eines technischen Leiters. Dem Instandhaltungsdienst obliegt die Wartung und Instandhaltung der technischen Anlagen, der Gebäude, des Straßennetzes sowie die Überwachung der Energieversorgung. Zu den Aufgaben des Fuhrparks gehört die Durchführung des Fahrdienstes und der Personen- und Materialtransport innerhalb und außerhalb des Krankenhausgeländes.

Für die Unterbringung und zweckmäßige Pflege und Wartung der Fahrzeuge des Fuhrparks ist es erforderlich, ein massivgebautes Garagengebäude zu errichten. Zur Zeit werden die Fahrzeuge in einem Holzschuppen untergebracht, was den gesetzlichen Vorschriften widerspricht.

Leistungsanforderung

Reparaturanforderungen werden auf einem Bestellzettel in der Regel über die Verwaltung an den technischen Leiter weitergeleitet, der die auszuführenden Arbeiten und den Handwerkereinsatz entsprechend disponiert. Der zur Durchführung der Reparatur erforderliche Zeit- und Materialaufwand wird nicht festgehalten.

Zur Vereinfachung der Reparaturanforderungen und besseren Kontrolle der ausgeführten Arbeiten wird folgendes empfohlen:

Anfallende Reparaturen werden von den betreffenden Betriebsstellen mit Vordruck (siehe Anlage) angefordert. Diese Schadensmeldungen, die Leistungsstelle, Datum und Schadensart enthalten müssen, werden direkt dem technischen Leiter zugestellt. Dieser trägt die laufende Auftragsnummer ein und gibt die Schadensmeldung an den zuständigen Handwerker. Der Handwerker trägt den Zeit- und Materialverbrauch ein, läßt die Arbeitsdurchführung von dem Verantwortlichen der Betriebsstelle bestätigen und gibt das Formular an den technischen Leiter zurück. Jeder Handwerker führt außerdem einen Wochenarbeitszettel (tägliche Arbeitsstunden, Art der Arbeit), der vom technischen Leiter kontrolliert, abgezeichnet und wöchentlich an die Verwaltung weitergegeben wird.

Durch die Eintragung der aufgewendeten Arbeitsstunden und des Materialverbrauchs wird eine genaue Errechnung der Kosten für einzelne Reparaturen, Instandhaltungs- und Wartungsarbeiten und damit ein Kostenvergleich mit Arbeiten von Fremdfirmen möglich.

Arbeitsdisposition

Es empfiehlt sich weiter die Einführung einer festen Ordnung der Wartungs- und Reparaturarbeiten. Der Überwachungs- und Wartungsdienst, die allgemeinen Schönheitsreparaturen und die routinemäßigen, periodischen Instandhaltungsarbeiten lassen sich im voraus disponieren. Als Hilfsmittel für Disposition und Kontrolle empfiehlt sich eine Wartungskartei (siehe Muster in der Anlage), die Auskunft über jede im Betrieb befindliche Maschine oder technische Einrichtung und die dafür notwendige Wartung und Überwachung gibt. Auf der Vorderseite sind einzutragen: Bezeichnung des Gegenstandes, Standort, Anschaffungsjahr, technische Daten, Überwachungs-, Wartungs- und Instandhaltungsmerkmale.

Auf der Rückseite der Karte werden die periodischen Überwachungs-, Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten sowie die Reparaturen vermerkt. Der mit einer Arbeit beauftragte Handwerker bestätigt auf der jeweiligen Karte mit Namenszug und Datum die Ausführung der Arbeit. Ebenso werden die durch Wartungsfirmen durchgeführten Arbeiten einschließlich der Rechnungen eingetragen.

Personaleinsatz

Zur Erfüllung der Aufgaben sind im Instandhaltungsdienst und Fuhrpark insgesamt 20 Personen eingesetzt, die sich nach Berufsgruppen wie folgt aufteilen:

1 technischer Leiter (gleichzeitig Elektromeister)

1 Elektromeister

1 Heizungsbaumeister

2 Heizungsmonteure

5 Heizer

1 Werkzeugmacher

3 Schlosser

1 Installateur

1 Straßenwart

3 Kraftfahrer

Unter Berücksichtigung der weitverzweigten Krankenhausanlage sowie der teilweise relativ alten Bausubstanz ist die Besetzung des Instandhaltungsdienstes und des Fuhrparks angemessen und bedarf keiner Änderung.

5.2 Werkstätten

Außer dem Instandhaltungsdienst sind im Landeskrankenhaus Weinsberg noch folgende Werkstätten vorhanden:

Schreinerei

Sattlerei

Malerei

Schuhmacherei

Diese Werkstätten sind mit Neuanfertigungen sowie Reparaturen betraut. Sie unterstehen nicht der Leitung des Instandhaltungsdienstes, sondern sind eigenständige Bereiche, die direkt der Verwaltung zugeordnet sind.

Es wird vorgeschlagen, Werkstätten und Instandhaltungsdienst künftig der Gesamtleitung des technischen Leiters zuzuordnen, um eine einheitliche und bessere Personaldisposition zu erreichen.

Die Leistungsanforderungen erfolgen auf dem gleichen Weg wie bei dem Instandhaltungsdienst.

Auch bei den Werkstätten wird empfohlen, künftig bei der Leistungsanforderung und bei der Erfassung von Zeit- und Materialaufwand so zu verfahren, wie es bei dem Instandhaltungsdienst (S. 424) beschrieben wurde.

Die Werkstätten sind personell wie folgt besetzt:

Schreinerei:	2 Arbeitskräfte, 1 Patient
Sattlerei:	3 Arbeitskräfte, 1 Patient
Malerei:	2 Arbeitskräfte, 1 Patient
Schuhmacherei:	1 Arbeitskraft

Die Tätigkeiten der Schreinerei sollten sich ausschließlich auf Reparaturen und Mitarbeit bei baulichen Veränderungen erstrecken. Neuanfertigungen sollten auf solche Teile beschränkt werden, die als Serienware nicht zu erhalten sind.

Bei der Schuhmacherei ist ebenfalls zu überprüfen, ob Fremdreparatur und Fremdbezug von Schuhwerk sich kostengünstiger darstellen als die Arbeiten in eigener Regie.

Der Patienteneinsatz in diesem Bereich erscheint unter dem Gesichtspunkt der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß sinnvoll. Sollte man trotzdem auch hier zukünftig ausschließlich mit eigenem Personal arbeiten wollen, ist eine Erhöhung des Stellenplanes nicht notwendig.

5.3 Zentraler Botendienst

Im Landeskrankenhaus besteht ein zentraler Botendienst, der mit folgenden Aufgaben betraut ist:

Speisentransport

Rein- und Schmutzwäschetransport

Transport von Speiseabfällen

Der Mülltransport ist an ein gewerbliches Unternehmen vergeben.

Zur Durchführung der Transporte sind drei Kraftfahrer eingesetzt.

Es wird empfohlen, dem Botendienst weitere Transportaufgaben zu übertragen, um somit dem Personal des Pflegebereiches und der sonstigen Leistungsstellen eine Vielzahl von Botengängen abzunehmen.

Folgende Transporte sollten ebenfalls vom Botendienst übernommen werden:

Transport von Arzneimitteln und medizinischem Bedarf

Transport von Laborproben

Transport von Akten, Meldungen, Hauspost, Patientenpost

Transport von hauswirtschaftlichen Ge- und Verbrauchsgütern

Im einzelnen ist dabei folgendes zu beachten:

Arzneimitteltransport

Der Transport von Arzneimitteln und medizinischem Bedarf ist nicht an eine bestimmte Tageszeit gebunden, er muß nur regelmäßig erfolgen. (Die Transportbehälter müssen verschließbar sein — Plombenverschluß ausreichend.) Die nach Leistungsstellen gekennzeichneten Transportbehälter werden in der Apotheke gefüllt und vom Botendienst auf einer Rundfahrt bei den Leistungsstellen abgeliefert. Der Rücktransport der leeren Arzneimittelkästen erfolgt ebenfalls durch den Botendienst. Montags, mittwochs und freitags werden die gefüllten Arzneimittelbehälter in die einzelnen Leistungsstellen gebracht, dienstags, donnertags und samstags erfolgt der Rücktransport der leeren Behälter.

Laborprobentransport

Der Transport muß in zwei Runden erfolgen.

Bei einer Rundfahrt durch das Krankenhausgelände (ca. 9.00 Uhr bis 9.30 Uhr) sammelt der Bote von den einzelnen Stationen die Blutproben ein und transportiert diese zum Laboratorium. Gleichzeitig werden leere, gereinigte Gefäße zurückgegeben. Urinproben werden morgens vom Pflegepersonal der Nachtwache zum Laboratorium gebracht.

Die Proben sind in den Stationen an einem bestimmten Platz bereitzustellen (einheitlicher Platz in allen Stationen).

Transport von Post und Akten

Der Transport von Postgütern, Akten und Schriftgut erfolgt morgens und gegebenenfalls nachmittags. In der Verwaltung wird die Post in mehrere, nach Leistungsstellen und Stationen gekennzeichnete Kästen sortiert, die dem Boten auf einer Rundfahrt zum Verteilen dienen. Dienstpost soll nicht namentlich, sondern nach Leistungsstellen sortiert werden.

Mit dem Nachmittagstransport der Post werden gleichzeitig die Anforderungsscheine (Labor-, Röntgen-, Speisenanforderungsscheine etc.) und die Befunde zu den einzelnen Leistungsstellen gebracht. Transportiert wird von montags bis samstags. Einschreibe- und Geldsendungen werden über die Verwaltung abgewickelt.

Hinweise für die Durchführung der Transporte

Die Abhol- und Anlieferungszeiten richten sich nach den Bedürfnissen der liefernden und der empfangenden Leistungsstellen und werden in einem Zeitplan festgehalten. Dieser Plan muß nach einiger Zeit der Einarbeitung überprüft werden. Die endgültig festgelegten Zeiten sind für alle Beteiligten zur Sicherung des Ablaufes verbindlich und präzise einzuhalten. Eine relativ starke zeitliche Bindung ist beim Speisentransport sowie beim Transport des Untersuchungsmaterials zum Laboratorium gegeben. Alle anderen Transporte können zeitlich so disponiert werden, daß sie in den täglichen Arbeitsablauf hineinpassen. Es ist jedoch darauf zu achten, daß diese Transporte regelmäßig und immer zum gleichen Zeitpunkt erfolgen, damit sich die einzelnen Leistungsstellen darauf einstellen können. Grundlage der Botendienstplanung ist die Bestimmung der Wegezeiten und die genaue Fixierung der Transportzeiten.

Personaleinsatz

Eine exakte Angabe über den Personalbedarf des Botendienstes ist ohne genaue Kenntnis der Wegezeiten, der Transportmengen im einzelnen sowie der Kapazität der Transportfahrzeuge nicht möglich. Es empfiehlt sich jedoch in jedem Fall, den Botendienst mit dem Fahrdienst zu kombinieren.

6 Verwaltungsbereich

Die Gliederung des eigentlichen Verwaltungsbereiches — als Teil des gesamten Wirtschafts- und Verwaltungsbereiches, der daneben die wirtschaftliche und technische Versorgung umfaßt — geht aus dem „Organisationsplan des Verwaltungs- und Wirtschaftsdienstes für das Pyschiatrische Landeskrankenhaus Weinsberg" hervor.

Danach gliedert sich der Verwaltungsbereich in die Abteilungen

— Verwaltungsleitung

— Allgemeine Verwaltung

— Aufnahme- und Pflegekostenabteilung

— Buchhaltung und Kasse

6.1 Verwaltungsleitung

Hinsichtlich der Aufgaben und Zuständigkeiten des Verwaltungsleiters wird auf die Vorschläge zur Neustrukturierung der Leitung des Landeskrankenhauses verwiesen.

Dem Verwaltungsleiter ist keine eigene Sekretärin zugeordnet. Für ihn schreibt eine Halbtagskraft, die außerdem auch noch Schreibarbeiten für die Aufnahme- und Pflegekostenabteilung erledigt.

In Anbetracht des umfangreichen Aufgabengebietes des Verwaltungsleiters und des damit verbundenen Schriftverkehrs sowie der darüber hinausgehenden, notwendigen Sekretariatsarbeiten wird dringend empfohlen, dem Verwaltungsleiter eine Sekretärin zuzuordnen.

6.2 Allgemeine Verwaltung

Zur Organisation und Arbeitsablaufgestaltung der Leistungsstellen dieser Abteilung sind keine besonderen Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zu machen. Sie entsprechen den Anforderungen. Die Personalbesetzung erscheint jedoch, verglichen mit den Anforderungen, zu niedrig.

6.3 Aufnahme- und Pflegekostenabteilung

6.3.1 Aufnahme

Das Aufnahmeverfahren für stationäre Patienten im Landeskrankenhaus ist als umständlich und zeitaufwendig zu bezeichnen.

Stationäre Patienten werden im Aufnahmebereich des Neubaues verwaltungsmäßig und ärztlich aufgenommen. Für die verwaltungsmäßige Aufnahme wird ein Formblatt — durch die im Aufnahmebereich des Neubaues tätige Pflegekraft — handschriftlich ausgefüllt. Dieses Formblatt enthält alle verwaltungsrelevanten Angaben zur Person des Patienten.

Das ausgefüllte Formblatt wird der eigentlichen Aufnahmeabteilung der Verwaltung (im Verwaltungsbereich des Altbaues) zugestellt. Dort werden die Patientendaten für die rein verwaltungsmäßige Aufnahme übertragen, die Eintragung in das Aufnahmebuch vorgenommen sowie die erforderlichen Formulare erstellt. Die verwendete Umdruckmatrize wird lediglich zur Beschriftung der Verwaltungsunterlagen und des Krankengeschichten-Vordruckes

genutzt. Andere Formulare, wie beispielsweise Leistungsanforderungsvordrucke, können mit der Matrize nicht beschriftet werden.

Durch die zweifache Aufnahme der stationären Patienten werden praktisch alle Aufnahmeformalitäten doppelt durchgeführt, was naturgemäß nachteilige Konsequenzen hat (doppelte Arbeit, Gefahr von Übertragungsfehlern, personelle Mehrbelastung u. a.) Ebenfalls sind die eingesetzten organisatorischen Hilfsmittel (Umdruckmatrize, Formulare usw.) nur bedingt dazu geeignet, Organisation und Arbeitsablauf zu vereinfachen.

Die Daten der ambulanten Patienten werden im Aufnahmebereich des Neubaues erfaßt, jedoch nicht an die Verwaltungsaufnahme weitergeleitet, da die Patienten direkt zur Ambulanz des ärztlichen Direktors gehen. Auch rein statistisch werden die ambulanten Patienten durch die Verwaltung nicht erfaßt.

Zur Verbesserung von Organisation und Arbeitsablauf der Aufnahme wird empfohlen, die nachstehenden Vorschläge zu realisieren:

Die Aufnahme wird zentral für stationäre und ambulante Patienten im Aufnahmebereich des Neubaues durch das Personal der Verwaltung durchgeführt, die Aufnahmeabteilung im Verwaltungsbereich des Altbaues entfällt.

Es wird eine andere Matrize verwendet, die so gestaltet ist, daß alle notwendigen Formulare (Verwaltungsformulare, Krankenblatt, Leistungsanforderungs-Vordrucke usw.) mittels des Umdruckverfahrens entweder direkt von der Aufnahmeabteilung bzw. nach Weitergabe der Matrize im Pflegebereich beschriftet werden können.

Durch die Erfassung sowohl der stationären wie der ambulanten Patienten in der Aufnahme wird erreicht, daß die Verwaltung des Landeskrankenhauses über jeden Patienten informiert ist, der Leistungsstellen in Anspruch nehmen kann. Dies ist nicht nur abrechnungstechnisch relevant, sondern ebenso von Bedeutung für die Kontrolle und Steuerung des gesamten Betriebes.

Durch die Zusammenlegung der derzeit getrennten Aufnahmebereiche werden überdies Doppelarbeiten vermieden. Die Einführung neuer Organisationsmittel wird den Arbeitsablauf erheblich erleichtern.

6.3.2 Leistungsanforderung, Leistungserfassung, Leistungsabrechnung, Leistungsstatistiken

Da der Pflegesatz des Landeskrankenhauses voll pauschaliert ist und im stationären Bereich alle Nebenleistungen enthält (mit Ausnahme der sogenannten ärztlichen Fremdleistungen), werden diese Leistungen gar nicht erst erfaßt. Zur rationellen Betriebsführung müssen jedoch alle erbrachten Leistungen erfaßt, statistisch ausgewertet und als Kontrollinstrument verwendet werden, um so jederzeit einen Überblick über die Auslastung der Kapazitäten der einzelnen Leistungsstellen (Personaleinsatz, apparative Ausstattung usw.) erhalten zu können.

Es wird deshalb angeraten, die nachstehenden Vorschläge zu realisieren.

Leistungsanforderung

Für jede diagnostische und therapeutische Leistung im stationären wie im ambulanten Bereich des Landeskrankenhauses wird ein Leistungsanforderungsschein ausgefüllt. Grundsätzlich werden keine Leistungen ohne schriftliche Anforderung erbracht. Als Anforderungsscheine sollten Formulare gewählt werden, auf denen Leistungsanforderung und Leistungsdurchführung sowie gegebenenfalls der Befund festgehalten werden können. Auf den Belegen kann der weitaus größte Teil aller möglichen Leistungsarten vorgedruckt sein, so daß die gewünschten Leistungen bei Anforderung und Durchführung lediglich markiert werden müssen. Nicht vorgedruckte Leistungen können zusätzlich schriftlich vermerkt werden. Die in den Pflegeeinheiten selbst durchgeführten Maßnahmen werden in die Fieberkurve eingetragen.

Die anfordernde Stelle beschriftet den jeweiligen Anforderungsbeleg einschließlich einer Durchschrift mit der Matrize (soweit die Formulare nicht bereits in der Aufnahmeabteilung beschriftet und weitergeleitet sind) und markiert die gewünschten Untersuchungen und/oder Behandlungen. Beim Eintreffen des Anforderungsscheines in der Leistungsstelle wird der Schein numeriert und dem zuständigen Arbeitsplatz zugeleitet.

Nach Abschluß der Leistung wird die Durchführung registriert und der Befund eingetragen oder dem Anforderungsschein beigelegt. Die Durchschrift des Anforderungsscheines und gegebenenfalls des Befundes wird in Lose-Blattform abgeheftet, das Original geht mit dem Befund zur anfordernden Stelle zurück. Dort wird der Befund abgetrennt und entweder auf die Fieberkurve geklebt oder als Blatt den Krankenunterlagen beigefügt.

Leistungserfassung

Das Original des Anforderungsbeleges wird von der anfordernden Stelle an die Verwaltung weitergeleitet. Hier prüft man am Ende eines jeden Tages anhand der fortlaufenden Nummer jeder Leistungsstelle die Vollständigkeit der Leistungsunterlagen und sammelt alle Scheine in den jeweiligen Patiententaschen. Leistungsstatistiken werden wöchentlich, monatlich und jährlich erstellt.

Durch dieses Verfahren wird sichergestellt, daß alle ausgeführten Leistungen erfaßt werden.

Leistungsabrechnung

Zur Organisation und zum Arbeitsablauf der Leistungsabrechnung ist lediglich anzumerken, daß eine zeitliche Abstimmung hinsichtlich der Benutzung des Buchungsautomaten (der ebenfalls durch die Buchhaltung genutzt wird) erfolgen sollte, um hier Arbeitsüberschneidungen zu vermeiden.

Leistungsstatistik

Die derzeit geführten Leistungsstatistiken im Landeskrankenhaus erscheinen völlig unzureichend und unübersichtlich. Sie geben in der Regel nicht einmal den exakten Überblick über die wichtigsten Daten

und sind für eine Kontrolle und Steuerung des Betriebes der einzelnen Leistungsstellen kaum geeignet.

Es wird dringend empfohlen, eine umfassende Leistungsstatistik einzuführen, um stets alle notwendigen Daten zur Verfügung zu haben. Unter Beachtung der Vorschläge zur Neugestaltung der Leistungsanforderung ist dies ohne größere Schwierigkeiten möglich.

6.3.3 Zentralarchiv (Krankenaktenregistratur)

Im Zentralarchiv werden die Unterlagen von stationären und ambulanten Patienten abgelegt. In der derzeitigen Aufnahmeabteilung des Verwaltungsbereiches (Altbau) befindet sich ein Akutarchiv, in dem die Unterlagen der sich im Krankenhaus befindlichen stationären Patienten abgelegt sind. Nach der Entlassung des Patienten werden seine Unterlagen in das eigentliche Archiv eingeordnet.

Zwischen der Aufnahmeabteilung des Neubaues und der Aufnahmeabteilung im Verwaltungsbereich (Altbau) besteht eine Rohrpostverbindung. Diese Rohrpostanlage ist jedoch zum Transport von Patientenunterlagen nicht geeignet, da ihre Dimensionierung nicht ausreicht, Krankenakten zu transportieren.

Wird dem Vorschlag der Zentralisierung und Zusammenfassung des Aufnahmebereiches im Neubau gefolgt, entfällt die Notwendigkeit zum Einsatz eines mechanischen Transportsystems. Die dann noch notwendige Kommunikation Aufnahmebereich-Archiv kann auf konventionellem Wege erfolgen.

Der andernfalls notwendige Aufwand für den Einbau einer Kleintransportanlage (Aktenförderanlage) stünde in keinem Verhältnis zum erzielbaren Effekt.

Im übrigen sind Organisation und Arbeitsablauf im Zentralarchiv gut geregelt und entsprechen den Anforderungen.

6.3.4 Privatgeldverwaltung

Zu Organisation und Arbeitsablauf dieser Leistungsstelle sind keine Anmerkungen zu machen. Sie entsprechen den an diese Leistungsstelle gestellten Anforderungen.

6.4 Abteilung Buchhaltung und Kasse

Zu Organisation und Arbeitsablauf der Leistungsstellen dieser Abteilung sind keine besonderen Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zu machen. Sie entsprechen den Anforderungen. Auf die Anmerkung zur Nutzung des Buchungsautomaten wird verwiesen (Abschnitt 6.3.2 „Leistungsabrechnung").

Im Rahmen des gesamten Finanzwesens des Landeskrankenhauses ist jedoch auf folgendes hinzuweisen.

Die Haushaltsführung des Landeskrankenhauses als Regiebetrieb des Landes Baden-Württemberg beruht auf den Grundsätzen der einfachen Kameralistik. Diese ist jedoch in vielen Fällen nicht in der Lage, genaue Auskunft über die — stest dynamische — finanzielle Situation zu geben. Die Zahlen des kameralistischen Rechnungswesens sind nicht oder nur bedingt für Planung, Steuerung und Kontrolle des Betriebes geeignet, da sie primär statistische Informationen zu liefern in der Lage sind. Ein auf dem betrieblichen Rechnungswesen aufbauendes Informationssystem läßt sich nur mit Hilfe der erweiterten Kameralistik oder aber der kaufmännischen (doppelten) Buchführung [1]) erreichen, wobei der letzteren unbedingt der Vorzug zu geben ist.

Es wird deshalb empfohlen, das Rechnungswesen des Landeskrankenhauses auf die doppelte Buchführung umzustellen, wobei dies naturgemäß unter übergeordneten Gesichtspunkten des Landes Baden-Württemberg entschieden werden muß.

Entschließt man sich zur Einführung der kaufmännischen Buchführung, empfiehlt es sich, möglichst bald mit den ersten Schritten zur Umstellung zu beginnen. Erfahrungsgemäß ist eine Umstellung von der einfachen Kameralistik auf die doppelte Buchführung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, so daß so früh als möglich mit der Neuorganisation begonnen werden sollte. Nicht zuletzt verlangen die Probleme, die mit der Verknüpfung des Rechnungswesens des Trägers des Landeskrankenhauses mit dem des Krankenhauses verbunden sind, eingehende und langwierige Überlegungen.

6.5 Personalbesetzung des Verwaltungsbereiches

	Ist	Vorschlag DKI
1. Leitung mit Sekretariat ..	1,0	2,0
2. Allgemeine Verwaltung [1])	7,5	9,0
3. Aufnahme und Pflegekostenabteilung	6,0	6,0
4. Buchhaltung und Kasse .	5,0	5,0
insgesamt ...	19,5	22,0

[1]) ohne „Einkauf" und „Stations- und Hausdienste"

IV. Schlußbemerkungen

Dieses Gutachten wurde aufgrund der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen und der von uns veranlaßten und angestellten Erhebungen erarbeitet und ausgefertigt.

---

[1]) Wenn auch das Landeskrankenhaus nicht oder nicht in vollem Umfang unter die Bestimmungen des KHG fällt, sollten doch die diesbezüglichen Vorschriften des Gesetzes sinngemäß auch für das Landeskrankenhaus gelten.

Anlagen

DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT E.V.

STATION A1 FACHABTEILUNG Chirurgie BETTENZAHL 28 WOCHE von 17.6. bis 23.6. 197X

DIENSTSTELLUNG	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG	
S. Ursula	7⁰⁰ - 12¹⁵ / 15³⁰ - X 19⁴⁵	6³⁰ - X 11⁴⁵ / 15³⁰ - 19⁰⁰	7⁰⁰ - X 12⁰⁰ / 15³⁰ - 19⁰⁰	6³⁰ - 12⁰⁰ / 15⁰⁰ - 19³⁰	7⁰⁰ - 12¹⁵ / 15³⁰ - X 19⁴⁵	/ /	/ /	42,75
	5,25 / 3,75	4,75 / 3,50	4,50 / 3,00	5,50 / 3,50	5,25 / 3,75			

IN DIESER ZEIT ENTHALTEN: X = EINE MAHLZEIT XX = ZWEI MAHLZEITEN

DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT
DÜSSELDORF

Wochendienstplan für

Personen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

REPARATUR-ANFORDERUNG

Anfordernde Stelle .....

Datum	Reparatur	Materialverbrauch	Zeitaufw.	ausgef.

Muster Wartungskartei für technische Anlagen
(Rückseite)

durchgeführte Arbeiten	durchgeführt am/von	durchgeführt am/von	durchgeführt am/von

Ausgabestelle _____ Schöpfliste vom _____

Pflege-einheit							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
Caf.							
insgesamt							

Untersuchungen zur Bedarfsermittlung eines Versorgungssystems für somatisch und psychisch auffällige Kinder und Jugendliche

von

Günther Kohlscheen unter Mitarbeit von Klaus Buff und Rolf Hellemann

Vorwort

Die Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie" in der Sachverständigenkommission zur Erstellung einer Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik hatte es sich u. a. zur Aufgabe gemacht, ein Versorgungssystem für somatisch und psychisch kranke Kinder und Jugendliche zu konzipieren. Es gibt in unserem Land ambulante und stationäre Einrichtungen der verschiedensten Art, aber sie arbeiten weitgehendst jeweils für sich und sind in keinem Fall in einem wohlorganisierten System miteinander verbunden.

Insbesondere wichtig für die Entwicklung eines Versorgungssystems ist aber die Frage, wie groß es sein muß, welche Anzahl an stationären, halbstationären, und ambulanten Einrichtungen zur Verfügung stehen müssen. Zur Frage nach dem Bedarf soll diese Arbeit einen Beitrag leisten und damit den Umfang notwendiger psychohygienischer Maßnahmen näher präzisieren.

An dieser Stelle muß der Dank ausgesprochen werden an alle, die am Zustandekommen dieser Arbeit teilhaben. Es sind dies das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, das die notwendigen Mittel zur Verfügung stellte und der Herr Regierungspräsident von Köln, sowie die Rektoren und Lehrer Kölner Grundschulen, die in jeder Weise die Durchführung der Erhebungen und Untersuchungen unterstützten. Weiter gebührt Dank den Psychologen, die unmittelbar an der Arbeit beteiligt waren und meinen Mitarbeitern der Erziehungsberatungsstelle in Köln-Riehl, die über dies hinaus durch Gespräch, Kritik und Anregung Wichtiges dazu beigetragen haben.

Gliederung

I. Einleitung

1. Allgemeine Vorbemerkung
2. Diskussion von Untersuchungsergebnissen zur Frage der Häufigkeit von Auffälligkeiten bei Grundschulkindern
3. Ziel der Untersuchung
4. Zu dem Begriff „Verhaltensstörungen" oder „Verhaltensauffälligkeiten"

II. Methodisches Vorgehen

1. Population
2. Statistik
3. Die Untersuchungsverfahren
   a) Lehrerinterview
   b) Psychologische Untersuchung

III. Ergebnisse

1. Ergebnisse der Lehrerinterviews
2. Ergebnisse der psychologischen Untersuchung
   a) Vergleich der verhaltensauffälligen Kinder mit den unauffälligen (Kontrollgruppe)
      — Erläuterungen zu den Tabellen
      — Statistische Überlegungen
   b) Alter und Geschlecht der untersuchten Kinder
   c) Leistungs- und Intelligenzbereich
   d) Häufigkeitsverteilung der Auffälligkeiten im emotional-sozialen Bereich
   e) Weitere Ergebnisse

IV. Anhang

1. Tabellen
2. Fragebögen

V. Zusammenfassung

Literaturverzeichnis

I. Einleitung

1. Allgemeine Vorbemerkung

Es gibt vielerlei Beratungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland, die sich mit den Problemen von Kindern, Jugendlichen, Eltern, Ehepartnern etc. befassen. Nach einer Studie von Specht [5]) gibt es verschiedenartige Benennungen für diese Beratungsstellen, die jeweils einiges von den Vorstellungen der Träger oder Mitarbeiter ausdrücken sollen. Zum Beispiel: Erziehungsberatungsstellen, Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern, Psychologische Beratungsstellen, Lebensberatungsstellen, Eheberatungsstellen etc.

Nach Specht [5]) könnte man eine derartige Beratungsstelle allgemein definieren als:

> „eine unmittelbare ambulant zugängliche Konzentration von Fachkräften aus dem psychologischen, psychotherapeutischen, medizinischen, sozialen- und heilpädagogischen Bereich, die fachlich unabhängig Kinder, Jugendliche und Erwachsene bei der Lösung, bei der Vorbeugung von Problemen der Entwicklung und der Sozialisation unterstützt."

Obwohl viele Beratungsstellen diesem Anspruch z. Z. nicht entsprechen, haben die bestehenden Erziehungsberatungsstellen lange Wartefristen bei ihrer Inanspruchnahme. Die vorhandenen Erziehungsberatungsstellen können also den Bedarf an Beratung und Behandlung nicht decken, besonders dann nicht, wenn es sich um Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern handelt, die weitergehende Maßnahmen erfordern.

Auch die bestehenden Artzpraxen, Kliniken, heilpädagogischen oder psychotherapeutischen Sondereinrichtungen decken bei weitem nicht den Bedarf, die Gesamtzahl der Kinder stationär oder ambulant zu versorgen, die in irgendeiner Weise diagnostisch und therapeutisch betreut werden müssen.

Es gibt nur wenige Untersuchungen, die eine genauere Auskunft über die Häufigkeit von Verhaltensstörungen oder Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und damit die wirkliche Größe dieses Bedarfs geben können. Die schon vorhandenen Untersuchungen zu dieser Frage sind mehr oder weniger zu übereinstimmenden Ergebnissen gekommen und sollen deshalb hier noch einmal kurz skizziert werden.

2. Diskussion von Untersuchungsergebnissen zur Frage der Häufigkeit von Auffälligkeiten bei Grundschulkindern

Brunn [1]) untersuchte 1 291 Kinder an einer Kieler gemischten Volks- und Mittelschule. Es wurden an Hand von Fragebögen verschiedene Feststellungen gesundheitlicher, erzieherischer und soziologischer Art gemacht, in enger Zusammenarbeit zwischen Lehrkraft, Fürsorgerin und Schularzt.

Es ergab sich, daß bei einer Einteilung der Ergebnisse nach der Beurteilung der Kinder durch die

Schule als erzieherisch unauffällig oder als erzieherisch auffällig („Störer" oder „Stille") 27,4 %, also etwa 2/3 der Kinder in beiden Schularten als erzieherisch unauffällig angesehen wurden. In überraschender Übereinstimmung wurden in beiden Schularten ca. 10 % als „Störer" und ca. 16 % als „Stille" bezeichnet.

In bezug auf Allgemeinzustand, Schulleistungen und Begabung zeigte sich ein krasser Unterschied im Vergleich der 938 erzieherisch unauffälligen Kinder mit 130 „Störern" und 223 „Stillen". Die erzieherisch Unauffälligen befinden sich durchschnittlich in erheblich besserem Allgemeinzustand, sind durchschnittlich viel begabter, auch entsprechen ihre Schulleistungen der Begabung, während die „Störer" viel weniger leisten als die Lehrkraft nach deren Begabung erwarten könnte.

Deutlich heben sich als die Entwicklung gefährdende Umwelteinflüsse ab: Ehezerrüttung, Ehescheidung, uneheliche Geburt, Berufstätigkeit der Mutter und — mit Einschränkungen — vaterlose Erziehung.

Von Harnack [2]) untersuchte 1 335 Kinder im Alter von 9 und im Alter von 11 Jahren. Die Informationen bekam er durch die Eltern und durch die Untersuchung der Kinder. Er berichtet, daß er bei 27,9 % der Kinder aus „sozial schlecht" — und bei 11,8 % der Kinder aus „sozial besser gestellten Kreisen" Verhaltensstörungen feststellen konnte, zusammengerechnet also etwa 20 % verhaltensgestörte Kinder.

Thalmann [9]) befragte die Eltern von 150 Reutlinger Jungen im Alter von 7 bis 10 Jahren. Er fand, daß 22 % der Kinder symptomfrei waren. Bei 28,7 % stellte er leichte, bei 29,3 % mäßige Symptombelastung fest. 18,7 % waren Problemkinder und 1,3 % Unterbringungsfälle. Insgesamt auch hier wieder 20 % stark verhaltensgestörte Kinder.

Steuber [8]) ermittelte die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeit durch Befragung der Lehrer von zwei Grundschulen unterschiedlicher Sozialschichtszugehörigkeit (1973).

Von 621 Schülern der Grundstufe, Klasse 1 bis 4, wurden 157, also 25,3 %, von ihren Klassenlehrern als eindeutig auffällig bezeichnet. Das Verhältnis von Jungen und Mädchen betrug dabei 2 zu 1.

„An der Schule mit Kindern überwiegend aus unteren Sozialschichten betrug der Anteil auffälliger Schüler 28,4 %, an der Schule mit Kindern überwiegend aus höheren Sozialschichten lag der Anteil auffälliger Kinder bei 20 %."

Bei fast 3/4 aller auffälligen Schüler wurden Störungen im Leistungsbereich angegeben, deren Differenzierung jedoch deutliche Schichten — spezifische Unterschiede zwischen den beiden Schulen erkennen ließ. Bei den überwiegend aus der Unterschicht stammenden Kindern der Schule A wurden häufiger Auffälligkeiten im Sozialverhalten, bei den überwiegend aus höheren Sozialschichten stammenden Kindern der Schule B eher Störungen im emotionalen Bereich oder Ersatzbefriedigungen angegeben. Bei einem Sechstel der auffälligen Kinder aus der Schule A wurde über Sprachstörungen berichtet.

Die Verteilung der Auffälligkeiten bei den 157 als auffällig angegebenen Kindern:

22,3 % hatten eine körperliche Behinderung oder Auffälligkeit

14,7 % Sprachstörungen

19,6 % Ersatzbefriedigung

63,0 % Auffälligkeit im Sozialverhalten

73,8 % Störungen im Leistungsverhalten

37,0 % Auffälligkeiten im emotionalen Bereich

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die vorliegenden Ergebnisse weitgehend übereinstimmen, obwohl die Untersuchungspopulationen im strengen Sinne nicht repräsentativ waren. Es kann nach den genannten Untersuchungen festgestellt werden, daß bei ca. 1/4 der Grundschüler eine Beratung oder Behandlung dringend erforderlich ist.

Steuber [8]) errechnet auf Grund dieser Ergebnisse, daß auf 100 000 Einwohner mit 6 200 Kindern im Grundschulalter (6 bis 10 Jahren) zu rechnen ist. Das würde bedeuten, daß auf 100 000 Einwohner je Grundschuljahrgang ca. 390 Kinder eine eingehende Diagnostik und Beratung brauchen.

Specht [5]) kommt zu dem Schluß, daß: „auf jeden Fall die Zahl derjenigen Kinder erheblich ist, bei denen irgendwann im Verlaufe ihrer Entwicklung die Beziehung zur Umgebung einer Klärung bedarf und bei denen eine — wie auch immer geartete — Intervention erforderlich ist:

— wenn eine Verfestigung bestehender Verhaltensauffälligkeiten verhindert werden soll,

— wenn die Möglichkeit befriedigender sozialer Beziehungen nicht auf die Dauer beeinträchtigt bleiben soll,

— wenn das Risiko später kaum noch zu beeinflussender Fehlentwicklungen oder psychischer Dekompensation in spezifischen Situationen verringert werden soll."

Er sagt weiter, daß — wenn auf Grund der erwähnten Untersuchungen angenommen werden kann, daß bei etwa einem Viertel der Minderjährigen irgendwann eine diagnostische Klärung und eine beratende oder therapeutische Intervention notwendig ist — es sich nicht nur um die Aufgaben der Erziehungsberatungsstellen handeln kann. Sprachstörungen und mehrfach Behinderungen usw. müßten von anderen Einrichtungen betreut werden. Nach seiner Meinung haben aber die Erziehungsberatungsstellen auf jeden Fall eine Schlüsselstellung bei der Bewältigung dieses gesamten Problems. Er fordert, daß angesichts eines derartigen Umfanges der tatsächlich vorhandenen Aufgaben eine Vermehrung der Erziehungsberatungsstellen unerläßlich ist.

Specht [5]) macht eine Hochrechnung, indem er den Anteil von 25 % auf den Gesamtteil der Kinder und Jugendlichen an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland überträgt; dann wären es 7 % der Gesamtbevölkerung, die einer Betreuung bedürfen.

Interessant ist ein Ergebnis von Steuber [8]) in dieser Hinsicht. Er stellte fest, daß auffällige Kinder aus

mittleren und höheren Sozialschichten zu 29,5 %, d. h. zu einem Drittel schon einer psychologischen Untersuchung zugeführt wurden, während die auffälligen Kinder aus der sozialen Unterschicht nur zu 11,1 %, d. h. also zu einem Zehntel einer solchen Untersuchung zugeführt wurden.

3. Ziel der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung soll ein weiterer Versuch sein, ein größeres Gebiet mit Kindern aus unterschiedlichen sozialen Schichten zu überprüfen, um die Anzahl der Kinder zu ermitteln, die Störungen oder Auffälligkeiten aufweisen, die auf jeden Fall eine besondere psychologische, psychiatrische, psychotherapeutische, heilpädagogische oder medizinische Behandlung notwendig machen. Besonders aber auch im Hinblick auf die Frage, zu welchem Zeitpunkt frühestens eine diagnostische Klärung möglich ist und eine therapeutische Intervention stattfinden sollte. Gleichzeitig soll versucht werden, die Hintergründe, die Ursachen der Störungen oder Auffälligkeiten zu klären.

Vergleicht man die vorhandenen Untersuchungen zu diesem Thema, so besteht das methodische Vorgehen weitgehendst in der Befragung von Lehrern und Eltern. In dieser Arbeit sind zusätzlich Untersuchungen an 154 Kindern vorgenommen worden, um das Kind unmittelbar in die Fragestellung mit einzubeziehen.

4. Zu dem Begriff „Verhaltensstörungen" oder „Verhaltensauffälligkeiten"

Der Bezeichnung „Verhaltensstörungen" wird in verschiedenen Untersuchungen und Publikationen eine unterschiedliche Bedeutung gegeben. Das führt dazu, daß die ermittelten Häufigkeiten von Verhaltensstörungen uneinheitlich sind.

Specht [6]) fand in einem Aufsatz zur Klärung der Begriffsfrage, daß in der „Empfehlung zur pädagogischen Förderung Behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher (3. Entwurf)" des Deutschen Bildungsrates unter 3. 4. aufgeführt wird:

„Als verhaltensgestört gilt, wer auf Grund organischer, vor allem hirnorganischer Schädigungen oder eines negativen Erziehungsmilieus in seinem psychosozialen Verhalten gestört ist und in sozialen Situationen unangemessen reagiert und selbst geringfügige Konflikte nicht bewältigt . . ."

Geschätzte Häufigkeit: „1 % eines schulpflichtigen Jahrganges sind verhaltensgestört und damit behindert. Weitere 3 bis 4 % sind durch andauernde Mißerfolge in der Schule oder negative soziale Bedingungen von Behinderung bedroht".

Weiter zitiert Specht [6]) Sander: „Die Ergebnisse empirischer Untersuchungen und Expertenschätzungen über den Anteil der sonderschulbedürftigen Verhaltensgestörten liegen zwischen 0,02 und 3,7 %; die meisten Angaben gruppieren sich um 1 bis 2 % (a. a. O. Seite 48).

Wiesenhütter [10]) dagegen will den Begriff „Verhaltensstörung" weiter gefaßt sehen und meint: „von Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen sprechen wir seit dem 1. Weltkongreß für Psychiatrie 1950, da dort einmütig festgestellt wurde, daß die alten Begriffe der Neurose, Psychopathie, Neuropathie, Nervosität und Charakterfehler zu eng waren. Mit den Verhaltensstörungen sind Abwegigkeiten der Handlungen und Haltungen von den einfachsten „Ungezogenheiten", dem Ungehorsam, dem Jähzorn, den Tics, den Eß- und Schlafstörungen bis zu den schwersten Formen der Verwahrlosung und Kriminalität gemeint.

Wird also die Bezeichnung „Verhaltensstörung" eng gefaßt, so daß eine von der Gemeinschaft ausgliedernde Maßnahme veranlaßt werden muß, dann sind die Häufigkeitsangaben niedrig und liegen bei 1 bis 2 % (s. Sander). Wird dieser Begriff dagegen weit gefaßt und als Oberbegriff verwandt, der alle Schwierigkeiten bezeichnet, die Eltern dazu veranlassen, eine Beratungsstelle aufzusuchen, dann bewegen sich die Häufigkeitsangaben zwischen 20 und 27 % (Brunn [1]), von Harnack [2]), Steuber [8]), Thalmann [9])).

Specht [6]) kommt zu der Schlußfolgerung: „Die Bezeichnung Verhaltensstörung wird in sehr unterschiedlicher Weise verwandt. Um Mißverständnisse, Stigmatisierungen und Fehlplanungen auf Grund unterschiedlicher Vorstellungen von Verhaltensstörungen zu vermeiden, wird vorgeschlagen, diese Bezeichnung bei der Klassifizierung umschriebener Gruppen von auffälligen Kindern zu vermeiden. Dort, wo der Oberbegriff gemeint ist, empfiehlt es sich, von Verhaltensauffälligkeiten zu sprechen".

Wir werden uns im folgenden an diesen Vorschlag anlehnen und den wertneutraleren Begriff „Verhaltensauffälligkeit" verwenden.

II. Methodisches Vorgehen

1. Die Population

Für die Untersuchung wurde das Stadtgebiet Köln ausgesucht mit der Frage, wie viele Kinder in diesem Gebiet einer medizinischen, psychologischen oder sozialen Betreuung bedürfen.

Um genau festzustellen, wie viele Kinder einer Stadt oder eines Gebietes im Verhalten auffällig oder gestört sind, müßte man alle Kinder dieser Stadt erfassen, beobachten und untersuchen. Aus technischen und finanziellen Gründen ist dieses Vorgehen nicht möglich, so daß ein verkürztes Verfahren zur Anwendung kommen muß, indem von der gesamten Zahl eine Probe entnommen wird, die so strukturiert ist, daß möglichst alle Wohngebiete und Schichten berücksichtigt werden.

Um eine möglichst repräsentative Stichprobe zu bilden, schien uns die Schule der geeignetste Ort dafür, da dort eine überschaubare Auswahl der zu untersuchenden Kinder anzutreffen ist, und zwar aus folgenden Gründen: sobald ein Kind in die Schule kommt, wird es statistisch erfaßt und das erleichtert das Sammeln von Fakten und das Erstellen von

größeren homogenen Untersuchungsgruppen. Hinzu kommt der Lehrer als weitere Instanz der Informationsvermittlung.

Einen weiteren Grund, die Schule als Arbeitsfeld zu wählen, ergab sich aus unserer Hypothese, daß — wenn ein Kind, sei es im emotionalen, sozialen Bereich als auch im Leistungs- und Intelligenzbereich gestört ist —, es sich in seiner natürlichen Umgebung, d. h. im Klassenverband, so wie auch in der Leistungssituation des Unterrichts als auffällig erweisen wird.

Ermitteln wir die Kinder, die sich auffällig verhalten, so haben wir eine Vorauswahl getroffen und können dann durch eine psychologische Untersuchung die möglichen Hintergründe dieser Gestörtheit eruieren.

Die repräsentative Stichprobe wurde für diese Arbeit gebildet, indem von den 130 Grundschulen der Stadt Köln 15 ausgewählt wurden, die bezüglich der sozio-ökonomischen Struktur des jeweiligen Bezirks möglichst repräsentativ waren für die Stadt Köln. (Ausgewählt nach Wohngebieten mit überwiegend Unter-, Mittel- und Oberschicht.)

Durch die im Untersuchungsziel erwähnte Frage nach dem frühesten Zeitpunkt der diagnostischen Klärung wurde das 1. Schuljahr als Ausgangspunkt der Ermittlungen sinnvoll und notwendig.

Obwohl die Statistik der 1. Schulklasse unvollständig ist, gibt sie uns im Vergleich zu anderen Klassen noch am meisten Informationen, da die in den höheren Klassen versetzten und ausgeschulten Kinder nicht zentral erfaßt sind. Die erste Schulklasse bietet uns auch den Vorzug, daß dort noch keine schulgeschädigten Kinder zu finden sind, die das diagnostische Material noch weiter komplizieren würden.

Wir konzentrieren uns also auf das 1. Schuljahr, um überhaupt eine fixe Zahl aus einem Jahrgang zu bekommen. Die Ergebnisse, die hier ermittelt werden, können dann so interpretiert werden, daß jeder Jahrgang eine ähnlich große Anzahl an Kindern, die eine zusätzliche Betreuung bedürfen, produziert. Die Tatsache, daß sich im 1. Schuljahr auch ältere Kinder (8 bis 9 Jahre) befinden, schränkt diese Aussage nicht ein, da als selbstverständlich angenommen werden muß, daß in den weiteren Jahrgängen durch Sitzenbleiber oder Zurückversetzungen die gleiche Anzahl älterer Kinder vorgefunden werden.

Die endgültige Untersuchungspopulation umfaßt also 30 erste Schulklassen aus 15 Grundschulen der Stadt Köln.

2. Statistik

Betrachtet man die Zahlen aus dem statistischen Jahrbuch der Stadt Köln [7]), so findet man eine ziemlich große Diskrepanz zwischen der Anzahl der Kinder die im schulpflichtigen Alter sind und der Anzahl derer, die normal eingeschult worden sind. Man muß annehmen, daß sich die Differenz zusammensetzt aus Kindern, die zu diesem Zeitpunkt schon in Sonderschulen oder Heimen untergebracht waren und solchen, die zurückgestellt oder weggezogen sind und schließlich diejenigen, die nicht mehr am Leben sind.

Leider gibt es für diese eben genannten Kinder keine genauen Angaben, weder im statistischen Jahrbuch noch im Schul- oder Gesundheitsamt.

Wir können also nur von einer Schätzzahl der Kinder im Alter zwischen 6 oder 7 Jahren ausgehen, auf die wir uns im folgenden auch in unserer Untersuchung stützen werden.

Wir wollen zunächst die Zahl der Kinder ermitteln, die zum Einschulungstermin 1972 im Alter zwischen 6,0 und 7,0 Jahren alt waren. Es gibt keine genauen Angaben darüber und da wir aus den schon genannten Gründen nicht von der Geburtszahl eines Jahrganges ausgehen können, müßten wir eine Annäherung an die genauen Zahlen versuchen. Genaue statistische Angaben über die Anzahl der 1972 zurückgestellten Kinder liegen nicht vor. Zurückstellungen sind aber erfolgt, denn nach Angaben des Gesundheitsamtes der Stadt Köln wurden 6 % aller zur Einschulung gemeldeter Kinder aus medizinischen Gründen nicht eingeschult. Darüber hinaus muß es eine noch größere Anzahl von Kindern geben, die aus anderen Gründen, wie Versagen im Schulreifetest, sozialer Unreife etc. vom Schulbesuch zurückgestellt worden sind. Diese Zahl kann aber hier unbeachtet bleiben, weil die Anzahl der Kinder, die älter als 6 bis 7 Jahre sind, im 1. Schuljahr den Ausgleich dafür schafft.

Aus dem statistischen Jahrbuch der Stadt Köln [7]) geht hervor, daß am Einschulungstag (die Zurückstellungen mitgerechnet) ca. 13 900 Kinder im schulpflichtigen Alter waren. Ordnungsgemäß eingeschult worden sind 12 948 Kinder. Davon sind 1 199 Kinder in Sonderschulen und Heimen untergebracht worden.

Wir haben also demnach drei Gruppen von Kindern, die eine zusätzliche Betreuung benötigen.

	1 199	Kinder, die in Sonderschulen und Heimen untergebracht sind
ca.	826	Kinder, die zurückgestellt worden sind aus medizinischen Gründen
	2 244	Problemkinder, wie sie durch die Untersuchung ermittelt wurden
	4 269	

Faßt man die Kinder der oben angeführten Gruppe zusammen und setzt deren Gesamtzahl ins Verhältnis zur Zahl sämtlicher Kinder des entsprechenden Schuljahrganges 1972 — ca. 13 900 Kinder —, so erhält man den prozentualen Anteil aller Kinder, die auf Grund entsprechender Störung oder Behinderung einer besonderen psychiatrischen, psychologischen oder heilpädagogischen therapeutischen Betreuung bedürfen.

3. Die Untersuchungsverfahren

a) Lehrerinterview

Für die Vorauswahl der auffälligen Kinder erschien uns der Lehrer, der täglich Beobachtungen an seinen

Schülern anstellen kann, der geeignete Partner, um uns diese erste Information zu geben. Es ist uns bewußt gewesen, daß es für den Lehrer schwer ist, ein neutrales, objektives Urteil abzugeben, weil er verständlicherweise auch diejenigen Kinder, die seinen Unterrichtsablauf stören, leicht als auffällig und gestört bezeichnen kann. Aus diesem Grunde wurde ein Fragebogen konstruiert, der einmal das spontane Urteil des Lehrers befragt und zum anderen aber auch eine Reihe von Fragen beinhaltet, die es erlauben, genauer zu erfahren, welche Auffälligkeiten die Kinder seiner Klasse wirklich haben. Diese Aufteilung des Fragebogens in zwei Teile wurde notwendig, weil Steuber [8]) in seiner Untersuchung festgestellt hatte, daß die Klassenlehrer von den 157 auffälligen Schülern spontan nur 58 %, nach der ersten Rückfrage weitere 18 % und nach Vorlegen eines Symptomkataloges weitere 24 % Kinder als auffällig bezeichnen.

Ein anderes Ergebnis von Steuber [8]) ermutigt jedoch zu dem Weg, eine Lehrerbefragung durchzuführen. Er wollte überprüfen, ob bestimmte Einstellungen der Lehrer Einfluß auf den Anteil der von ihnen als auffällig beurteilten Kinder haben. Er vermutete, daß Lehrer mit besonderem Interesse für kinderpsychologische Probleme bei einem Interview durch einen entsprechenden Fachmann eher als ihre in dieser Hinsicht weniger interessierten Kollegen dazu neigen würden, Kinder als auffällig zu bezeichnen. Sein Interview wurde deswegen bei jedem Klassenlehrer durch Fragen ergänzt, die sich auf ihre Interessen für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie bezogen, sich auf entsprechende Fortbildungswünsche richteten sowie Kontakte und Erfahrungen in Institutionen wie Erziehungsberatungsstellen und psychologische Institute etc. ermittelten.

Die Antworten auf diese Fragen erlaubten es ihm, zwei kleine Gruppen von Lehrern mit besonders großem und besonders geringem Interesse an kinderpsychologischen Problemen einander gegenüberzustellen.

Ergebnis

Diese beiden kleinen Gruppen unterschieden sich hinsichtlich des Anteils der von den Klassenlehrern als auffällig angegebenen Schülern überhaupt nicht. Dieses Ergebnis aus der Untersuchung von Steuber [8]) sowie die Ergebnisse der Untersuchungen von Brunn [3]), die sich auf Lehrerurteile stützten, lassen erwarten, daß eine Lehrerbefragung gut verwertbare Informationen über die Häufigkeit und Art von Verhaltensauffälligkeiten liefern kann.

Der Fragebogen, der in der folgenden Untersuchung angewandt wurde, lehnt sich an den Fragebogen von Steuber [8]), der uns freundlicherweise vor Veröffentlichung seiner Untersuchungsergebnisse diesen Fragebogen zur Verfügung stellte (s. Anhang).

b) Psychologische Untersuchung

Wie schon oben erwähnt wurde, interessiert darüber hinaus, welche Hintergründe diese von den Lehrern genannten Auffälligkeiten haben. Dafür wurden 133 Kinder, die von den Lehrern als auffällig bezeichnet wurden, psychologisch untersucht.

Um einen Vergleich zu den nicht auffälligen Kindern zu bekommen, wurden zusätzlich 21 Kinder, die von den Lehrern als nicht auffällig bezeichnet wurden, ebenfallls psychologisch untersucht.

Der *Begriff „auffällig"* ist vieldeutig, und es bedarf der Klärung, was wir in dieser psychologischen Untersuchung darunter verstehen. Wir waren uns klar darüber, daß bei der Ermittlung von „auffälligen Kindern", eine bestimmte Grenze gezogen, ein Kriterium gefunden werden mußte. Wie anfangs gesagt, interessieren uns die Kinder, bei denen wir vermuten konnten, daß sie für eine gesunde Entwicklung und Entfaltung der besonderen Betreuung bedürfen.

Als Kriterium für das Vorhandensein behandlungsbedürftiger Störungen wurde gewählt:

1. Niedrige Intelligenz (niedriger als IQ 85)
2. Gesicherter (kraß bzw. durchgängig in Erscheinung tretender) Hinweis auf eine Störung im emotional-sozialen Bereich (z. B. Beziehung zur Mutter, Angst, Aggressivität, Gehemmtheit und dergleichen). Bei Störungen also, die nach den Erkenntnissen der Psychologie und den Erfahrungen der praktischen Tätigkeit der Erziehungsberatung eine große Wahrscheinlichkeit für eine psychische Fehlentwicklung beinhalten.
3. Körperbehinderungen oder sinnesphysiologische sowie organische Funktionsstörungen wurden durch die Untersuchung nicht berücksichtigt. Hier stützen wir uns auf die Angaben des Statistischen Jahrbuches der Stadt Köln 1972 [7])

Bei der Auswahl der Verfahren für diese Untersuchung galt es nicht, eine Testbatterie zu erstellen, die es ermöglicht, eine umfassende Persönlichkeitsbeurteilung jedes einzelnen Kindes zu erstellen, sondern vielmehr lag das Hauptgewicht in der Erfassung der Gesetzmäßigkeiten von auftretenden Verhaltensauffälligkeiten in einer bestimmten Population als Gruppe oder Ganzheit gesehen. So konnte der Umfang der Testbatterie ökonomischer gehalten werden.

Es interessierten uns in erster Linie die Auffälligkeiten, die von den Lehrern spontan am häufigsten genannt wurden wie: Auffälligkeiten im Konzentrations- und Leistungsbereich einerseits, und fehlende soziale Anpassung sowie Passivität und Aggressivität andererseits. Es sollten dabei für die entsprechende Altersgruppe geeignete Verfahren gewählt werden, die das Kind nicht überfordern.

Für die Feststellung des Intelligenzniveaus erschien es uns sinnvoll, die mehr sprachgebundenen Untertests aus dem Hawik zu nehmen und als Ergänzung aus dem Handlungsteil den Untertest „Zahlensymboltest". Auf die anderen Untertests des Handlungsteils im Hawik wurde verzichtet zugunsten der „Progressive Matrices" von Raven die Coloured Form. Um noch eine zusätzliche und anders geartete Information über den Entwicklungsstand zu bekommen, wurde der „Mannzeichentest" von Goudenugh und Ziller verwendet.

Um Hinweise auf Störungen im „emotional-sozialen" Bereich zu bekommen, die auch eventuell das

häusliche Umfeld und die Beziehung zu Eltern und Geschwistern etwas aufhellen können, wurde der Thomas-Erzähltest in die Testbatterie aufgenommen. Zusätzlich war eine kurze Exploration mit den Kindern vorgesehen, um ganz eklatante Störungen oder Mißstände von ihnen selbst zu erfahren. Wo es möglich war, wurde dieses Gespräch mit den Kindern geführt. Schließlich wurde ein Katalog zur Verhaltensbeobachtung konstruiert, mit dem in der Untersuchungssituation z. B. das motorische Verhalten oder der Kontakt zum Versuchsleiter oder Sprachstörungen etc. auf einer Skala bewertet werden konnte (s. Anhang).

III. Ergebnisse

1. Die Ergebnisse der Lehrerinterviews

Insgesamt wurden 30 Lehrer interviewt, die zusammen 941 Schüler aus der 1. Klasse betreuten. Von den 941 Schülern waren 502 Jungen und 439 Mädchen.

Altersverteilung:

6 Jahre alt, 1966 geboren	=	475 Kinder
7 Jahre alt, 1965 geboren	=	390 Kinder
8 Jahre alt, 1964 geboren	=	75 Kinder
9 Jahre alt, 1963 geboren	=	1 Kind
	insgesamt:	941 Kinder

Im Laufe des Schuljahres ausgeschulte Kinder: 55
Zur Sonderschule für Lernbehinderte gemeldete Kinder: 35

Auf die Frage: „Wie viele Kinder ihrer Klasse erscheinen ihnen auffällig oder gestört?", gaben die Lehrer spontan insgesamt 180 (19,1 %) Kinder an.

Bei der Spontancharakterisierung durch die Lehrer, welches die Hauptauffälligkeit bzw. Hauptstörungen sind, wurde am häufigsten die Unkonzentriertheit genannt. Am zweithäufigsten wurde Unruhe und fehlende soziale Anpassung erwähnt. Passivität und Aggressivität stehen an dritter Stelle. Intelligenzmangel, Gehemmtheit, Nervosität, Arbeitshaltung und Angst wurden dagegen weniger häufig genannt.

Auffälligkeiten im Leistungsbereich wurden von den Lehrern hauptsächlich auf eine mangelnde Konzentration sowie auf eine geringe Begabung zurückgeführt.

Im Kontakt zu Mitschülern wurde sehr häufig der Außenseiter und der kontaktarme Schüler genannt.

Dieses erste Ergebnis, daß von den Lehrern am häufigsten die Unkonzentriertheit und am zweithäufigsten die Unruhe und die fehlende soziale Anpassung als Hauptstörung genannt wurde, stimmt mit den Ergebnissen von Steuber [8]) überein, bei dem ebenfalls mit 73,8 % die Störungen im Leistungsverhalten am häufigsten und mit 63,0 % die Auffälligkeiten im Sozialverhalten genannt wurden.

Diese ersten Angaben können hier nicht in Prozenten ausgedrückt werden, weil jeder Lehrer mit seinen eigenen Worten die häufigsten Auffälligkeiten beschrieben hat. Von uns wurden diese Angaben nur zusammengefaßt nach Bereichen und in eine Rangfolge gebracht.

Um eine differenziertere Aussage über die Auffälligkeiten zu bekommen, wurden den Lehrern einige Verhaltensstörungen aufgezählt, die häufig in der Erziehungsberatung vorkommen. Es sollten damit die Kinder erfaßt werden, die bei der Spontancharakterisierung vielleicht nicht gleich erfaßt worden sind.

Die Ergebnisse dieser Befragung nach Häufigkeiten geordnet:

Es fallen durch besondere Unruhe bzw. Überlebhaftigkeit auf	193 Kinder
Im Unterricht versagen, weil sie über nicht ausreichende Intelligenz verfügen	101 Kinder
Brillenträger sind	94 Kinder
Auffallend schweigsam verhalten sich	68 Kinder
Es sind mißerfolgsempfindlich	67 Kinder
Besonders still oder völlig angepaßt sind	60 Kinder
Gegenüber Mitschülern besonders aggressiv sind	53 Kinder
Besonders ängstlich sind	51 Kinder
Eine isolierte Stellung nehmen ein	49 Kinder
Es fallen durch Übergenauigkeit und Akuratheit auf	42 Kinder
Sehr stimmungslabil sind	40 Kinder
Es leiden offensichtlich an Minderwertigkeitsgefühlen	39 Kinder
Im Unterricht versagen, obwohl sie über eine gute Intelligenz verfügen	37 Kinder
Es sind betont ehrgeizig	36 Kinder
An den Nägeln knabbern	33 Kinder
Niedergedrückt und depressiv wirken	32 Kinder
Es bleiben wiederholt unentschuldigt von der Schule fern, schwänzen	31 Kinder
Es stottern oder stammeln in der Klasse	30 Kinder
Durch auffällige Bewegungen oder Gesichtsverziehungen wie Tic oder Grimassieren fallen auf	28 Kinder
Durch Stehlen fallen auf	23 Kinder
Am Daumen oder am Finger lutschen	22 Kinder
Durch Einnässen oder Einkoten fallen auf	19 Kinder
Durch Herumstreunen	17 Kinder
Von den Eltern wissen die Lehrer, daß durch Schlafstörungen auffallen	15 Kinder
Mit unrealistisch und hohen Leistungsansprüchen	12 Kinder
Ein auffällig sexuelles Verhalten zeigen	10 Kinder

Es laufen von zu Hause fort	7 Kinder
Hirngeschädigte	7 Kinder
Durch Eßstörungen fallen auf	6 Kinder
Körperbehinderte	3 Kinder
Mit Anfällen	3 Kinder
Durch Haare ausreißen fällt auf	1 Kind

Aus diesen Häufigkeiten ist zu entnehmen, daß viele Kinder mehrmals aufgeführt worden sind.

Auf die Frage, wie viele Kinder ihrer Klasse durch die soeben genannten Fragen nicht erfaßt sind, wurden von den 30 Lehrern eine Gesamtzahl von 452 Kindern angegeben. Wir sehen, daß bei der Spontanäußerung der Lehrer erst nur massiv auffällige Kinder genannt wurden. Bei einer weiteren, differenzierteren Frageform jedoch erheblich mehr (Vergleich Untersuchung von Steuber [8]).

Aus unserer Lehrerbefragung ist zu entnehmen, daß von 941 beurteilten Kindern 453 (48 %) keinerlei Störungen aufweisen und 489 Kinder (52 %) leichte oder starke Auffälligkeiten zeigten.

Ziehen wir die 180 (19,1 %) Kinder, die von Lehrern als unbedingt auffällig oder gestört erscheinen, von dieser Zahl 489 (52 %) ab, bekommen wir eine Zahl von 309 (32,9 %) Kinder, die wohl am besten als leicht auffällig zu bezeichnen sind.

Zu der vorläufigen Beantwortung der Frage, ob diese Lehrerinterviews als Auswahlkriterium für unsere weitere psychologische Untersuchung nützlich sind, müssen wir einige Ergebnisse der weiter unten aufgeführten Daten vorwegnehmen.

Die von den Lehrern spontan als „auffällig" bezeichneten Kinder sind auch von der psychologischen Untersuchung nach den schon genannten Kriterien zu 92,5 % als auffällig zu bezeichnen. Somit kann gesagt werden, daß hier das Urteil der Lehrer bei stark auffälligen Kindern eine gute Übereinstimmung mit den Ergebnissen der psychologischen Untersuchung erbrachte.

In der Kontrollgruppe, der als „nicht auffällig" bezeichneten Kinder, waren nach der psychologischen Untersuchung auch 62 % verhaltensauffällig. Dies aber zu einem geringeren Ausmaß als in der Untersuchungsgruppe.

Setzt man nämlich die Auffälligkeiten im „sozialemotionalen" Bereich in einen „Auffälligkeitsquotienten" um, so betrug dieser für die Untersuchungsgruppe 1,9, während er für die Kontrollgruppe nur 0,86 ausmachte. Im Intelligenz- und Leistungsbereich war kein Kind der Kontrollgruppe als auffällig zu bezeichnen.

Insgesamt kann also festgestellt werden, daß die von den Lehrern als verhaltensauffällig bezeichneten Kinder tatsächlich stark auffällig waren und die Kontrollgruppe — in Anbetracht des viel geringeren Ausmaßes an Verhaltensauffälligkeiten — durchaus als Vergleichsgruppe für die statistische Verwertung herangezogen werden kann.

2. Ergebnis der psychologischen Untersuchung

a) Vergleich der verhaltensauffälligen Kinder mit den unauffälligen (Kontrollgruppe)

Bei 123 (92,5 %) der 133 von den Lehrern als verhaltensauffällig angegebenen Kindern ergaben sich auf Grund der psychologischen Untersuchung krasse oder durchgängig in Erscheinung tretende Hinweise auf vorhandene bzw. potentielle psychische Störungen oder Fehlentwicklungen. Das bedeutet, daß die befragten Lehrer in relativ wenigen Fällen ein Kind als „auffällig" ansehen, bei dem nach dem Urteil von Experten keine eindeutigen Hinweise auf eine psychische Störung oder Fehlentwicklung vorliegen. Am ehestens lassen sich solche „Fehlurteile" bei den unspezifischen und deshalb auch von Fachleuten nicht immer leicht zu diagnostizierenden Bildern motorischer Unruhe und Lebhaftigkeit beobachten. So verbirgt sich mitunter bei sehr lebendigen und zappeligen Kindern hinter einer vom Lehrer vermuteten Hirnschädigung oder Verhaltensstörung ein alterstypisches oder entwicklungsbedingtes Phänomen.

Die psychologische Untersuchung der Mitglieder der Kontrollgruppe führte zu dem überraschenden Resultat, daß bei immerhin 13 (62 %) der 21 von den Lehrern als unauffällig angegebenen Kindern Hinweise auf vorhandene potentielle psychische Störungen oder Fehlentwicklungen vorlagen. Hieraus läßt sich leicht der Schluß ziehen, daß die Lehrer in einigen Fällen Verhaltensauffälligkeiten übersehen, die von einem Fachexperten erkannt und behandelt werden könnten. Dabei handelt es sich vor allem um solche Fälle, bei denen die Verhaltensauffälligkeit durchweg weniger deutlich in Erscheinung tritt, wie dies bei ruhigen und angepaßten Kindern der Fall ist, denen der Lehrer eine evtl. dahinterliegende Antriebs- oder Aggressionshemmung, eine starke Ängstlichkeit oder eine isolierte Phobie auf den ersten Blick nicht ansieht.

Insgesamt hat die Untersuchung gezeigt, daß die kraß in Erscheinung tretenden Verhaltensauffälligkeiten von den Lehrern relativ zuverlässig erkannt werden, während sich bei unspezifischen Formen (z. B. Unruhe) und bei den weniger deutlichen Verhaltensauffälligkeiten (z. B. bei ruhigen angepaßten Kindern) gewisse Unsicherheiten in der Beurteilung evtl. vorhandener psychischer Fehlentwicklungen angenommen werden müssen.

Im folgenden soll auf die im Rahmen der psychologischen Untersuchungen zutage getretenen Unterschiede zwischen den von den Lehrern als verhaltensauffällig und den als unauffällig angegebenen Kindern eingegangen werden. Dabei wird differenziert nach:

1. Alter
   Geschlecht
2. Leistungsbereich
3. Emotional-sozialer Bereich

Erläuterungen zu den Tabellen

In den Tabellen sind neben den absoluten Zahlen auch Prozentwerte angegeben. In Tabelle 2 (Geschlecht der untersuchten Kinder, s. u.) sind z. B. neben den Zahlen: 92 Jungen und 41 Mädchen die entsprechenden Prozentsätze von 69,2 % bzw. 30,8 % (bezogen auf sämtliche 133 auffällige Kinder) angegeben. Das gleiche bei der Kontrollgruppe, d. h. bei den Kindern, die von den Lehrern als nicht verhaltensauffällig angesehen wurden. Hier sind es 8 Jungen und 13 Mädchen, in Prozenten: 38,1 % bzw. 61,9 %. Außerdem sind Spaltensummenprozente angegeben. In unserem Beispiel (Tabelle 2) z. B. 64,9 % für die Spalte „Jungen" und 35,1 % für die Spalte „Mädchen". Diese Prozentwerte beziehen sich auf sämtliche 154 untersuchten Kinder.

Statistische Überlegungen

Bei der Wahl der statistischen Prüfverfahren zur Ermittlung signifikanter Unterschiede zwischen der Gruppe von Kindern, die von den Lehrern als verhaltensauffällig angegeben wurden und der Kontrollgruppe (nach Meinung der Lehrer nicht verhaltensauffällig), wurde folgendermaßen verfahren:

Für einige Variablen wurde der T-Test (Hoffstätter [3])-Wendt) als statistisches Prüfverfahren gewählt, weil die entsprechenden Voraussetzungen (annähernde Normalverteilung der Variable; Vorliegen einer Verhältnisskala) erfüllt waren. Bei den übrigen Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test (Hoffstätter [3])-Wendt) verwendet.

b) Alter und Geschlecht der untersuchten Kinder

Tabelle 1

Alter der untersuchten Kinder

	bis 6;6 Jahre	6;7 bis 7;0 Jahre	7;1 bis 7;6 Jahre	7;7 bis 8;0 Jahre	über 8;0 Jahre		Mittelwert
Auffällige	8 *6 %*	38 *28,6 %*	38 *28,6 %*	28 *21,1 %*	21 *15,8 %*	133	7;5 Jahre
Unauffällige	1 *4,8 %*	11 *52,4 %*	7 *33,3 %*	2 *9,5 %*	0 *0,0 %*	21	7;0 Jahre
Gesamt	9 *5,8 %*	49 *31,8 %*	45 *29,2 %*	30 *19,5 %*	21 *13,6 %*	154 *100 %*	

Das Durchschnittsalter der 133 verhaltensauffälligen Kinder ist mit 7;5 Jahren signifikant ($p < 0{,}001$) höher als das der 21 unauffälligen Kinder mit 7;0 Jahren. Dies erklärt sich aus der Tatsache, daß in der Gruppe der auffälligen Kinder mehr Sitzenbleiber bzw. entwicklungsretardierte Kinder enthalten sind als in der Kontrollgruppe.

Tabelle 2

Geschlecht der untersuchten Kinder

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Auffällige	92 *69,2 %*	41 *30,8 %*	133
Unauffällige	8 *38,1 %*	13 *61,9 %*	21
Gesamt	100 *64,9 %*	54 *35,1 %*	154 *100 %*

df: 2
Chi-Quadrat: 6,39
$P < 0{,}05$

Wie Tabelle 2 zeigt, sind unter den 133 von den Lehrern als verhaltensauffällig bezeichneten Kindern wesentlich mehr Jungen (100 = 69,2 %) als Mädchen (54 = 30,8 %). Dies entspricht dem Ergebnis einer Untersuchung von Steuber [8]), nach dem von insgesamt 157 auffälligen Grundschülern 103 (= 65,6 %) Jungen und nur 54 (= 34,4 %) Mädchen waren.

Als Erklärung hierfür (wesentlich mehr verhaltensauffällige Jungen als Mädchen) kommen u. a. folgende Gründe in Betracht: Entweder sind unter den Grundschülern in der Tat wesentlich mehr Jungen als Mädchen verhaltensauffällig, oder die Lehrer haben ganz bestimmte Vorstellungen von einer Verhaltensstörung (z. B. motorische Unruhe, Konzentrationsmängel), was zu einer stärkeren Berücksichtigung der Jungen führt, weil bei diesen jene Merkmale (motorische Unruhe u. a.) deutlicher in Erscheinung treten.

c) Leistungs- und Intelligenzbereich

HAWIK-Verbalteil

Tabelle 3

HAWIK Verbal-IQ

	M	Signifikanz
Auffällige	103,1	p = 0,001
Unauffällige	113,4	

Der Mittelwert des Verbal-IQ ist bei den auffälligen Kindern mit 103,1 IQ zwar signifikant (p = 0,001) niedriger als bei den unauffälligen (113,4 IQ), dennoch entspricht er dem allgemeinen Durchschnitt jener Altersklassen. Es ist dies ein Hinweis darauf, daß die von den Lehrern konstatierten Verhaltensauffälligkeiten nur zu einem relativ geringen Teil in Intelligenzmängeln wurzeln.

Deutliche Unterschiede zwischen auffälligen und unauffälligen Kindern zeigen sich in den folgenden Untertests:

Tabelle 4

HAWIK-Untertest: Rechnerisches Denken

	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	Gesamt
Auffällige ...	32 *24,1 %*	88 *66,2 %*	13 *9,8 %*	133
Unauffällige .	1 *4,8 %*	15 *71,4 %*	5 *23,8 %*	21
Gesamt	33 *21,4 %*	103 *66,9 %*	18 *11,7 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 6,28
df: 2
$P < 0,05$

Ergebnis: Signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen

Wie die Tabelle zeigt, sind unter den von den Lehrern als verhaltensauffällig angegebenen Kindern relativ viele (fast jedes 4.) mit unterdurchschnittlichen Leistungen im „Rechnerischen Denken", während bei den Unauffälligen (Kontrollgruppe) nur jedes 20. Kind unterdurchschnittliche Leistungen aufweist. Überdurchschnittliche Leistungen erzielte dagegen nahezu jedes 4. Kind der Kontrollgruppe, während von den Verhaltensauffälligen nur jedes 10. Kind überdurchschnittliche Fähigkeiten im Rechnerischen Denken zeigte. Insgesamt zeigt sich somit ein deutlicher Unterschied in den weitgehend schulisch erworbenen rechnerischen Fähigkeiten.

Bezüglich des Abstraktionsniveaus, das im Gegensatz zum Rechnerischen Denken weniger ein Indikator für den schulischen Leistungsstand als vielmehr ein Hinweis auf die vorhandene Allgemeinbegabung ist, hat die Untersuchung folgende Ergebnisse gebracht:

Tabelle 5

HAWIK-Untertest: Gemeinsamkeitenfinden

	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	Gesamt
Auffällige ...	8 *6,0 %*	90 *67,7 %*	35 *26,3 %*	133
Unauffällige .	0 *0,0 %*	8 *38,1 %*	13 *61,9 %*	21
Gesamt	8 *5,2 %*	98 *63,6 %*	48 *31,2 %*	154

Chi-Quadrat: 11,1
df: 2
$p < 0,01$

Ergebnis: Signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen

Aus Tabelle 7 ist ersichtlich, daß fast alle untersuchten Kinder über eine gute Allgemeinbegabung verfügen. Insgesamt haben nur 8 von 154 (= 5,2 %) unterdurchschnittliche Leistungen im Untertest „Gemeinsamkeitenfinden" erzielt, wobei alle 8 Kinder der Gruppe der Verhaltensauffälligen angehören. Die meisten Kinder dieser Gruppe (2/3) haben durchschnittliche Leistungen erzielt, jedes 4. Kind überdurchschnittliche. Bei der Kontrollgruppe haben die meisten Kinder (61,9 %) überdurchschnittliche Leistungen erzielt. Somit zeigt sich, daß auch in dem insgesamt weniger bildungsabhängigen Untertest GF hoch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen.

Tabelle 6

HAWIK-Untertest: Zahlennachsprechen

	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	Gesamt
Auffällige ...	19 *14,3 %*	99	15	133
Unauffällige .	0 *0,0 %*	14 *66,7 %*	7 *3,3 %*	21
Gesamt	19 *12,3 %*	113 *73,4 %*	22 *14,3 %*	154

Chi-Quadrat: 9,32
df: 2
$p<0,01$

Ergebnis: Signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, ist die Leistung der als verhaltensauffällig angegebenen Kinder im Zahlennachsprechen — einem Test, der die Merk- und kurzzeitige Konzentrationsfähigkeit überprüft — deutlich schwächer als die der Kontrollgruppe. So hat jedes 7. Kind aus der Gruppe der Verhaltensauffälligen ein unterdurchschnittliches Ergebnis erzielt, aus der Kontrollgruppe dagegen kein Kind. Überdurchschnittliche Leistungen zeigte aus der Kontrollgruppe jedes 3. Kind, aus der Gruppe der Verhaltensauffälligen nur jedes 9. Kind. Dieses Resultat bestätigt, daß Störungen der Konzentration und Merkfähigkeit häufig Bestandteil von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten sind.

Unterschiede zeigten sich auch im Test: Progressive Matrices

Tabelle 7

Progressive Matrices (Raven)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Gesamt
Auffällige	19 *14,3 %*	7 *5,3 %*	18 *13,5 %*	32 *24,1 %*	11 *8,3 %*	11 *8,3 %*	16 *12,0 %*	6 *4,5 %*	13 *9,8 %*	133
Unauffällige	10 *47,6 %*	1 *4,8 %*	5 *23,8 %*	3 *14,3 %*	0 *0,0 %*	2 *9,5 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	29 *18,8 %*	8 *5,2 %*	23 *14,9 %*	35 *22,7 %*	11 *7,1 %*	13 *8,4 %*	16 *10,4 %*	6 *3,9 %*	13 *8,4 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 20,05
df: 8
$p<0,01$

Ergebnis: Signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Leistung im sprachfreien Intelligenztest: Progressive Matrices

Wie die Tabelle zeigt, schneiden die als verhaltensauffällig angegebenen Kinder in einem nicht-verbalen Intelligenztest, der insbesondere die Apperzeptions- und Kombinationsfähigkeit mißt, wesentlich schwächer ab als die unauffälligen Kinder. Während von diesen Kindern der Kontrollgruppe fast jedes 2. (47,6 %) der besten Leistungsgruppe (1) angehört, ist von den Auffälligen nur jedes 7. Kind in der Gruppe der Besten. Andererseits hat von den Verhaltensauffälligen jedes 4. (26,3 %), von den Kindern der Kontrollgruppe keines eine unterdurchschnittliche Leistung erzielt.

Insgesamt erreichten die auffälligen Kinder jedoch Testleistungen, die im alterstypischen Durchschnittsbereich liegen.

Mann-Zeichen-Test (Ziler)

Tabelle 8

Mann-Zeichen-Quotient der auffälligen und unauffälligen Kinder

	Mann-Zeichen-Quotient	Signifikanz
Auffällige	108,6	p: 0,017
Unauffällige	120,0	

Auch in einem anderen Test zur Erfassung des intellektuellen Entwicklungsstandes (Mann-Zeichen-Test nach Ziler, 1958) zeigte sich, daß die Leistungen der verhaltensauffälligen Kinder zwar signifikant schlechter sind als die der unauffälligen, andererseits jedoch dem allgemeinen Durchschnitt der betreffenden Altersklasse entsprechen.

Faßt man die Ergebnisse der Intelligenzmessung zusammen, so fällt das insgesamt deutlich höhere Intelligenzniveau der unauffälligen Kinder der Kontrollgruppe auf. Eine wesentliche Erklärung hierfür ergibt sich aus der Tatsache, daß die Lehrer bei der Benennung der nicht-verhaltensauffälligen Kinder vorwiegend begabte „Musterschüler" angaben. Im Vergleich mit diesen Kindern erzielten die auffälligen Schüler zwar durchschnittlich niedrigere Intelligenzleistungen, gemessen am allgemeinen Durchschnitt gleichaltriger Kinder ergeben sich dagegen keine Unterschiede.

d) Häufigkeitsverteilung der Auffälligkeiten im emotional-sozialen Bereich

In Tabelle 9 ist dargestellt, welche Fehlentwicklungen, Ursachen und Hintergründe am häufigsten bei den von den Lehrern als verhaltensauffällig bezeichneten Kindern anzutreffen sind.

Versucht man für den emotional-sozialen Bereich einen „Auffälligkeitsquotienten" zu errechnen, um den Ausprägungsgrad der psychischen Störungen in den beiden Untersuchungsgruppen zu ermitteln, so kann festgestellt werden, daß bei der Gruppe der „auffälligen" Kinder 264mal Hinweise auf eine leichte und 251mal Hinweise auf eine starke psychische Störung vorkommen. Das ergibt für jedes der 133 „Auffälligen" einen Quotienten von 1,98 für eine leichte bzw. von 1,90 für eine starke Auffälligkeit.

Tabelle 9

1 = Hinweis auf eine psychische Fehlentwicklung
2 = deutlicher Hinweis auf eine psychische Fehlentwicklung

Störung bzw. Ursache der Störung	Verhaltensauffällige		Kontrollgruppe	
	1	2	1	2
Mutter-Kind-Beziehung ...	44 *33,1 %*	53 *40,0 %*	9 *42,9 %*	3 *14,3 %*
Gehemmtheit .	36 *27,0 %*	50 *37,6 %*	9 *42,9 %*	4 *19,0 %*
Vater-Kind-Beziehung ...	43 *32,3 %*	47 *35,3 %*	3 *14,3 %*	4 *19,0 %*
Angst	50 *37,6 %*	44 *33,1 %*	6 *28,6 %*	6 *28,6 %*
Agressivität ..	26 *19,6 %*	20 *15,0 %*	1 *4,8 %*	0 *0,0 %*
Milieu	2 *1,5 %*	10 *7,5 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*
Besitz/Oralität	19 *14,2 %*	9 *6,8 %*	2 *9,6 %*	0 *0,0 %*
Phantasterei ..	5 *3,7 %*	8 *6,0 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*
Beziehung zu Gleichaltrigen	20 *15,0 %*	6 *4,5 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*
Realitätsbezug	22 *16,5 %*	6 *4,5 %*	2 *9,6 %*	0 *0,0 %*
Beziehung zu Lehrern	2 *1,5 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*
Angeberei ..	1 *0,8 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*
Altklugheit ..	1 *0,8 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	1 *4,8 %*

Bei der Kontrollgruppe dagegen betrugen die Häufigkeiten für leichte psychische Störungen 32 und für starke Störungen 18. Das ergibt für jedes der 21 „nicht auffälligen" Kinder einen Quotienten von 152 für eine leichte bzw. von 0,86 für eine starke psychische Auffälligkeit.

Der Ausprägungsgrad von „Auffälligkeiten" im emotional-sozialen Bereich ist demnach bei der Versuchsgruppe ca. doppelt so stark wie bei der Kontrollgruppe.

Betrachtet man nur die deutlichen Hinweise (2), so ergibt sich folgendes Bild:

Zu den Hauptursachen psychischer Fehlentwicklungen zählt eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung. So ergaben sich bei 40 % der 133 untersuchten Verhaltensauffälligen deutliche Hinweise auf eine problematische Mutter-Kind-Beziehung, wobei mangelnde Zuwendung und affektive Zufuhr am häufigsten zu beobachten waren.

Deutliche Hinweise für eine Störung in der Beziehung zum Vater ließen sich bei 35,3 % der auffälligen Kinder feststellen. Extreme erzieherische Härte des Vaters sowie kindliche Haß- und Beseitigungswünsche gegenüber dem Vater waren dabei am häufigsten kennzeichnend für die gestörte Vater-Kind-Beziehung.

Relativ häufig (bei 37,6 % der Auffälligen) ließ sich eine starke Hemmung des Antriebs feststellen, was sich u. a. in geringer Aktivität und Spontaneität sowie in einem mangelnden Leistungsvertrauen zeigte. Als weiterer bedeutsamer Faktor beim Zustandekommen psychischer Fehlentwicklungen von Grundschülern erwies sich die Angst. Jedes 3. unter den auffälligen Kindern offenbarte ein deutlich erhöhtes Angstniveau, wobei im einzelnen Trennungs-, Gewissens- und Mißerfolgsängste thematisch im Vordergrund standen.

Betrachtet man für die Kontrollgruppe die Rangfolge der wesentlichen Faktoren, die Hinweise auf psychische Fehlentwicklungen sind, so ergibt sich die Reihenfolge

1. Angst (bei 28,6 % der Unauffälligen)
2. Gehemmtheit (bei 19,0 % der Unauffälligen)
3. Vater-Kind-Beziehung (bei 19,0 % der Unauffälligen)
4. Mutter-Kind-Beziehung (bei 14,3 % der Unauffälligen)

e) Weitere Ergebnisse

Im folgenden werden die Ergebnisse eines Vergleichs der beiden Gruppen bezüglich etwaiger Ursachen und Hintergründe der Verhaltensauffälligkeiten im emotional-sozialen Bereich dargestellt.

Störungen in der Beziehung zum Vater treten bei den als verhaltensauffällig angegebenen Kindern wesentlich häufiger auf als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Während von den „Auffälligen" zwei von drei Kindern Auffälligkeiten in der Beziehung zum Vater aufweisen, ist es bei den Kindern der Kontrollgruppe nur jedes 3. Erstaunlich ist jedoch, daß immerhin fast jedes 5. Kind der Kontrollgruppe eine stark problematische Beziehung zum Vater aufweist.

Tabelle 10

Beziehung zum Vater

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	43 *32,3 %*	43 *32,3 %*	47 *35,3 %*	133
Unauffällige ..	14 *66,7 %*	3 *14,3 %*	4 *19,0 %*	21
Gesamt	57 *37,0 %*	46 *29,9 %*	51 *33,1 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat 9,21
df: 2
p = 0,01

Ergebnis: Signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

Tabelle 11

Beziehung zur Mutter

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	36 *27,1 %*	44 *33,1 %*	53 *39,8 %*	133
Unauffällige ..	9 *42,9 %*	9 *42,9 %*	3 *14,3 %*	21
Gesamt	45 *29,2 %*	53 *34,4 %*	56 *36,4 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 5,31
df: 2
0,10 > p > 0,05

Ergebnis: Schwach signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

Wie die Tabelle zeigt, weisen bei den „Verhaltensauffälligen" deutlich mehr Kinder Auffälligkeiten in der Beziehung zur Mutter auf als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Vor allem ergeben sich bei den „Auffälligen" in wesentlich mehr Fällen (40 %) Hin-

Tabelle 12

Beziehung zu Gleichaltrigen (Geschwister)

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	107 *80,5 %*	20 *15,0 %*	6 *4,5 %*	133
Unauffällige ..	21 *100,0 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	128 *83,1 %*	20 *13,0 %*	6 *3,9 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 4,94
df: 2
0,10 > p > 0,05

Ergebnis: Schwach signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

weise auf eine stark problematische Beziehung zur Mutter als bei den Kindern der Kontrollgruppe (14 %). Andererseits befindet sich unter den „Unauffälligen" ein bemerkenswert hoher Anteil von Kindern mit schwächeren Hinweisen auf Störungen in der Beziehung zur Mutter.

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, gibt es bei relativ wenigen Kindern Hinweise auf Störungen in der Beziehung zu Gleichaltrigen bzw. Geschwistern. Lediglich bei den „Auffälligen" gibt es in 15 % der Fälle leichtere und in 4,5 % der Fälle starke Hinweise im oben genannten Sinne. Von den Kindern der Kontrollgruppe hingegen weist kein Kind eine Auffälligkeit in der Beziehung zu Gleichaltrigen bzw. Geschwistern auf. Es könnte dies ein Hinweis darauf sein, daß die Lehrer die unproblematische Beziehung zu Klassenkameraden als ein wesentliches Kriterium für das Nicht-Vorhandensein einer psychischen Fehlentwicklung ansehen.

Tabelle 13

Aggressivität

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	87 *65,4 %*	26 *19,5 %*	20 *15,0 %*	133
Unauffällige ..	20 *95,2 %*	1 *4,8 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	107 *69,5 %*	27 *17,5 %*	20 *13,0 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 7,74
df: 2
$p < 0{,}05$

Ergebnis: Signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

Wie die Tabelle zeigt, sind Auffälligkeiten im Bereich aggressiven Verhaltens bei den „Auffälligen" (35 %) erheblich häufiger zu beobachten als bei den Mitgliedern der Kontrollgruppe (5 %). Die Tatsache, daß sich unter den 21 „Unauffälligen" lediglich ein Kind mit einem schwachen Hinweis auf eine erhöhte Agressionsbereitschaft befindet, läßt vermuten, daß für die Lehrer das Fehlen von Agressionsäußerungen ein wesentliches Indiz für das Nicht-Vorliegen einer Verhaltensstörung ist.

Tabelle 14

Gehemmtheit

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	47 *35,3 %*	36 *27,1 %*	50 *37,6 %*	133
Unauffällige ..	8 *38,1 %*	9 *42,9 %*	4 *19,0 %*	21
Gesamt	55 *35,7 %*	45 *29,2 %*	54 *35,1 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 3,36
df: 2
$0{,}20 > p > 0{,}10$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

Die Tabelle zeigt, daß der Anteil der Kinder mit Hinweisen auf eine mehr oder minder starke Gehemmtheit bei beiden Gruppen annähernd gleich groß ist (65 % / 62 %). Lediglich im Ausmaß der Gehemmtheit zeigen sich Unterschiede, die aber mit großer Wahrscheinlichkeit (zwischen 10 und 20 %) zufälliger Natur sind. Der relativ große Anteil gehemmter Kinder in der Gruppe der „Unauffälligen" läßt die folgende Erklärung plausibel erscheinen: Bei den Lehrern gelten ruhiges Verhalten und Angepaßtheit der Schüler als wesentliche Kriterien für das Nicht-Vorhandensein einer psychischen Fehlentwicklung.

Tabelle 15

Angst

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige	39 *29,3 %*	50 *37,6 %*	44 *33,1 %*	133
Unauffällige	9 *42,9 %*	6 *28,6 %*	6 *28,6 %*	21
Gesamt	48 *31,2 %*	56 *36,4 %*	50 *32,5 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 1,58
df: 2
$0{,}50 > p > 0{,}30$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

Wie der Vergleich zeigt, gibt es bezüglich der Hinweise auf kindliche Ängste zwischen den beiden Gruppen nur unwesentliche, d. h. zufallsbedingte Unterschiede. Jedoch eine relativ starke Verbreitung von Ängsten auch bei den Kindern, die von den Lehrern als nicht verhaltensauffällig betrachtet werden.

Untersuchung geschlechtsspezifischer Störungen im emotional-sozialen Bereich

Angesichts der Tatsache, daß sich unter den von den Lehrern als verhaltensauffällig angegebenen Kindern erheblich mehr Jungen als Mädchen befinden, scheint die Frage interessant, ob sich Jungen und Mädchen auch bezüglich der Art bzw. des Hintergrundes der psychischen Fehlentwicklung voneinander unterscheiden.

Wie die folgenden Ergebnisse zeigen, besteht nur bezüglich der Aggressivität ein hoch signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. In allen anderen Bereichen ergeben sich zwar Unterschiede, die jedoch nicht signifikant sind und deshalb nur mit einer verhältnismäßig geringen Wahrscheinlichkeit den Schluß auf geschlechtstypische Störungen zulassen.

Tabelle 16

Aggressivität

	unauffällig	auffällig fällig	stark auf-	Gesamt
Jungen	61 *61,0 %*	21 *21,0 %*	18 *18,0 %*	100
Mädchen	46 *85,2 %*	6 *11,1 %*	2 *3,7 %*	54
Gesamt	107 *69,5 %*	27 *17,5 %*	20 *13,0 %*	154 *100 %*

Ci-Quadrat: 10,43

df: 2

$p < 0{,}01$

Ergebnis: Hochsignifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen

Wie Tabelle 16 zeigt, ergaben sich bei den Jungen deutlich mehr Hinweise auf aggressive Tendenzen als bei den Mädchen. So konnten bei nahezu 40 % der Jungen, aber nur bei 15 % der Mädchen eine mehr oder minder starke Aggressionsbereitschaft festgestellt werden. Dieses Ergebnis scheint die häufig geäußerte Meinung zu bestätigen, daß in unserer Gesellschaft aggressives Verhalten ein für den Mann geschlechtstypisches Merkmal darstellt.

IV. Anhang

Tabelle 17

Allgemeines Wissen

(gemessen an den Leistungen Gleichaltriger)

	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	Gesamt
Auffällige ...	22 *16,5 %*	100 *75,2 %*	11 *8,3 %*	133
Unauffällige .	2 *9,5 %*	16 *76,2 %*	3 *14,3 %*	21
Gesamt	24 *15,6 %*	116 *75,3 %*	14 *9,1 %*	154 *100 %*

Chi-Qudrat: 1,30

df: 2

$0{,}95 > p > 0{,}50$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied im allgemeinen Wissen

Tabelle 18

Allgemeines Verständnis

(gemessen an den Leistungen Gleichaltriger)

	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	Gesamt
Auffällige ...	12 *9,0 %*	70 *52,6 %*	51 *38,3 %*	133
Unauffällige .	0 *0,0 %*	13 *61,9 %*	8 *38,1 %*	21
Gesamt	12 *7,8 %*	83 *53,9 %*	59 *38,3 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 2,18

df: 2

$0{,}50 > p > 0{,}30$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied im allgemeinen Verständnis

Tabelle 19

Zahlensymboltest

(gemessen an den Leistungen Gleichaltriger)

	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	Gesamt
Unauffällige ..	2 *1,5 %*	84 *63,2 %*	47 *35,3 %*	133
Auffällige ...	0 *0,0 %*	9 *42,9 %*	12 *57,1 %*	21
Gesamt	2 *1,3 %*	93 *60,4 %*	59 *38,3 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 3,80

df: 2

$0{,}20 > p > 0{,}10$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied im Zahlensymboltest

Tabelle 20

Besitz / Oralität

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	105 *78,9 %*	19 *14,3 %*	9 *6,8 %*	133
Unauffällige .	19 *90,5 %*	2 *9,5 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	124 *80,5 %*	21 *13,6 %*	9 *5,8 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 2,02

df: 2

$0{,}50 > p > 0{,}30$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, d. h. Besitzstreben und orale Tendenzen sind keine relevanten Kriterien bei der Unterscheidung zwischen auffälligen und unauffälligen Kindern.

Tabelle 21

Realitätsbezug

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	105 *78,9 %*	22 *16,5 %*	6 *4,5 %*	133
Unauffällige .	19 *90,5 %*	2 *9,5 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	124 *80,5 %*	24 *15,6 %*	6 *3,9 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 1,82

df: 2

$0{,}50 > p > 0{,}30$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, d. h. der Realitätsbezug ist kein relevantes Kriterium bei der Unterscheidung zwischen auffälligen und unauffälligen Kindern.

Tabelle 22

Phantasterei

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	120 *90,2 %*	5 *3,8 %*	8 *6,0 %*	133
Unauffällige .	21 *100,0 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	141 *91,6 %*	5 *3,2 %*	8 *5,2 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 2,24

df: 2

$0{,}50 > p > 0{,}30$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, d. h. Phantasterei ist kein relevantes Kriterium bei der Unterscheidung zwischen auffälligen und unauffälligen Kindern.

Tabelle 23

Beziehung zum Lehrer

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	131 *98,5 %*	2 *1,5 %*	0 *0,0 %*	133
Unauffällige .	21 *100 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	152 *98,7 %*	2 *1,3 %*	0 *0,0 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 0,22

df: 1

$0{,}95 > p > 0{,}50$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen; eine Interpretation dieses Ergebnisses ist angesichts der geringen Besetzung nicht sinnvoll.

Tabelle 24

Angeberei

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	132 *99,2 %*	1 *0,8 %*	0 *0,0 %*	133
Unauffällige .	21 *100 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	153 *99,4 %*	1 *0,6 %*	0 *0,0 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 1,13

df: 1

$0{,}30 > p > 0{,}20$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen; eine Interpretation dieses Ergebnisses ist angesichts der geringen Besetzung nicht sinnvoll.

Tabelle 25

Altklugheit

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	132 *99,2 %*	1 *0,8 %*	0 *0,0 %*	133
Unauffällige .	20 *95,2 %*	0 *0,0 %*	1 *4,8 %*	21
Gesamt	152 *98,7 %*	1 *0,6 %*	1 *0,6 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 6,52

df: 2

$p > 0{,}05$

Ergebnis: Trotz signifikanter Unterschiede zwischen den Gruppen ist eine Interpretation des Ergebnisses angesichts der zu geringen Besetzung nicht sinnvoll.

Tabelle 26

Milieu

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Auffällige ...	121 *91,0 %*	2 *1,5 %*	10 *7,5 %*	133
Unauffällige .	21 *100 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	21
Gesamt	142 *92,2 %*	2 *1,3 %*	10 *6,5 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 2,05

df: 2

$0{,}50 > p > 0{,}30$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen; eine Interpretation dieses Ergebnisses ist angesichts der geringen Besetzung nicht sinnvoll.

Tabelle 27

Beziehung zum Vater

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	35 *35,0 %*	28 *28,0 %*	37 *37,0 %*	100
Mädchen	22 *40,7 %*	18 *33,3 %*	14 *25,9 %*	54
Gesamt	57 *37,0 %*	46 *29,9 %*	51 *33,1 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 1,94

df: 2

$0{,}50 > p > 0{,}30$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich einer gestörten Vater-Kind-Beziehung.

Tabelle 28

Beziehung zur Mutter

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	32 *32,0 %*	29 *29,0 %*	39 *39,0 %*	100
Mädchen	13 *24,1 %*	24 *44,4 %*	17 *31,5 %*	54
Gesamt	45 *29,2 %*	53 *34,4 %*	56 *36,4 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 3,73

df: 2

$0{,}20 > p > 0{,}10$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung.

Tabelle 29

Beziehung zum Lehrer

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	99 *99,0 %*	1 *1,0 %*	0 *0,0 %*	100
Mädchen	53 *98,1 %*	1 *1,9 %*	0 *0,0 %*	54
Gesamt	152 *98,7 %*	2 *1,3 %*	0 *0,0 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 0,09

df: 1

$0{,}95 > p > 0{,}50$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich einer gestörten Beziehung zum Lehrer.

Tabelle 30

Beziehungen zu Gleichaltrigen (Geschwister)

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	81 *81,0 %*	15 *15,0 %*	4 *4,0 %*	100
Mädchen	47 *87,0 %*	5 *9,3 %*	2 *3,7 %*	54
Gesamt	128 *83,1 %*	20 *13,0 %*	6 *3,9 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 1,05

df: 2

$0{,}99 > p > 0{,}95$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich einer gestörten Beziehung zu Gleichaltrigen (Geschwister).

Tabelle 31

Gehemmtheit

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	41 *41,0 %*	29 *29,0 %*	30 *30,0 %*	100
Mädchen	14 *25,9 %*	16 *29,6 %*	24 *44,4 %*	54
Gesamt	55 *35,7 %*	45 *29,2 %*	54 *35,1 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 4,32

df: 2

$0{,}20 > p > 0{,}10$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich des Merkmals der „Gehemmtheit".

Tabelle 32

Angst

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	26 *26,0 %*	39 *39,0 %*	35 *35,0 %*	100
Mädchen	22 *40,7 %*	17 *31,5 %*	15 *27,8 %*	54
Gesamt	48 *31,2 %*	56 *36,4 %*	50 *32,5 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 3,55

df: 2

$0{,}20 > p > 0{,}10$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich des Merkmals der „Angst".

Tabelle 33

Besitz / Oralität

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	77 *77,0 %*	15 *15,0 %*	8 *8,0 %*	100
Mädchen	47 *87,0 %*	6 *11,1 %*	1 *1,9 %*	54
Gesamt	124 *80,5 %*	21 *13,6 %*	9 *5,8 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 3,09

df: 2

$0{,}30 > p > 0{,}20$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich des Merkmals „Besitzstreben/Oralität"

Tabelle 34

Realitätsbezug

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	85 *85,0 %*	11 *11,0 %*	4 *4,0 %*	100
Mädchen	39 *72,2 %*	13 *24,1 %*	2 *3,7 %*	54
Gesamt	124 *80,5 %*	24 *15,6 %*	6 *3,9 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 4,56

df: 2

$p > 0{,}10$

Ergebnis: Leichte Tendenz, daß Störungen des Realitätsbezuges bei Mädchen häufiger anzutreffen sind als bei Jungens

Tabelle 35

Phantasterei

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	91 *91,0 %*	4 *4,0 %*	5 *5,0 %*	100
Mädchen	50 *92,6 %*	1 *1,9 %*	3 *5,6 %*	54
Gesamt	141 *91,6 %*	5 *3,2 %*	8 *5,2 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 0,53

df: 2

$0{,}95 > p > 0{,}50$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich des Merkmals „Phantasterei"

Tabelle 36

Angeberei

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	100 *100,0 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	100
Mädchen	53 *98,1 %*	1 *1,9 %*	0 *0,0 %*	54
Gesamt	153 *99,4 %*	1 *0,6 %*	0 *0,0 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 0,10

df: 1

$0{,}95 > p > 0{,}50$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich des Merkmals „Angeberei"

Tabelle 37

Altklugheit

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	100 *100,0 %*	0 *0,0 %*	0 *0,0 %*	100
Mädchen	52 *96,3 %*	1 *1,9 %*	1 *1,9*	54
Gesamt	152 *98,7 %*	*1* *0,6 %*	1 *0,6 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 3,75

df: 2

$0{,}20 > p > 0{,}10$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich des Merkmals „Altklugheit"

Tabelle 38

Milieu

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	Gesamt
Jungen	90 *90,0 %*	2 *2,0 %*	8 *8,0 %*	100
Mädchen	52 *96,3 %*	0 *0,0 %*	2 *3,7 %*	54
Gesamt	142 *92,2 %*	2 *1,3 %*	10 *6,5 %*	154 *100 %*

Chi-Quadrat: 2,23

df: 2

$0{,}50 > p > 0{,}30$

Ergebnis: Kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bezüglich des Merkmals „Milieu"

Verhaltensbeobachtung

1. Gesamteindruck — Spontancharakterisierung;

z. B. körperlicher Entwicklungsstand, äußere Erscheinung, besondere Merkmale wie Brillenträger, sichtbare Symptome etc.

Motorik

völlig ruhig, bewegungslos — sehr unruhig, zappelig, ständig in Bewegung

3 2 1 0 1 2 3

Psychischer Erregungsgrad

gelassen, beherrscht, besonnen — hektisch, heftig erregt

3 2 1 0 1 2 3

stumpf, stuporös, verschlossen, haftend, blockiert — explosiv, überhastet

3 2 1 0 1 2 3

Sprache

spricht von sich aus gar nicht — redet ununterbrochen

3 2 1 0 1 2 3

spricht halbe Sätze, Einwortsätze, abgehackt — spricht flüssig, ganze Sätze

3 2 1 0 1 2 3

Auffälligkeiten wie: stottern, stammeln, haspeln. lispeln

2. Leistungsverhalten

a) Eingehen auf die Instruktion

schnell flüssig — langsam zäh

3 2 1 0 1 2 3

b) Formen der Aufgabenbewältigung Ausdauer

groß, gut — sehr gering

3 2 1 0 1 2 3

konzentriert — unkonzentriert

3 2 1 0 1 2 3

störanfällig durch äußere Dinge — läßt sich nicht ablenken durch äußere Dinge

3 2 1 0 1 2 3

lenkt ab, bleibt von selbst nicht bei der Arbeit — bleibt bei der Arbeit

3 2 1 0 1 2 3

c) Verhalten bei Versagen, Mißerfolg _____

_____

_____

d) Verhalten bei Zeitdruck _____

_____

_____

3. Kontaktverhalten

verschlossen, totale Ablehnung des VL vermeidet Kontakt — distanzlos, faßt alles an, duzt den VL

3 2 1 0 1 2 3

zurückhaltend verschlossen — offener Blickkontakt, freundlich aufgeschlossen.

3 2 1 0 1 2 3

nicht ängstlich — ängstlich

3 2 1 0 1 2 3

Sonstige Auffälligkeiten _____

_____

_____

Linkshändig _____ Rechtshändig _____

Schule: ..... Lehrer: .....

Schülerzahl: ..... davon Jungen: .....

geboren 1967 5;3 bis 6;2	geboren 1966 6;3 bis 7;2	geboren 1965 7;3 bis 8;2	geboren 1964 8;3 bis 9;2

Zahl der Kinder, die einen Kindergarten besucht haben: .....

Zahl der Kinder, die einen Schulkindergarten besucht haben: .....

Wieviel Kinder sind im Laufe des Schuljahres ausgeschult: .....
(..... davon in einen Schulkindergarten).

Wieviel Kinder sind zur Sonderschule für Lernbehinderte gemeldet ..... (..... bereits übergewechselt).

Wieviel Kinder in Ihrer Klasse erscheinen Ihnen auffällig oder gestört? .....

Welches sind die Hauptauffälligkeiten bzw. Hauptstörungen? (Spontancharakterisierung durch die Lehrer).

Wie sehen die Hauptstörungen aus (jeweils Spontancharakterisierung)
— im Leistungsbereich
— im Kontakt zu Mitschülern
— im Kontakt zu Ihnen (dem Lehrer)
— in sonstigen Bereichen

Was sollte — Ihrer Meinung nach — mit diesen ... Kindern geschehen?

Sollten davon Kinder psychologisch untersucht (getestet) werden?

oder sollten davon Kinder psychotherapeutisch behandelt werden? (wenn ja, wie viele)?

Ich möchte Ihnen jetzt einige Verhaltensstörungen aufzählen, über die wir in der Erziehungsberatungsstelle verhältnismäßig oft berichtet bekommen. Bitte geben Sie jeweils die Anzahl der Kinder Ihrer Klasse an, auf die die beschriebene Verhaltensstörung zutrifft. Es kann sein, daß Ihnen dabei noch andere Kinder als die bereits genannten einfallen.

Haben Sie Schüler, welche durch besondere Unruhe auffallen? .....

(Möglichst unterscheiden zwischen Überlebhaftigkeit ....., Ungesteuertheit ..... und Zappeligkeit .....).

Gibt es Kinder in Ihrer Klasse, die Ihnen durch auffällige Bewegungen oder Gesichtverziehen (Tick oder Grimassieren) auffallen? .....

Wissen Sie von Eltern, daß Schüler durch Schlafstörungen ..... oder Eßstörungen ..... Sorgen bereiten?

Sind Kinder in Ihrer Klasse, die tags ..... oder nachts ..... noch Einnässen oder Einkoten?

Stottern oder stammeln Kinder Ihrer Klasse? .....

Oder gibt es Kinder, die sich auffallend schweigsam verhalten? .....

Befinden sich in Ihrer Klasse Kinder, die am Daumen oder am Finger lutschen ....., an den Nägeln knabbern ....., oder Haare ausreißen .....?

Gibt es in Ihrer Klasse Kinder, die ein auffälliges sexuelles Verhalten zeigen? .....

Ist Ihnen von Kindern Ihrer Klasse bekannt, daß sie stehlen ....., von zu Hause fortlaufen ....., herumstreunen .....?

Haben Sie Schüler, die wiederholt unentschuldigt von der Schule fernbleiben, schwänzen .....?

Haben Sie Kinder, die gegenüber Mitschülern besonders aggressiv sind ....., oder solche, die eine isolierte Stellung einnehmen .....?

Haben Sie besonders stille, völlig angepaßte Kinder? .....

Haben Sie betont ehrgeizige Schüler ..... oder Schüler mit unrealistisch hohen Leistungsansprüchen .....?

Haben Sie sehr mißerfolgsempfindliche Schüler? .....

Haben Sie Schüler, die durch ihre Übergenauigkeit und Akkuratheit auffallen? .....

Haben Sie Schüler, die im Unterricht versagen, obwohl sie über eine gute Intelligenz verfügen? .....

Haben Sie Schüler, die sehr stimmungslabil sind ....., oder sehr niedergedrückt, depressiv ..... wirken?

Sind Kinder Ihrer Klasse besonders ängstlich ..... oder gibt es solche, die offensichtlich an Minderwertigkeitsgefühlen leiden .....?

Haben Sie Schüler, die im Unterricht versagen, weil sie über nicht ausreichende Intelligenz verfügen? .....

Haben Sie Schüler mit körperlichen Funktionsstörungen oder Defekten wie z. B.
körperbehindert (.../...), sehbehindert (.../...), hörgeschädigt (.../...), hirngeschädigt (.../...) Kinder mit Anfällen ....., Absencen .....), Diabetes (.../...) u. a. (sicher diagnostiziert/vom Lehrer vermutet).

Geben Sie bitte die Anzahl der Kinder Ihrer Klasse an, die durch die soeben genannten Fragen *nicht* erfaßt sind .....

Abgesehen von den Kindern Ihrer Klasse, welche Möglichkeiten der Hilfe für gestörte oder auffällige Kinder allgemein kennen Sie?

	spontan	nachgefragt
Schulpsychologischer Dienst		
psychiatrische Klinik		
Erziehungsberatungsstelle		
Psychologe		
Psychagoge		
Psychotherapeut		
Pestalozzistation		
Psychosomatische Abteilung		
Ganztagsschule		
Erholungskur		
Familienfürsorge		
Kinderheim		
Heiltherapeutisches Heim		
Sonderschule für Lernbehinderte		
Sonderschule für Legastheniker		
Sonderschule für Körperbehinderte		
Sonderschule für Hirngeschädigte		
Sonderschule für Sprachgestörte		
Sonderschule für Erziehungshilfe		
Psychiater		
Facharzt für Pädiatrie		
Sonstige		

Haben Sie sich während Ihrer Ausbildungszeit mit Kinderpsychologie beschäftigt?

Hatten Sie die Möglichkeit, sich während Ihrer Berufstätigkeit über kinderpsychologische Fragen fortzubilden?

und würden Sie so eine Fortbildung wünschen? (Wenn ja, spezielle Wünsche und Vorstellungen).

Darf ich Sie nun noch ein paar Daten zu Ihrer Person fragen?

Alter: ..... Vollberuflich: ..... Nebenberuflich: .....

Verheiratet: ..... ledig: ..... eigene Kinder: .....

Jahr der ersten Lehrerprüfung? .....

Jahr der zweiten Lehrerprüfung: .....

Anzahl der Schuldienstjahre: .....

V. Zusammenfassung

a) Statistische Basiszahlen

Aus dem statistischen Jahrbuch der Stadt Köln 1972 (19) geht hervor, daß am Einschulungstag ca. 13 780 Kinder schulpflichtig geworden sind. Ordnunggemäß eingeschult wurden 12 948 Kinder.

Von den im Jahre 1972 eingeschulten Kindern wurden 1 199 (9,3 %) von vornherein Sondereinrichtungen und Sonderschulen der verschiedensten Art zugeführt, um eine entsprechende Betreuung zu erfahren. Es handelt sich hier um folgende Sondereinrichtungen:

Heimsonderschulen, Sonderschulen für Lernbehinderte —, Schwerhörige —, Sehbehinderte —, Sprachbehinderte —, Erziehungshilfe —, Körper- und Geistesbehinderte und Krankenhausschulen.

b) Zu den Ergebnissen der Lehrerinterviews

Als Ergebnis der Lehrerbefragung stellte sich heraus, daß 2 244 (19,1 %) von 11 749 normal eingeschulten Kindern im ersten Schuljahr 1972 als stark auffällig bezeichnet werden müssen, die dringend einer Untersuchung und Behandlung bedürfen.

Es benötigen danach 3 Gruppen von Kindern eine zusätzliche Betreuung:

1 199	(8,7 %)	Kinder, die in Sonderschulen und Heimen untergebracht sind.
826	(6 %)	Kinder, die zurückgestellt worden sind aus medizinischen Gründen.
2 244	(16,3 %)	Problemkinder, wie sie durch die Untersuchung ermittelt wurden.
4 269	(31 %)	

Von den 13 780 Kindern, die 1972 hätten eingeschult werden müssen, erwiesen sich als auffällig und interventionsbedürftig 4 269. Die Gesamtprozentzahl der auffälligen Kinder beträgt danach 31 %.

Weder das zur Verfügung stehende statistische Material noch die Untersuchung selber erlauben eine genaue Differenzierung des ermittelten Prozentsatzes nach medizinischen oder psychologischen Kriterien und auch nicht nach stationären, halbstationären oder ambulanten Maßnahmen.

Die rein statistischen Angaben über die Einschulung von Kindern in Sonderschulen sind auch kein Hinweis dafür, ob damit eine hinreichende Versorgung der in verschiedenster Weise geschädigten Kinder garantiert ist. Sicher wird aber durch die Überweisung in eine Sonderschule der besonderen Schädigung des Kindes in etwa Rechnung getragen. Das unterstreicht aber gerade die andere Tatsache, daß ein hoher Prozentsatz, nämlich 22,3 % des Einschulungsjahrganges, hinsichtlich ihrer Schädigung oder Auffälligkeiten völlig unzureichend berücksichtigt bleibt.

Von den nach unseren Ergebnissen an sich zu untersuchenden und zu behandelnden 4 269 Kindern des 1. Schuljahrganges 1972 sind nachweislich nur 337, also 7,9 % von den 8 Erziehungsberatungsstellen in Köln erfaßt worden. Wir berücksichtigen hier nicht, daß in Arztpraxen, Kliniken und anderen Einrichtungen ein weiterer Teil der Kinder betreut worden ist, müssen dieses aber auf Grund der Ergebnisse anderer Untersuchungen, die auch ältere Schuljahrgänge erfaßten, als sehr gering einschätzen.

Für die Bedarfsermittlung eines Versorgungssystems bleibt das ermittelte Ergebnis von 31 % maßgeblich.

c) Zu den Ergebnissen der psychologischen Untersuchung

Von den durchgeführten psychologischen Untersuchungen her zeichnen sich ganz bestimmte Schwerpunkte ab, die im Hinblick auf die in der Schule befindlichen auffälligen Kinder von besonderer Relevanz sind.

Von dieser Arbeit kann als besonderes Ergebnis herausgestellt werden, daß ein hoher Anteil der an sich auffälligen Kinder Störungen aufweist, die im engeren sozialen Bereich der Familie entstanden sind.

Das bedeutet aber, daß innerhalb eines Versorgungssystems nicht ausschließlich eine kinderzentrierte Arbeit zu leisten ist, sondern insbesondere die Familie als Ganzes berücksichtigt werden muß; Das würde bedeuten, daß eine Schwerpunktaufgabe eines Versorgungssystems die Prävention und Prophylaxe sein muß.

d) Bevölkerungsstatistische Rechnungen

Beschränken wir uns nur auf das vorhandene Zahlenmaterial der Schüler bis zur 10. Klassse, dann lebten im Jahre 1972 in Köln 119 573 Kinder und Jugendliche im Alter von 6,0 bis 16,11 Jahren. (Die Gesamtbevölkerung von Köln betrug im gleichen Jahre 838 392).

Im ersten Schuljahr befanden sich davon 12 948 Kinder, das macht 10,8 % dieser Gesamtgruppe aus. Von diesen 10,8 % sind 3 443 Kinder, die eine psychohygienische Versorgung brauchen. (Hinzuzuzählen sind im ersten Schuljahr 826 Kinder, die auf Grund besonderer massiver Störungen nicht eingeschult wurden und mit in die Versorgung einzubeziehen wären.)

Wir setzen voraus, daß in allen Jahrgängen ein ähnlich hoher Prozentsatz auffälliger Kinder und Jugendlicher vorhanden ist, weil andere Untersuchungen auch in höheren Schuljahrgängen ähnlich große Zahlen ermittelt haben und weil wir annehmen, daß die „geheilten" Kinder ersetzt werden durch solche, die durch die Schule und andere Faktoren sich zu auffälligen Kindern entwickeln.

Multipliziert man also die im ersten Schuljahr 1972 ermittelten 3 443 Kinder mit der Größe ihrer Anteiligkeit an der Gesamtgruppe der 6 bis 16jährigen, so ergibt sich für das Jahr 1972 die geschätzte Zahl von 37 184 auffälligen Kindern und Jugendlichen.

Von dieser Zahl sind 7 921 Kinder und Jugendliche abzuziehen, die von Sondereinrichtungen, wie Sonderschulen für Lern-, Geistes-, Sinnesbehinderte etc. erfaßt worden sind.

Nach der vorliegenden Statistik der 8 Erziehungsberatungsstellen der Stadt Köln wurden von der angegebenen Altersgruppe 1 655 Kinder betreut.

Das ergibt aber, daß im Jahre 1972 ca. 27 608 Kinder unzureichend oder gar nicht im Hinblick auf ihre Auffälligkeit untersucht oder behandelt worden sind.

Bezogen auf 100 000 der Bevölkerung sind es dann ca. 3 300 unversorgte Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6,0 und 16,11 Jahren. Dieses Ergebnis unterstreicht nachdrücklich, daß eine hohe Anzahl von ambulanten Einrichtungen der verschiedensten Art vorhanden sein muß, wenn eine angemessene Versorgung in einem Versorgungssystem gewährleistet sein soll. Für den Bereich des stationären und halbstationären Versorgungssystems werden die vorläufigen Schlüsselzahlen maßgeblich sein, wie sie von der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermittelt worden sind. Die Genauigkeit dieser Schlüsselzahlen jedoch wird erst die Zukunft erbringen können, weil weitgehend eine ambulante Versorgung mitentscheiden wird, inwieweit im Einzelfall die stationäre Betreuung notwendig oder die ambulante Betreuung ausreichend ist.

Literaturverzeichnis

[1]) Brunn, L.: Statistische Ergebnisse an 1 291 Kieler Schulkindern einer gemischten Volks- und Mittelschule aus der Sicht der Erziehungsberatung. Praxis der Kinderpsychologie (1957), Jahrgang 6., Heft 10, S. 261.

[2]) V. Harnack, G. H.: Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind. Thieme-Verlag, 1958.

[3]) Hoffstätter-Wendt: Quantitative Methoden der Psychologie. München, 1966.

[4]) Kulessa, Chr.: Über Verhaltensstörungen bei zehnjährigen Grundschulkindern. (Dissertation Universität Heidelberg, 1973).

[5]) Specht, F.: Funktion und Struktur der Erziehungsberatung im Wandel. (Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 1973).

[6]) Specht, F.: Krankheitsgruppenbilder und -Begriffe. (Arbeitsgruppe: Kinder- und Jugendpsychiatrie der Sonderkommission.)

[7]) Stadt Köln: Statistisches Jahrbuch der Stadt Köln 1972.

[8]) Steuber, H.: Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Praxis der Kinderpsychologie, 1973, Jahrgang 22., Heft 7.

[9]) Thalmann, H. Ch.: Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Klett-Verlag, 1971.

[10]) Wiesenhütter, E.: Erscheinungsweisen mit Ursachen der Verhaltensstörungen. Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. I, München, Reinhard 1964, Herausgeber Lückert, H. P.

Probleme bei der Betreuung psychisch veränderter und / oder geistig — seelisch behinderter und / oder gestörter alter Menschen im Heim

von

S. Gössling

Methode:

Befragung der „Heimleitung" durch Übersendung eines auszufüllenden Fragebogens, der sowohl vorgedruckte Fragen als auch Raum für freie und zusätzliche Beantwortung enthielt.

Zeit:

Befragung im Oktober 1972, Auswertung von November 1972 bis Februar 1973.

Heime:

Angeschrieben wurden alle Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland, die

a) entweder als Altenwohnheim oder als Altenheim mehr als 160 Betten/Plätze
b) oder als Altenheim mehr als 80 Pflegebetten haben
c) oder die Pflegeheim bzw. Altenkrankenheim ohne Rücksicht auf die Bettenzahl sind.

Diese Voraussetzungen erfüllten 173 Altenwohnheime und Altenheime mit je mehr als 160 Betten/Plätzen sowie 110 Altenpflegeheime und solche Altenheime, die oben nicht bereits erfaßt waren und je über mehr als 80 Pflegeplätze verfügen.

Alle 283 Heime besitzen zusammen rd. 85 000 Betten/Plätze, das sind von geschätzten ca. 6 000 Heimen mit zusammen 350 000 Betten/Plätzen rd. 5 % aller Heime mit rd. 25 % aller Heimbetten.

Auswertung:

95 Heime gaben den Fragebogen ausgefüllt zurück, das sind 34 % der angeschriebenen und ca. 2 % der vorhandenen Heime.

Diese 95 Heime besitzen zusammen 23 869 Betten/Plätze, das sind etwa 28 % der ausgewählt gewesenen und ca. 7 % der vorhandenen Heimbetten/Plätze:

Weniger als 101 Betten:
12 Heime = 990 Betten, i. D. 83 Betten

101 bis 200 Betten:
38 Heime = 5 941 Betten, i. D. 156 Betten

210 bis 300 Betten:
20 Heime = 4 959 Betten, i. D. 248 Betten

Mehr als 300 Betten:
25 Heime = 11 979 Betten, i. D. 479 Betten

Zusammen
95 Heime = 23 869 Betten, i. D. 251 Betten

Gliederung

Tab. Nr.

Projektbeschreibung ..... —

Basiszahlen zur Auswertung ..... —

Erklärung der Gruppeneinteilung:
Heime der Gruppen I bis IV ..... —
Heime der Auswahlgruppe V ..... —
Heime der Sondergruppe VI ..... —

Index der Problemkreise: Schwierigkeiten ...
... für die Heimbewohner (A) ..... —
... für das Heim (B) ..... —
... für die Mitarbeiter (C) ..... —
... bezüglich der Behandlung ..... —

Tab. Nr.

Psychisch kranke / veränderte Heimbewohner:
- Gruppen I bis IV und Durchschnitt 1
- Sondergruppe VI 16

Behandlungsbedürftige Heimbewohner:
- Gruppen I bis IV und Durchschnitt 2
- Sondergruppe VI 17
- Differenzierung krank / behandlungsbedürftig 3

Positive Voraussetzungen in den Heimen:
- Gruppen I bis IV und Durchschnitt 4
- Auswahlgruppe V 10

Schwierigkeiten für die Heimbewohner:
- Gruppen I bis IV und Durchschnitt 5
- Auswahlgruppe V 11
- Sondergruppe VI 18

Schwierigkeiten für das Heim:
- Gruppen I bis IV und Durchschnitt 6
- Auswahlgruppe V 12
- Sondergruppe VI 19

Schwierigkeiten für die Mitarbeiter:
- Gruppen I bis IV und Durchschnitt 7
- Auswahlgruppe V 13
- Sondergruppe VI 20

Schwierigkeiten bezüglich der Behandlung:
- Gruppen I bis IV und Durchschnitt 8
- Auswahlgruppe V 14
- Sondergruppe VI 21

Die zehn „wichtigsten" Probleme:
- Gruppen I bis IV und Durchschnitt 9
- Auswahlgruppe V 15
- Sondergruppe VI 22

Schwierigkeiten mit einer Nennungshäufigkeit von mehr als 33,3 %
- In allen Heimgruppen 23
- In einzelnen Heimgruppen 24

Auswertung: Wichtige Probleme ...
- ... bei den Heimen insgesamt ..... —
- ... bei Heimen der Gruppe I ..... —
- ... bei Heimen der Gruppe II ..... —
- ... bei Heimen der Gruppe III ..... —
- ... bei Heimen der Gruppe IV ..... —
- ... bei Heimen der Auswahlgruppe V ..... —
- ... bei Heimen der Sondergruppe VI ..... —

Zu den Tabellen:

Nach der Heimgröße werden die vier vorstehenden Gruppen unterschieden, nämlich

I = weniger als 101 Betten,

II = 101 bis 200 Betten,

III = 201 bis 300 Betten,

IV = mehr als 300 Betten.

Alle Angaben erfolgen in v. H. der Betten/Plätze. Eine Benennung nach der Zahl der Heime wäre wenig sinnvoll, eine solche nach der Zahl der Betten unübersichtlich. Im übrigen wäre eine Angabe in % der Heime (statt in % der Betten) durch fast immer etwa gleiche Werte gekennzeichnet.

Zu den Aussagen:

Es werden 40 Schwierigkeiten voneinander unterschieden, eingeteilt in vier Problemkreise:

10 Probleme als Schwierigkeiten für die Patienten,

18 Probleme als Schwierigkeiten für das Heim,

4 Probleme als Schwierigkeiten für die Mitarbeiter,

8 Probleme bezüglich der Behandlung dieser Patienten.

Aus Vereinfachungsgründen finden sich die möglichst eindeutig formulierten, entsprechenden Aussagen nachstehend zusammengefaßt, die zugehörigen Buchstaben und Zahlen erscheinen in den Tabellen wieder.

A Schwierigkeiten für die Patienten/Heimbewohner

A 01 Patienten halten sich selbst nicht für heimpflegebedürftig

A 02 Patienten fühlen sich am falschen Platz

A 03 Patienten vermissen ärztliche Betreuung, vielleicht wie von früher gewöhnt

A 04 Patienten erkennen keine Rehabilitations-Chance

A 05 Patienten finden sich nach vorheriger stationärer Behandlung in den anderen Bedingungen des Heimlebens nicht zurecht.

A 06 Patienten leiden mehr als die anderen Heimbewohner unter ihrer Ausgliederung aus der Familie

A 07 Patienten müssen wegen nicht vorhandener Einrichtung/Ausstattung im Heim Einschränkungen hinnehmen

A 08 Patienten wissen mit ihrer Zeit nichts anzufangen

A 09 Patienten finden wenig Kontakt zu anderen Heimbewohnern

A 10 Patienten finden wenig Kontakt zu den Mitarbeitern.

B Schwierigkeiten für das Heim

B 01 Eine Änderung des eigentlichen Heimcharakters ist zu befürchten

B 02 das Ansehen des Hauses bei der Einwohnerschaft ist gefährdet

B 03 Vorhandene Mitarbeiter wollen die Betreuung nicht oder nur ungern übernehmen

B 04 Die Gewinnung neuer Mitarbeiter ist gefährdet

B 05 Bei der Unterbringung dieser Patienten ergeben sich räumliche Probleme

B 06 Ausstattung und Einrichtung des Heims sind auf diese Aufgaben nicht abgestellt

B 07 Das Heimklima wird ungünstig beeinflußt

B 08 Andere Heimbewohner lehnen diese Patienten ab

B 09 Die Heimordnung wird gestört

B 10 Es ergeben sich pflegerische Probleme durch erhöhten Zeitaufwand

B 11 Es ergeben sich pflegerische Probleme durch die Verwirrtheit dieser Patienten

B 12 Es ergeben sich pflegerische Probleme durch Uneinsichtigkeit und Nichtbefolgen von Anordnungen

B 13 Es ergeben sich rechtliche Probleme in Zusammenhang mit der Gewährleistung der persönlichen Sicherheit der Patienten

B 14 Eine Selbstgefährdung durch unkontrolliertes Verhalten muß befürchtet werden

B 15 Durch mögliches aggressives Verhalten drohen anderen Heimbewohnern Gefahren

B 16 Die ggf. notwendige Weiterverlegung stößt auf rechtliche Probleme

B 17 Fehlende Merkmale körperlicher Pflegebedürftigkeit führen zu unangemessenen niedrigem Pflegesatz

B 18 Die Angehörigen anderer Heimbewohner beschweren sich über dieses Zusammenleben.

C Schwierigkeiten für die Mitarbeiter

C 01 Es kommt kein Kontakt zustande, wie sonst gewohnt und erwartet

C 02 Störungen der Arbeitsabläufe bedingen Zeitverlust

C 03 Im pflegerischen Alltag gibt es zusätzliche, sonst unbekannte Belastungen

C 04 Die Mitarbeiter sind nach ihrer Ausbildung bzw. nach ihrer Berufserfahrung diesen Aufgaben nicht gewachsen

D Schwierigkeiten bezüglich der Behandlung

D 01 Gezielte Behandlung scheitert an unbekannter Vorgeschichte oder unaufgeklärter Diagnose

Tabelle 1

Anteile der Heimbewohner an der Gesamtbelegung des Heims, die — nach Meinung der „Heimleitung" — auffällig psychisch krank / verändert sind

— in % —

Anteil	Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten
0 bis 10	29,9	19,6	25,6	38,9	29,2
11 bis 30	31,8	42,3	36,3	31,2	29,0
31 bis 50	22,8	28,0	20,8	13,2	27,3
51 bis 70	9,4	10,1	7,7	6,1	11,5
über 70	6,1	0,0	9,6	10,6	3,0
Mind. i. D. *)	19,6	18,4	21,2	18,2	19,7

*) Bei Ansetzung der jeweils niedrigsten Quote (0, 11, 31, 51, 71 %) ergibt sich, welcher Anteil der Heimbewohner im Durchschnitt *mindestens* betroffen wird.

Tabelle 2

Anteile der Heimbewohner an der Gesamtbelegung des Heims, die — nach Meinung der „Heimleitung" — wegen psychischer Erkrankung / Veränderung fachärztlicher Behandlung bedürfen

— in % —

Anteil	Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten
0 bis 10	55,9	58,9	42,1	59,2	61,1
11 bis 30	19,5	31,0	34,6	20,3	10,7
31 bis 50	10,6	10,1	5,4	14,5	11,7
51 bis 70	4,3	0,0	4,5	0,0	6,3
über 70	9,7	0,0	13,4	6,0	10,2
Mind. i. D. *)	14,5	6,5	17,3	11,0	15,3

*) Bei Ansetzung der jeweils niedrigsten Quote (0, 11, 31, 51, 71 %) ergibt sich, welcher Anteil der Heimbewohner im Durchschnitt *mindestens* betroffen wird.

D 02 Bei den Patienten fehlt es an fachärztlicher und/oder stationärer Vorbehandlung

D 03 Der ärztliche Dienst im Heim erkennt die Behandlungsnotwendigkeit überhaupt nicht

D 04 Die Ärzte (Hausärzte) kommen mit diesen Patienten nicht zurecht

D 05 Es fehlt die fachärztliche Behandlung

D 06 Rehabilitations-Chancen können nicht angeboten werden

D 07 Eine ärztliche Beratung des Pflegedienstes zur Lösung entstehender Probleme findet nicht statt

D 08 Einer Verschlechterung des Zustandes wird nicht entgegengewirkt, weil niemand bevorstehende akute Veränderungen rechtzeitig erkennt

In den Heimen aller Größen wird mithin mindestens etwa jeder fünfte Bewohner als auffällig psychisch krank oder verändert, jeder siebte als psychiatrischer Behandlung bedürftig eingestuft.

Tabelle 3

Anteil der Heimbewohner, die zwar als psychisch krank / verändert gelten, aber nach Meinung der „Heimleitung" dennoch nicht deswegen fachärztlicher Behandlung bedürfen

— in % —

	Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten
% der „Auffälligen"	26,0	64,7	18,4	39,6	22,3

Tabelle 4

Positive Voraussetzungen in den Heimen

— in % —

Angeblich vorhanden	Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten
Besondere Station für psychisch Kranke	22,3	19,8	13,5	25,2	25,7
Regelmäßige Betreuung durch Psychiater	52,7	44,6	47,0	49,0	57,7
Funktionierende Beschäftigungstherapie	47,1	30,3	25,3	55,4	55,8

Im allgemeinen wird mithin etwa jeder vierte der auffällig Kranken oder Veränderten als entsprechender Behandlung bedürftig eingestuft.

Die Differenzen zwischen den Tabellen 1 und 3 erscheinen beachtlich.

Zu Tabelle 4 bestehen offenbare Definitionsschwierigkeiten. Diese Angaben sollten aus triftigen Gründen nur mit Zurückhaltung betrachtet werden.

Tabelle 5

Häufigkeit der Schwierigkeiten für die Heimbewohner, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit für alle Heime; die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

„Wichtig" *)		Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten
A 08	Zeitproblem	45,2 % / 1	43,7 % / 2	36,8 % / 1	39,3 % / 1	51,9 % / 1
A 09	Kontakt Mitbewohner	39,6 % / 2	19,8 % / 4	26,9 % / 3	36,6 % / 2	48,9 % / 2
A 06	Ausgliederung	23,6 % / 3	46,2 % / 1	32,1 % / 2	15,3 % / 3	21,1 % / 4
A 01	Selbsteinschätzung	18,3 % / 4	15,2 % / 7	13,1 % / 5	9,3 % / 6	24,9 % / 3
A 04	Fehlende Reha-Chancen	15,7 % / 5	38,5 % / 3	14,5 % / 4	10,9 % / 4	16,4 % / 5
A 07	Ausstattung	13,9 % / 6	17,9 % / 5	13,0 % / 6	10,5 % / 5	15,4 % / 6
A 10	Kontakt Mitarbeiter	8,6 % / 7	17,8 % / 6	9,7 % / 8	6,1 % / 8	8,3 % / 7
A 02	Fehlplaziert	7,4 % / 8	10,1 % / 8	7,9 % / 9	4,4 % / 9	8,2 % / 8
A 05	Heimbedingungen	4,7 % / 9	10,1 % / 9	10,0 % / 7	8,8 % / 7	0,0 % / 10
A 03	Ärztliche Betreuung	1,6 % / 10	5,0 % / 10	0,0 % / 10	0,0 % / 10	2,8 % / 9

*) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Daß sie mit ihrer Zeit nichts anzufangen wissen, daß sie wenig Kontakt zu anderen Heimbewohnern finden, daß sie sich selbst nicht für heimpflegebedürftig halten und daß sie mehr als andere unter ihrer Ausgliederung aus der Familie leiden — dies alles zusammen bildet nach Meinung der Heimleitungen die entscheidende Problematik für die Bewohner. Ärztliche Betreuung wird nach diesen Aussagen kaum von den Betroffenen selbst vermißt.

Der fehlende Kontakt zu anderen Heimbewohnern (A 09) wird mit wachsender Größe des Heimes immer problematischer. Rehabilitations-Chancen vermißt man als Patient in Heimen bis zu 100 Betten weit häufiger als in den größeren (A 04).

Tabelle 6

Häufigkeit der Schwierigkeiten für das Heim, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit für alle Heime; die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

	„Wichtig" *)	Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten
B 10	Zeitaufwand Pflege	55,5 % / 1	62,6 % / 1	39,1 % / 1	35,3 % / 5	71,6 % / 1
B 11	Verwirrtheit der Patienten	52,9 % / 2	56,3 % / 3	38,3 % / 2	47,0 % / 1	62,4 % / 2
B 05	Raumprobleme	41,6 % / 3	0,0 % / 18	34,7 % / 3	38,3 % / 4	49,9 % / 3
B 12	Ungehorsam	36,3 % / 4	31,0 % / 7	30,0 % / 4	25,6 % / 9	44,3 % / 4
B 13	Recht und Sicherheit	34,0 % / 5	32,7 % / 6	29,7 % / 5	40,7 % / 2	33,5 % / 6
B 06	Ausstattung	30,5 % / 6	19,9 % / 11	23,5 % / 8	39,9 % / 3	30,8 % / 8
B 08	Ablehnung Mitbewohner	29,8 % / 7	22,5 % / 10	27,4 % / 6	29,2 % / 6	31,7 % / 7
B 14	Selbstgefährdung	27,1 % / 8	45,5 % / 5	18,4 % / 11	25,6 % / 8	30,5 % / 9
B 18	Beschwerden Angehörige	26,5 % / 9	17,8 % / 14	12,2 % / 14	19,8 % / 11	37,0 % / 5
B 17	Niedriger Pflegesatz	26,0 % / 10	47,7 % / 4	19,7 % / 10	29,1 % / 7	26,0 % / 10
B 07	Heimklima	17,3 % / 11	18,2 % / 12	15,9 % / 12	18,8 % / 13	17,3 % / 11
B 16	Weiterverlegung	16,1 % / 12	24,5 % / 9	15,7 % / 13	19,6 % / 12	14,2 % / 13
B 01	Heimcharakter	15,8 % / 13	27,9 % / 8	25,2 % / 7	20,3 % / 10	8,2 % / 15
B 04	Personal Gewinnung	14,2 % / 14	57,3 % / 2	21,2 % / 9	16,9 % / 14	6,1 % / 16
B 15	Verhalten aggressiv	12,2 % / 15	8,1 % / 15	10,5 % / 15	14,8 % / 16	12,4 % / 14
B 09	Störung Heimordnung	10,3 % / 16	4,8 % / 17	7,3 % / 16	5,0 % / 18	14,5 % / 12
B 02	Guter Ruf	6,8 % / 17	8,1 % / 16	7,1 % / 17	15,9 % / 15	2,8 % / 17
B 03	Personal Bereitschaft	3,0 % / 18	17,8 % / 13	4,2 % / 18	6,0 % / 17	0,0 % / 18

*) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Die entscheidende Problematik für das Heim setzt sich daher nach Meinung der Heimleitungen zusammen aus pflegerischen Schwierigkeiten durch erhöhten Zeitaufwand für diese Patienten und durch deren sogenannte „Verwirrtheit" sowie aus räumlich bedingten Unterbringungsschwierigkeiten. Dabei entspricht B 10 (erhöhter Zeitaufwand) dem Problem A 08 aus Tabelle 5 (wissen mit ihrer Zeit nichts anzufangen).

Abweichend davon tritt bei 201 bis 300 Betten das Zeitproblem bei den Pflegenden deutlich in den Hintergrund, während hier rechtliche Sorgen und Ärger mit der Einrichtung eine größere Rolle zu spielen scheinen.

Die Gruppe der kleineren Heime verneint räumliche Schwierigkeiten völlig, sorgt sich aber um so mehr um die Gewinnung neuer Mitarbeiter, die wegen solcher Patienten nicht kommen wollen.

Tabelle 7

Häufigkeit der Schwierigkeiten für die Mitarbeiter, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit für alle Heime; die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

	„Wichtig" *)	Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten
C 03	Zusatzbelastungen	33,7 % / 1	43,5 % / 1	33,5 % / 1	25,8 % / 2	36,2 % / 1
C 04	Fachkenntnisse	29,4 % / 2	28,4 % / 2	24,0 % / 2	26,4 % / 1	33,4 % / 2
C 02	Zeitverluste	22,7 % / 3	5,1 % / 4	17,6 % / 3	15,4 % / 3	29,7 % / 3
C 01	Kein Kontakt	11,5 % / 4	10,1 % / 3	2,4 % / 4	6,0 % / 4	18,4 % / 4

*) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Zusätzliche Belastungen im pflegerischen Alltag gelten als Hauptproblem auf Seiten der Mitarbeiter. Daß deren Kontakt zu den Patienten nicht wie sonst zustande kommt, wird als weniger wichtig eingestuft. Wichtige andere Schwierigkeit: Unzulängliche Ausbildung bzw. Berufserfahrung der Mitarbeiter.

Tabelle 8

Häufigkeit der Schwierigkeiten bezüglich der Behandlung, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit für alle Heime; die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

	„Wichtig" *)	Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten
D 06	Keine Reha-Chancen	40,9 % / 1	47,4 % / 1	54,1 % / 1	44,6 % / 1	32,2 % / 1
D 01	Fragliche Diagnosen	27,8 % / 2	42,6 % / 2	33,2 % / 3	24,6 % / 4	25,3 % / 2
D 02	Vorbehandlung	22,1 % / 3	18,3 % / 4	16,8 % / 6	27,4 % / 3	22,8 % / 3
D 05	Fachärztliche Behandlung	17,5 % / 4	23,2 % / 3	23,4 % / 4	32,2 % / 2	8,1 % / 5
D 07	Beratung der Pfleger	17,3 % / 5	16,3 % / 5	38,3 % / 2	14,9 % / 6	0,0 % / 6
D 08	Veränderungen Zustand	11,0 % / 6	0,0 % / 7	17,4 % / 5	19,5 % / 5	5,2 % / 7
D 04	Hausärztliches Wissen	8,0 % / 7	0,0 % / 8	9,5 % / 7	4,5 % / 7	9,3 % / 4
D 03	Notwendige Behandlung	4,1 % / 8	10,1 % / 6	9,5 % / 8	0,0 % / 8	2,6 % / 8

*) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Generelles Problem bildet das fehlende Angebot an Rehabilitations-Chancen, belastend empfindet man unzureichende Vorbehandlung und fragliche Einweisungsdiagnosen. Außer in den großen Heimen wird die unzureichende fachärztliche Behandlung als Schwierigkeit empfunden.

Ein spezielles Problem für Gr. 101 bis 200 Betten scheint das Fehlen einer ärztlichen Beratung des Pflegedienstes zu sein.

Auf den bestehenden ärztlichen Dienst („Hausärzte") wollen die Heimleitungen nichts kommen lassen: Daß eine Behandlungsnotwendigkeit nicht erkannt wird oder überhaupt, daß die Hausärzte nicht „zurecht kommen", halten nur wenige für ein wichtiges Problem.

Tabelle 9

Zusammenstellung der zehn am häufigsten von der „Heimleitung" als wichtig bezeichneten Probleme; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit für alle Heime; die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

	„Wichtig" *)	Heime zusammen	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	
B 10	Zeitaufwand Pflege	55,5 % / 1	62,6 % / 1	39,1 % / 2	35,3 % / 8	71,6 % / 1
B 11	Verwirrtheit der Patienten	52,9 % / 2	56,3 % / 3	38,3 % / 3	47,0 % / 1	62,4 % / 2
A 08	Zeitproblem	45,2 % / 3	43,7 % / 8	36,8 % / 5	39,3 % / 5	51,9 % / 3
B 05	Raumprobleme	41,6 % / 4	—	34,7 % / 6	38,3 % / 6	49,9 % / 4
A 09	Kontakt Mitbewohner	39,6 % / 5	—	—	36,6 % / 7	48,9 % / 5
B 12	Ungehorsam	36,3 % / 6	—	30,0 % / 10	—	44,3 % / 6
B 13	Recht und Sicherheit	34,0 % / 7	—	—	40,7 % / 3	33,5 % / 9
C 03	Zusatzbelastungen	33,7 % / 8	43,5 % / 9	33,5 % / 7	—	36,2 % / 8
B 06	Ausstattung	30,5 % / 9	—	—	39,9 % / 4	—
B 08	Ablehnung Mitbewohner	29,8 % / 10	—	—	29,2 % / 9	—
D 06	Keine Reha-Chancen	—	47,4 % / 5	54,1 % / 1	44,6 % / 2	—
B 17	Niedriger Pflegesatz	—	47,7 % / 4	—	29,1 % / 10	—
A 06	Ausgliederung	—	46,2 % / 6	32,1 % / 9	—	—
D 01	Fragliche Diagnosen	—	42,6 % / 10	33,2 % / 8	—	—
B 04	Personal Gewinnung	—	57,3 % / 2	—	—	—
B 14	Selbstgefährdung	—	45,5 % / 7	—	—	—
D 07	Beratung der Pfleger	—	—	38,3 % / 4	—	—
B 18	Beschwerden Angehörige	—	—	—	—	37,0 % / 7
C 04	Fachkenntnisse	—	—	—	—	33,4 % / 10

*) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Weit im Vordergrund: Pflegerische Probleme, zurückgeführt auf erhöhten Zeitaufwand und die „Verwirrtheit", sowie die Schwierigkeit der Patienten, die mit ihrer Zeit nichts anzufangen wissen. Für fast alle gibt es auch wichtige räumliche Probleme, dafür sehen nur die kleinen Heime die Mitarbeiter-Werbung bedroht und fürchten, daß diese Heimbewohner sich selbst gefährden könnten. Andererseits sind es die großen Heime, die Beschwerden von Angehörigen für wichtig und ihre Mitarbeiter nicht für ausreichend ausgebildet halten.

Die Zusammenstellung bestätigt, was im übrigen zur Häufigkeit der Schwierigkeiten bei den einzelnen Problemkreisen gesagt wurde (Tabelle 5 bis 8).

Im folgenden gilt das Interesse, insbesondere zu Vergleichszwecken und in der Annahme besonderer Bedeutung, einer *Auswahlgruppe* — Gruppe V —. Dabei handelt es sich um Heime, die

1. zwischen 101 und 300 Betten haben,
2. zu über 30 % Pflegebedürftige betreuen und
3. mehr als 10 % der Bewohner für auffällig psychisch verändert bzw. krank halten (Meinung der „Heimleitung").

Diese Voraussetzungen erfüllten 34 (von 283) Heime mit zusammen 6 461 (von rd. 85 000) Betten. Bezogen auf die tatsächlich erfaßten Einrichtungen handelt es sich um 35,8 % der Heime und 27,1 % der Betten. Durchschnittsbelegung: 190 Betten.

Der Vergleich der Tabelle 4 und 10 zeigt, daß für die Auswahlgruppe allenfalls bezüglich der fachärztlichen Betreuung etwas günstigere Voraussetzungen gesehen werden. Die übrigen Werte entsprechen dem behaupteten Durchschnitt, wobei diese Angaben aus triftigen Gründen nur mit Zurückhaltung zu betrachten sind.

In Tabelle 11 hat sich zu der entscheidenden Problematik — Tabelle 5 — nichts geändert: Am wichtigsten blieb, daß diese Patienten mit ihrer Zeit nichts anzufangen wissen, daß sie wenig Kontakt zu anderen Heimbewohnern finden und mehr als andere unter ihrer Ausgliederung aus der Familie leiden. Das letztgenannte Problem erzielte hier prozentual eine höhere Bewertung.

Tabelle 10

Auswahlgruppe *): Positive Voraussetzungen in den Heimen

— in % —

Angeblich vorhanden	Auswahlgruppe	Heime zusammen
Besondere Station für psychisch Kranke ..	23,2	22,3
Regelmäßige Betreuung durch Psychiater	60,3	52,7
Funktionierende Beschäftigungstherapie	48,2	47,1

*) 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert

Tabelle 11

Auswahlgruppe *): Häufigkeit der Schwierigkeiten für die Heimbewohner, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Auswahlgruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet auch bei der Gesamtheit der Heime die Platzziffer)

„Wichtig" **)	Auswahlgruppe	Heime zusammen
A 08 Zeitproblem	*39,9 % / 1*	*45,2 % / 1*
A 09 Kontakt Mitbewohner ..	*36,6 % / 2*	*39,6 % / 2*
A 06 Ausgliederung ..	*31,2 % / 3*	*23,6 % / 3*
A 04 Fehlende Reha-Chancen	*15,0 % / 4*	*15,7 % / 5*
A 07 Ausstattung	*14,6 % / 5*	*13,9 % / 6*
A 05 Heimbedingungen	*13,8 % / 6*	*4,7 % / 9*
A 02 Fehlplaziert	*10,7 % / 7*	*7,4 % / 8*
A 01 Selbsteinschätzung	*10,2 % / 8*	*18,3 % / 4*
A 10 Kontakt Mitarbeiter	*8,4 % / 9*	*8,6 % / 7*
A 03 Ärztliche Betreuung	*0,0 % / 10*	*1,6 % / 10*

*) 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert

**) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Tabelle 12

Auswahlgruppe *) Häufigkeit der Schwierigkeiten für das Heim, die von der „Heimleitung als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Auswahlgruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet auch bei der Gesamtheit der Heime die Platzziffer)

„Wichtig" **)	Auswahlgruppe	Heime zusammen
B 13 Recht und Sicherheit	*47,1 %* / 1	*34,0 %* / 5
B 11 Verwirrtheit der Patienten	*43,7 %* / 2	*52,0 %* / 2
B 10 Zeitaufwand Pflege	*41,9 %* / 3	*55,5 %* / 1
B 08 Ablehnung Mitbewohner ..	*36,0 %* / 4	*29,8 %* / 7
B 05 Raumprobleme ..	*34,1 %* / 5	*41,6 %* / 3
B 01 Heimcharakter ..	*31,6 %* / 6	*15,8 %* / 13
B 12 Ungehorsam	*29,7 %* / 7	*36,3 %* / 4
B 06 Ausstattung	*24,3 %* / 8	*30,5 %* / 6
B 14 Selbstgefährdung	*21,2 %* / 9	*27,1 %* / 8
B 17 Niedriger Pflegesatz	*20,9 %* / 10	*26,0 %* / 10
B 02 Guter Ruf	*18,8 %* / 11	*6,8 %* / 17
B 07 Heimklima	*18,5 %* / 12	*17,3 %* / 11
B 04 Personal Gewinnung	*16,1 %* / 13	*14,2 %* / 14
B 15 Verhalten aggressiv	*15,2 %* / 14	*12,2 %* / 15
B 18 Beschwerden Angehörige	*13,5 %* / 15	*26,5 %* / 9
B 16 Weiterverlegung	*12,7 %* / 16	*16,1 %* / 12
B 09 Störung Heimordnung ..	*8,3 %* / 17	*10,3 %* / 16
B 03 Personal Bereitschaft	*6,2 %* / 18	*3,0 %* / 18

*) 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert

**) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Der Vergleich mit Tabelle 6 macht deutlich, daß die Heime der Auswahlgruppe für sich selbst die Wichtigkeit der Schwierigkeiten in einigen Punkten deutlich anders einschätzen als der Durchschnitt.

Während die überragende Bedeutung der pflegerischen Probleme durch erhöhten Zeitaufwand und durch die „Verwirrtheit" dieser Patienten blieb, werden hier die rechtlichen Probleme (Gewährleistung der persönlichen Sicherheit) als noch wichtiger eingeschätzt.

Erheblich höhere Wertungen erzielt jetzt vor allem die Befürchtung, der „eigentliche" Heimcharakter könnte sich ändern. Für unwichtiger als beim Durchschnitt gelten die Beschwerden von Angehörigen.

Tabelle 13

Auswahlgruppe *): Häufigkeit der Schwierigkeiten für die Mitarbeiter, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Auswahlgruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet auch bei der Gesamtheit der Heime die Platzziffer)

„Wichtig" **)	Auswahlgruppe	Heime zusammen
C 03 Zusatzbelastungen	*32,9 %* / 1	*33,7 %* / 1
C 04 Fachkenntnisse ..	*29,3 %* / 2	*29,4 %* / 2
C 02 Zeitverluste	*17,3 %* / 3	*22,7 %* / 3
C 01 Kein Kontakt ..	*5,9 %* / 4	*11,5 %* / 4

*) 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert

**) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Tabelle 14

Auswahlgruppe *): Häufigkeit der Schwierigkeiten bezüglich der Behandlung, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Auswahlgruppe *): die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet auch bei der Gesamtheit der Heime die Platzziffer)

„Wichtig" **)	Auswahlgruppe	Heime zusammen
D 06 Keine Reha-Chancen	*57,1 % / 1*	*40,9 % / 1*
D 07 Beratung der Pfleger	*33,6 % / 2*	*17,3 % / 5*
D 05 Fachärztliche Behandlung	*28,6 % / 3*	*17,5 % / 4*
D 01 Fragliche Diagnosen	*25,6 % / 4*	*27,8 % / 2*
D 08 Veränderungen Zustand	*21,7 % / 5*	*11,0 % / 6*
D 02 Vorbehandlung ..	*13,0 % / 6*	*22,1 % / 3*
D 03 Notwendige Behandlung	*6,4 % / 7*	*4,1 % / 8*
D 04 Hausärztliches Wissen	*3,9 % / 8*	*8,0 % / 7*

*) 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert

**) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

An den Hauptproblemen für Mitarbeiter — zusätzliche Belastungen im pflegerischen Alltag und unzulängliche Ausbildung bzw. Berufserfahrung — hat sich nichts geändert (vgl. Tabelle 7).

Die große Bedeutung des Problems fehlender Rehabilitations-Chancen wird in der Auswahlgruppe durch eine ungewöhnlich hohe prozentuale Bewertung bestätigt. Fehlende fachärztliche Behandlung und fehlende ärztliche Beratung des Pflegedienstes betrachtet man hier als viel wichtiger als beim Durchschnitt (vgl. Tabelle 8). Weniger wichtig erscheint die mangelnde Vorbehandlung.

Tabelle 15

Auswahlgruppe *): Zusammenstellung der zehn am häufigsten von der „Heimleitung" als wichtig bezeichneten Probleme; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Auswahlgruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet auch bei der Gesamtheit der Heime die Platzziffer)

„Wichtig" **)	Auswahlgruppe	Heime zusammen
D 06 Keine Reha-Chancen	*57,1 % / 1*	—
B 13 Recht und Sicherheit	*47,1 % / 2*	*34,0 % / 7*
B 11 Verwirrtheit der Patienten	*43,7 % / 3*	*52,9 % / 2*
B 10 Zeitaufwand Pflege	*41,9 % / 4*	*55,5 % / 1*
A 08 Zeitproblem ..	*39,9 % / 5*	*45,2 % / 3*
A 09 Kontakt Mitbewohner ..	*36,6 % / 6*	*39,6 % / 5*
B 08 Ablehnung Mitbewohner ..	*36,0 % / 7*	*29,8 % / 10*
B 05 Raumprobleme	*34,1 % / 8*	*41,6 % / 4*
D 07 Beratung der Pfleger	*33,6 % / 9*	—
C 03 Zusatzbelastungen	*32,9 % / 10*	*33,7 % / 8*
B 12 Ungehorsam ..	—	*36,3 % / 6*
B 06 Ausstattung ..	—	*30,5 % / 9*

*) 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert

**) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Tabelle 16

Sondergruppe *): Anteile der Heimbewohner an der Gesamtbelegung des Heims, die — nach Meinung der „Heimleitung" — auffällig psychisch krank / verändert sind

Anteil	Sondergruppe	Heime zusammen
0 bis 10	27,7	29,9
11 bis 30	45,0	31,8
31 bis 50	9,0	22,8
51 bis 70	0,0	9,4
über 70	18,3	6,1
Mindestens i. D. **)	26,0	19,6

*) Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung

**) Bei Ansetzung der jeweils niedrigsten Quote ergibt sich, welcher Anteil der Heimbewohner im Durchschnitt *mindestens* betroffen wird

Im Vergleich zu Tabelle 9: In der Auswahlgruppe V kommen die Probleme des fehlenden Angebots an Rehabilitations-Chancen und der fehlenden ärztlichen Beratung des Pflegedienstes hinzu, während die der unzulänglichen Ausstattung und Einrichtung sowie solche durch „Uneinsichtigkeit" der Patienten entfallen.

Eine interessante *Sondergruppe* — Gruppe VI — bilden Heime,

1. die über eine besondere Abteilung oder Station für psychisch kranke/veränderte Patienten verfügen und
2. in denen diese Patienten mit einiger Regelmäßigkeit auch fachärztlich betreut werden.

Diese beiden Voraussetzungen erfüllten angeblich 15 Heime mit zusammen 4 221 Betten (Durchschnitt 281 Betten), das sind 15,8 % der erfaßten Heime und 17,7 % der erfaßten Betten. Dabei haben

weniger als 101 Betten:
2 Heime = 196 Betten, i. D. 98 Betten

101 bis 200 Betten:
4 Heime = 653 Betten, i. D. 163 Betten

201 bis 300 Betten:
4 Heime = 952 Betten, i. D. 238 Betten

mehr als 300 Betten:
5 Heime = 2 420 Betten, i. D. 484 Betten

zusammen:
15 Heime = 4 221 Betten, i. D. 281 Betten

Hier wird bereits mindestens jeder vierte Bewohner als auffällig psychisch krank oder verändert eingestuft, beim Durchschnitt (Tabelle 1) war es jeder fünfte.

Tabelle 17

Sondergruppe *): Anteile der Heimbewohner an der Gesamtbelegung des Heims, die — nach Meinung der „Heimleitung" — wegen psychiatrischer Erkrankung/Veränderung fachärztlicher Behandlung bedürfen

— in % —

Anteile	Sondergruppe	Heime zusammen
0 bis 10	53,8	55,9
11 bis 30	19,0	19,5
31 bis 50	5,0	10,6
51 bis 70	11,1	4,3
über 70	11,1	9,7
Mindestanteil i. D.	18,0	14,5

*) Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung

**) Bei Ansetzung der jeweils niedrigsten Quote ergibt sich, welcher Anteil der Heimbewohner im Durchschnitt *mindestens* betroffen wird

Der Vergleich mit Tabelle 2 zeigt, daß im Durchschnitt jeder siebte, hier aber schon mehr als jeder sechste Heimbewohner als psychiatrischer Behandlung bedürftig gilt. Dies ist eine verständliche Folge der besonderen Verhältnisse in den Heimen der Gruppe VI.

In den folgenden Tabellen — Nennungshäufigkeit der Schwierigkeiten für die vier Problemkreise und insgesamt — sind die Werte der Sondergruppe VI, des Durchschnitts (Gruppe I bis IV) und der Auswahlgruppe V nebeneinander gestellt.

Auch innerhalb der Sondergruppe stehen für die Heimbewohner im Vordergrund das Zeitproblem, das Kontaktproblem zu anderen Patienten, die unrichtige Selbsteinschätzung und die besonders schmerzlich empfundene Ausgliederung aus der Familie. Die Nennungshäufigkeit für diese Schwierigkeiten liegt aber bedeutend höher als beim Durchschnitt, d. h. diesen Problemen wird eine noch größere Wichtigkeit beigemessen.

Tabelle 18

Im Vergleich: Häufigkeit der Schwierigkeiten für die Heimbewohner, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Sondergruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

„Wichtig" ***)	Sondergruppe *)	Heime zusammen	Auswahlgruppe **)
A 08 Zeitproblem	51,7 % / 1	45,2 % / 1	39,9 % / 1
A 09 Kontakt Mitbewohner	50,5 % / 2	39,6 % / 2	36,6 % / 2
A 01 Selbsteinschätzung	35,6 % / 3	18,3 % / 4	10,2 % / 8
A 06 Ausgliederung	27,3 % / 4	23,6 % / 3	31,2 % / 3
A 10 Kontakt Mitarbeiter	13,7 % / 5	8,6 % / 7	8,4 % / 9
A 07 Ausstattung	12,3 % / 6	13,9 % / 6	14,6 % / 5
A 04 Fehlende Reha-Chancen	10,7 % / 7	15,7 % / 5	15,0 % / 4
A 02 Fehlplaziert	7,6 % / 8	7,4 % / 8	10,7 % / 7
A 03 Ärztliche Betreuung	0,0 %	1,6 % / 10	0,0 %
A 05 Heimbedingungen	0,0 %	4,7 % / 9	13,8 % / 6

*) Sondergruppe: Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztliche Betreuung
**) Auswahlgruppe: 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank/verändert
***) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Tabelle 19

Im Vergleich: Häufigkeit der Schwierigkeiten für das Heim, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Sondergruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

	„Wichtig" ***)	Sondergruppe *)	Heime zusammen	Auswahlgruppe **)
B 10	Zeitaufwand Pflege	59,8 % / 1	55,5 % / 1	41,9 % / 3
B 11	Verwirrtheit der Patienten	55,9 % / 2	52,9 % / 2	43,7 % / 2
B 12	Ungehorsam	53,7 % / 3	36,3 % / 4	29,7 % / 7
B 05	Raumprobleme	48,5 % / 4	41,6 % / 3	34,1 % / 5
B 14	Selbstgefährdung	46,6 % / 5	27,1 % / 8	21,2 % / 9
B 13	Recht und Sicherheit	35,5 % / 6	34,0 % / 5	47,1 % / 1
B 17	Niedriger Pflegesatz	30,9 % / 7	26,0 % / 10	20,9 % / 10
B 18	Beschwerden Angehörige	29,5 % / 8	26,5 % / 9	13,5 % / 15
B 15	Verhalten aggressiv	25,6 % / 9	12,2 % / 15	15,2 % / 14
B 16	Weiterverlegung	17,9 % / 10	16,1 % / 12	12,7 % / 16
B 08	Ablehnung Mitbewohner	17,8 % / 11	29,8 % / 7	36,0 % / 4
B 06	Ausstattung	17,6 % / 12	30,5 % / 6	24,3 % / 8
B 04	Personal Gewinnung	13,7 % / 13	14,2 % / 14	16,1 % / 13
B 07	Heimklima	12,8 % / 14	17,3 % / 11	18,5 % / 12
B 01	Heimcharakter	7,6 % / 15	15,8 % / 13	31,6 % / 6
B 02	Guter Ruf	7,1 % / 16	6,8 % / 17	18,8 % / 11
B 03	Personal Bereitschaft	2,3 % / 17	3,0 % / 18	6,2 % / 18
B 09	Störung Heimordnung	0,0 %	10,3 % / 16	8,3 % / 17

*) Sondergruppe: Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung
**) Auswahlgruppe: 101 bis 300 Betten, über 30 Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert
***) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Tabelle 20

Im Vergleich: Häufigkeit der Schwierigkeiten für die Mitarbeiter, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Sondergruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

„Wichtig" ***)	Sondergruppe *)	Heime zusammen	Auswahlgruppe **)
C 02 Zeitverluste	*12,3 %* / 1	*22,7 %* / 3	*17,3 %* / 3
C 04 Fachkenntnisse	*10,7 %* / 2	*29,4 %* / 2	*29,3 %* / 2
C 03 Zusatzbelastungen	*7,6 %* / 3	*33,7 %* / 1	*32,9 %* / 1
C 01 Kein Kontakt	*7,1 %* / 4	*11,5 %* / 4	*6,9 %* / 4

*) Sondergruppe: Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung
**) Auswahlgruppe: 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert
***) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Für die Heime stehen pflegerische Probleme (durch erhöhten Zeitaufwand, durch „Verwirrtheit", durch Uneinsichtigkeit) und das Raumproblem ebenso wie beim Durchschnitt an der Spitze der Liste, aber wiederum mit zum Teil beträchtlich höheren Werten.

Dagegen werden im Vergleich: Häufigkeit der Schwierigkeiten für die Mitarbeiter, die von der „Heimleitung" als *wichtig* bezeichnet wurden, für die Mitarbeiter die Schwierigkeiten in den Heimen der Sondergruppe offenbar durchweg nicht als besonders wichtig eingeschätzt. Der Abstand in der Nennungshäufigkeit zum Durchschnitt ist auffällig.

Tabelle 21

Im Vergleich: Häufigkeit der Schwierigkeiten bezüglich der Behandlung, die von der „Heimleitung" als wichtig bezeichnet werden; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Sondergruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

	„Wichtig" ***)	Sondergruppe *)	Heime zusammen	Auswahlgruppe **)
D 07	Beratung der Pfleger	*18,8 %* / 1	*17,3 %* / 5	*33,6 %* / 2
D 01	Fragliche Diagnosen	*15,8 %* / 2	*27,8 %* / 2	*25,6 %* / 4
D 06	Keine Reha-Chancen	*12,7 %* / 3	*40,9 %* / 1	*57,1 %* / 1
D 05	Fachärztliche Behandlung	*12,6 %* / 4	*17,5 %* / 4	*28,6 %* / 3
D 02	Vorbehandlung	*12,4 %* / 5	*22,1 %* / 3	*13,0 %* / 6
D 04	Hausärztliches Wissen	*5,3 %* / 6	*8,0 %* / 7	*3,9 %* / 8
D 08	Veränderungen Zustand	*5,2 %* / 7	*11,0 %* / 6	*21,7 %* / 5
D 03	Notwendige Behandlung	*4,0 %* / 8	*4,1 %* / 8	*6,4 %* / 7

*) Sondergruppe: Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung
**) Auswahlgruppe: 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert
***) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Es wird deutlich, daß dieser Teil der Gesamtproblematik für die Sondergruppe an Bedeutung insgesamt verloren hat. Eine Rolle spielen allenfalls noch die fehlende ärztliche Beratung des Pflegedienstes und die unbekannte Vorgeschichte.

Tabelle 22

Im Vergleich: Zusammenstellung der zehn am häufigsten von der „Heimleitung" als wichtig bezeichneten Probleme; die Alternativen waren „vorkommend" und „unwichtig"

(Ordnung nach der Nennungshäufigkeit in der Sondergruppe *); die Zahl nach dem Schrägstrich bezeichnet die nur für die jeweilige Heimgruppe gültige Platzziffer)

„Wichtig" ***)	Sondergruppe *)	Heime zusammen	Auswahlgruppe **)
B 10 Zeitaufwand Pflege	59,8 % / 1	55,5 % / 1	41,9 % / 4
B 11 Verwirrtheit der Patienten	55,9 % / 2	52,9 % / 2	43,7 % / 3
B 12 Ungehorsam	53,7 % / 3	36,3 % / 6	—
A 08 Zeitproblem	51,7 % / 4	45,2 % / 3	39,9 % / 5
A 09 Kontakt Mitbewohner	50,5 % / 5	39,6 % / 5	36,6 % / 6
B 05 Raumprobleme	48,5 % / 6	41,6 % / 4	34,1 % / 8
B 14 Selbstgefährdung	46,6 % / 7	—	—
A 01 Selbsteinschätzung	35,6 % / 8	—	—
B 13 Recht und Sicherheit	35,5 % / 9	34,0 % / 7	47,1 % / 2
B 17 Niedriger Pflegesatz	30,9 % / 10	—	—
C 03 Zusatzbelastungen	—	33,7 % / 8	32,9 % / 10
B 06 Ausstattung	—	30,5 % / 9	—
B 08 Ablehnung Mitbewohner	—	29,8 % / 10	36,0 % / 7
D 06 Keine Reha-Chancen	—	—	57,1 % / 1
D 07 Beratung der Pfleger	—	—	33,6 % / 9

*) Sondergruppe: Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung
**) Auswahlgruppe: 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert
***) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Tabelle 23

Schwierigkeiten, die insgesamt in der Auswahlgruppe *) und in der Sondergruppe **) eine Nennungshäufigkeit von mehr als 33,3 % erzielten

— in % —

„Wichtig" ***)	Heime zusammen	Auswahlgruppe *)	Sondergruppe **)
B 10 Zeitaufwand Pflege	55,5	41,9	59,8
B 11 Verwirrtheit der Patienten	52,9	43,7	55,9
A 08 Zeitproblem	45,2	39,9	51,7
B 05 Raumproblem	41,6	34,1	48,5
A 09 Kontakt Mitbewohner	39,6	36,6	50,5
B 13 Recht und Sicherheit	34,0	47,1	35,5

*) Auswahlgruppe: 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert
**) Sondergruppe: Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung
***) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Tabelle 24

Andere Schwierigkeiten, die in einzelnen Heimgruppen eine Nennungshäufigkeit von mehr als 33,3 % erzielten (und in vorstehender Tabelle 23 nicht enthalten sind)

— in % —

„Wichtig" ***)	bis 100 Betten	101 bis 200 Betten	201 bis 300 Betten	über 300 Betten	Auswahlgruppe *)	Sondergruppe **)
B 04 Personal Gewinnung	57,3	—	—	—	—	—
B 17 Niedriger Pflegesatz	47,7	—	—	—	—	—
D 06 Keine Reha-Chancen	47,4	54,1	44,6	—	—	57,1
A 06 Ausgliederung	46,2	—	—	—	—	—
B 14 Selbstgefährdung	45,5	—	—	—	46,6	—
C 03 Zusatzbelastungen	43,5	33,5	—	36,2	—	—
D 01 Fragliche Diagnosen	42,6	—	—	—	—	—
A 04 Fehlende Reha-Chancen	38,5	—	—	—	—	—
D 07 Beratung der Pfleger	—	38,3	—	—	—	33,6
B 06 Ausstattung	—	—	39,9	—	—	—
B 12 Ungehorsam	—	—	—	44,3	53,7	—
B 18 Beschwerden Angehörige	—	—	—	37,0	—	—
C 04 Fachkenntnisse	—	—	—	33,4	—	—
A 01 Selbsteinschätzung	—	—	—	—	35,6	—
B 08 Ablehnung Mitbewohner	—	—	—	—	—	36,0

*) Auswahlgruppe: 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert
**) Sondergruppe: Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung
***) Benennung der Schwierigkeiten vgl. Index der Problemkreise, Seiten 4 ff.

Es ergeben sich aus den Tabellen, Zusammenstellungen und Vergleichen

1. als wichtige Probleme bei den Heimen insgesamt:

19,6 % der Bewohner gelten auf auffällig psychisch krank oder verändert, 14,5 % als psychiatrischer Behandlung bedürftig (Mindestwerte).

Sie selbst leiden vor allem darunter, daß sie mit ihrer Zeit nichts anzufangen wissen und wenig Kontakt zu anderen Heimbewohnern finden.

Für das Heim stehen pflegerische Probleme durch erhöhten Zeitaufwand und durch die „Verwirrtheit" dieser Patienten sowie rechtliche Probleme im Zusammenhang mit der Gewährleistung der persönlichen Sicherheit dieser alten Menschen, neben räumlichen Problemen bei der Unterbringung, im Vordergrund.

2. als Spezialprobleme bei Heimen mit weniger als 101 Betten:

18,4 % der Bewohner gelten als auffällig psychisch krank oder verändert, 6,5 % als psychiatrischer Behandlung bedürftig (Mindestwerte).

Abgesehen von der allgemeinen Problematik (Ziffer 1):

Die Heimbewohner leiden vor allem darunter, daß sie sich als aus ihrer Familie ausgegliedert fühlen und keine Rehabilitations-Chance erkennen.

Die Heime sehen — wegen dieser Patienten — die Gewinnung neuer Mitarbeiter gefährdet und be-

fürchten, daß sich diese alten Menschen durch unkontrolliertes Verhalten selbst in Gefahr bringen. Außerdem beklagen sie, daß fehlende Merkmale körperlicher Pflegebedürftigkeit zu unangemessen niedrigem Pflegesatz führen.

Für die Mitarbeiter gilt es als problematisch, daß sie sich im pflegerischen Alltag zusätzlichen, sonst unbekannten Belastungen gegenüber sehen.

Bezüglich der Behandlung sieht man die Schwierigkeiten im fehlenden Angebot rehabilitativer Bemühungen und im Scheitern gezielter Therapie an unbekannter Vorgeschichte oder unaufgeklärter Diagnose.

3. *als Spezialprobleme bei Heimen mit 101 bis 200 Betten:*

21,2 % der Bewohner gelten als auffällig psychisch krank oder verändert, 17,3 % als psychiatrischer Behandlung bedürftig (Mindestwerte).

Abgesehen von der allgemeinen Problematik (Ziffer 1):

Für die Mitarbeiter wird als schwierig angegeben, daß sie sich im pflegerischen Alltag zusätzlichen, sonst unbekannten Belastungen gegenüber sehen.

Bezüglich der Behandlung sieht man die Probleme in der fehlenden ärztlichen Beratung des Pflegedienstes und im fehlenden Angebot rehabilitativer Bemühungen.

4. *als Spezialprobleme bei Heimen mit 201 bis 300 Betten:*

18,2 % der Bewohner gelten als auffällig psychisch krank oder verändert, 11,0 % als psychiatrischer Behandlung bedürftig (Mindestwerte).

Abgesehen von der allgemeinen Problematik (Ziffer 1):

Die Heimbewohner leiden vor allem auch darunter, daß Ausstattung und Einrichtung des Heims auf diese Betreuungsaufgaben nicht abgestellt sind.

Bezüglich der Behandlung sieht man das Problem hier u. a. auch im fehlenden Angebot von Rehabilitations-Chancen.

5. *als Spezialprobleme bei Heimen mit mehr als 300 Betten:*

19,7 % der Bewohner gelten als auffällig psychisch krank oder verändert, 15,3 % als psychiatrischer Behandlung bedürftig (Mindestwerte).

Abgesehen von der allgemeinen Problematik (Ziffer 1):

Die Heime sehen pflegerische Schwierigkeiten durch Uneinsichtigkeit und „Nichtbefolgen von Anordnungen" und fürchten die Beschwerden von Angehörigen anderer Bewohner.

Für die Mitarbeiter wird als problematisch angegeben, daß sie nach ihrer Ausbildung bzw. Berufserfahrung diesen Aufgaben nicht gewachsen sind, zumal sich im pflegerischen Alltag zusätzliche, sonst unbekannte Belastungen ergeben.

6. *als außerdem problematisch bei einer ausgewählten Gruppe von Heimen:*

(Heime mit 101 bis 300 Betten, über 30 % Pflegebedürftige, über 10 % der Bewohner gelten als psychisch krank / verändert)

Die Heimbewohner leiden vor allem auch darunter, daß sie sich selbst nicht für heimpflegebedürftig halten.

Befürchtet werden eine Selbstgefährdung durch unkontrolliertes Verhalten und pflegerische Probleme durch Uneinsichtigkeit und „Nichtbefolgen von Anordnungen".

7. *als außerdem problematisch bei einer Sondergruppe von Heimen*

(Heime mit psychiatrischer Abteilung und fachärztlicher Betreuung)

Die Ablehnung dieser Patienten durch die anderen Heimbewohner erscheint besonders belastend.

Bezüglich der Behandlung sieht man die Schwierigkeiten vor allem bedingt durch das fehlende Angebot von Rehabilitations-Chancen und dadurch, daß eine ärztliche Beratung des Pflegedienstes nicht stattfindet.

Bericht über die Untersuchung „der Alterspatient in der Sprechstunde des Internisten und des praktischen Arztes" (mit Fahimeh und Hossein Mohebby)

von

J.-E. Meyer

Methodik: Während des letzten Quartals 1972, d. h. vom 1. Oktober bis 31. Dezember 72, wurden alle über 65jährigen Patienten erfaßt, die einen Internisten oder praktischen Arzt aufgesucht haben. Die Untersuchung, welche ursprünglich sechs Internisten und 6 praktische Ärzte umfassen sollte, die auslesefrei in Göttingen und in drei kleineren Städten Südniedersachsens ausgewählt wurden, mußte auf drei Internisten in Göttingen und drei in den Kleinstädten, zwei praktische Ärzte in Göttingen und drei in denselben Kleinstädten beschränkt werden, weil ein praktischer Arzt im Verlauf der Untersuchung die Mitarbeit einstellte. Ein Internist fiel ebenfalls aus; an seine Stelle ist ein Facharzt für Innere Medizin getreten, der nur Patienten von Ersatzkassen und Privatpatienten behandelt und ursprünglich nur zum Vergleich mit herangezogen werden sollte.

Im genannten Quartal wurden in den internen Praxen 583, in den Allgemeinpraxen 699 über 65jährige Patienten erfaßt. Im internen Krankengut wurden 63 = 10,8 % der über 65jährigen als psychisch auffällig bezeichnet. In den Allgemeinpraxen waren es 141 = 20,3 %. Von den 63 Patienten der Internisten haben 12 % den Arzt primär wegen psychischer Störungen konsultiert; von den 141 psychisch auffälligen Patienten der Allgemeinpraxen kamen 16,7 % primär wegen ihrer psychischen Störungen zum Arzt. Die Einschätzungen „psychisch auffällig" und „primär wegen psychischen Störungen konsultiert" beruht auf dem Urteil der befragten Ärzte.

Bei Internisten und Allgemeinpraktikern überwogen in der Gesamtpopulation wie unter den psychisch Auffälligen die Frauen, letztere in beiden Samples im Verhältnis von ca. 2:1.

Zur diagnostischen Aufgliederung der psychischen Auffälligkeiten sind wir von 4 Kategorien ausgegangen: a) Altersabbau, b) Depression, c) reaktiv-neurotische Störung, d) nicht klassifizierbar, wobei a—d beim Allgemeinpraktiker etwa gleich groß sind, während bei Internisten der Altersabbau deutlich überwiegt. Die Art der diagnostischen Einschätzung der psychischen Auffälligkeiten spiegelt sich darin wieder, daß unter den primär wegen psychischen Störungen den Arzt Konsultierenden mehr Depressionen und reaktiv neurotische Störungen (Leidensdruck) diagnostiziert wurden als der insgesamt zahlenmäßig überwiegende geistige Altersabbau. Interessant ist auch die Feststellung, daß der Prozentsatz der unklassifizierbaren Fälle vom Internisten mit 14 %, vom Allgemeinpraktiker nur mit 3 % angegeben wurde. Unter den somatischen „Begleit"-Erkrankungen überwiegen beim Internisten wie beim Allgemeinpraktiker eindeutig die Cerebralsklerose, die Herzinsuffizienz und die Hypertonie (die Erkrankungen der Harnwege tauchen als eigene Gruppe gar nicht auf!).

Zu den Wohnverhältnissen und zur Altersverteilung ist einschränkend vorauszuschicken, daß ein Bezug auf die Verhältniee in der Gesamtbevölkerung leider nicht möglich ist. Nur bei den praktischen Ärzten, nicht beim Internisten zeigen die psychisch Auffälligen einen höheren Anteil Alleinstehender als die Gesamtgruppe. Die Alterskurve in der Gesamtgruppe sinkt bei Internisten wie bei den Praktikern anteilmäßig um das 75. Lebensjahr herum deutlich ab, während unter den psychisch Auffälligen fast keine Häufigkeitsschwankungen beobachtet werden, d. h., die zu erwartende Abnahme des Prozentsatzes psychisch Auffälliger der höchsten Lebensjahre (in Parallele zur Abnahme *aller* Patienten) unter allen psychisch Auffälligen unterbleibt.

Auch die Ergebnisse über die vom Arzt gewünschten Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen und ihre Realisierbarkeit sind interessant: Beide Arztgruppen nannten an erster Stelle (50 %) die Behandlung in der eigenen Praxis. Der Internist an 2. Stelle die Heimunterbringung (20,6 %), an 3. Stelle die Überweisung zum Nervenfacharzt oder in die Poliklinik (10,6 %), während psychiatrische Hospitalisierung, Kuraufenthalte, Sozialdienste und finanzielle Hilfen mit zusammen knapp über 6 % kaum für erforderlich gehalten wurden und andererseits (nur) in 70 % dieser Empfehlungen realisierbar erschienen. In der Allgemeinpraxis folgte der Praxisbehandlung der häufige Hausbesuch (13,6 %), dann die Heimunterbringung (11,5 %) und dann mit nur 6 % die Überweisung zum Nervenfacharzt oder in die Poliklinik. Finanzielle Hilfen wurden in keinem Fall, ambulante Sozialdienste nur in 0,5 % für erforderlich gehalten. Die Realisierungsquote der für optimal gehaltenen Maßnahmen lag hier sogar bei 90 e.

Diskussion der Ergebnisse:

Der Prozentsatz der psychisch Auffälligen unter den über 65jährigen Patienten in Allgemeinpraxen ist mit 20,3 % fast doppelt so hoch als in internen Praxen. Berücksichtigt man die weiter unten zu dis-

kutierenden Unterschiede in diagnostischer und (im weitesten Sinne) therapeutischer Richtung, so muß man wohl daraus schließen, daß psychisch auffällige alte Patienten eine geringere Chance haben, zum internen Facharzt überwiesen zu werden als nicht psychisch auffällige Alte. Denkbar wäre auch, daß der Facharzt für Innere Medizin in seiner Praxis psychisch auffällige Patienten weniger „akzeptiert" und daher seltener diagnostiziert. Dagegen spricht jedoch eindeutig, daß er über einen etwas differenzierteren Maßnahmenkatalog bei solchen Patienten verfügt als der Allgemeinpraktiker. — Sicher spielt aber bei dem doppelt so großen Anteil psychisch Auffälliger in der Allgemeinpraxis noch etwas anderes eine Rolle: Für den psychisch Auffälligen und seine Angehörigen ist der Allgemeinpraktiker leichter erreichbar. Angesichts der resignativen Einstellung gegenüber Krankheiten alter Menschen überhaupt ist der Gang zum praktischen Arzt der kleinere Schritt, um vor sich und anderen sagen zu können, man habe sich um Abhilfe der Störungen oder Beschwerden bemüht. Die Arzt-Patienten-Barriere für den alten Menschen liegt stärker zwischen dem praktischen Arzt und dem Facharzt. Entsprechend der traditionellen medizinischen Grundausbildung überwiegen generell unter den somatischen Krankheiten bei psychisch auffälligen alten Menschen die Herz-Kreislauferkrankungen; dies tritt bei den Internisten auch in der Klassifizierung der psychopathologischen Syndrome hervor: der organische Altersabbau überwiegt stärker als in der Allgemeinpraxis. Die psychisch auffälligen alten Kranken haben keine andere Geschlechtsverteilung als alle über 65jährigen. Der Anteil psychisch Auffälliger (und in etwa auch die psychopathologische Klassifikation nach Art und Schwere) bleibt bis in das höchste Lebensalter gleich — Ausdruck der Tatsache, daß die leichteren Formen der senilen Demenz kein erhöhtes Mortalitätsrisiko haben. Die Bedeutung der Wohnsituation für psychische Störungen alter Menschen bleibt bei der hier angewandten Methodik fast unsichtbar. Zwar wissen wir, daß Alleinstehende ein größeres Risiko haben, psychisch krank zu werden; das Fehlen von Angehörigen erschwert die Möglichkeit, um ärztliche Hilfe nachzusuchen. In unserer Studie läßt sich daher der Einfluß familiärer Isolierung nicht verdeutlichen. Bemerkenswert ist schließlich, daß bei Internisten und noch mehr bei Allgemeinpraktikern relativ wenig über die biologischen und psycho-sozialen Behinderungen (und Bedürfnisse) psychisch auffälliger alter Menschen bekannt zu sein scheint.

Eine wichtige Konsequenz dieser — methodisch zweifellos mit vielen Mängeln behafteten — Untersuchung ist die Notwendigkeit, die Ausbildung in Geriatrie und besonders in Gerontopsychiatrie sehr zu intensivieren.

Untersuchung über die Größenordnung von psychischen Störungen und die Versorgung von psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern (internistische und chirurgische Abteilungen)

von

H. Siede, R. Lindner und K. Wollbrink

1 Einleitung

Epidemiologische Untersuchungen über die Häufigkeit und Art von psychischen Störungen in der Bevölkerung, in internistischen und Allgemeinpraxen sind in den letzten Jahrzehnten immer wieder durchgeführt worden. Jedoch fehlten in diesem Zusammenhang bisher Untersuchungen über die Situation in Allgemeinkrankenhäusern, obwohl gerade sie unter dem Gesichtspunkt der jetzt zunehmend geforderten psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus von besonderer Wichtigkeit wären.

Die vorliegende Arbeit versucht zu einigen nachstehend aufgeführten Fragen Stellung zu nehmen, wobei es sich auf Grund der noch zu erörternden Fehlerquellen um keine statistische Erhebung handelt, es können vielmehr nur Trends und Tendenzen aufgezeigt werden:

1. Größenordnung von psychischen Störungen in Allgemeinkrankenhäusern insgesamt und speziell bei Alterskranken,
2. Verteilung der Diagnosen,
3. Versorgung unter psychiatrischen Gesichtspunkten.

2 Methode und Ergebnis der Untersuchung

Die Untersuchung zu den obengenannten Fragen wurde während des zweiten Quartals des Jahres 1973 an fünf Allgemeinkrankenhäusern Niedersachsens (s. Abbildung 1) mit insgesamt 1450 Betten auf internistischen und chirurgischen Abteilungen durchgeführt, wobei diese Häuser nach unterschiedlichen nervenärztlichen Versorgungskriterien ausgewählt worden waren:

1. ein Krankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung: Stadtkrankenhaus Braunschweig, Salzdahlumer Straße,
2. zwei Krankenhäuser mit einem psychiatrischen Krankenhaus im Ort: Stadtkrankenhaus Hildesheim, Krankenhaus Siloh, Hannover,
3. ein Krankenhaus, wo das zuständige psychiatrische Krankenhaus außerhalb bzw. entfernt liegt, wo am Ort aber einige niedergelassene Nervenärzte tätig sind: Kreiskrankenhaus Hameln-Pyrmont, Abt. an der Weser,
4. ein Krankenhaus, wo am Ort weder ein psychiatrisches Krankenhaus noch ein Nervenarzt zur Verfügung steht: Krankenhaus Soltau.

Während des genannten Zeitraumes wurden die Stationsärzte der internistischen und chirurgischen Abteilungen ungefähr wöchentlich anhand von Fragebögen nach psychisch auffälligen Patienten, einschließlich Alkoholikern und Patienten mit Suicidversuchen, befragt. Hierbei wurden nur von solchen Patienten Fragebögen angelegt, die bereits entlassen waren. Auf diese Weise sollte eine größere Vergleichbarkeit der Angaben erreicht werden, wenn sämtliche Patientendaten bereits abgeschlossen vorlagen. Es sind nur die Patienten in die Untersuchung eingegangen, die im Sinne eines operationalen Begriffes psychisch krank waren. Das heißt: psychisch krank ist der Patient, der vom Stationsarzt als psychisch auffällig bezeichnet wird. Außerdem brachte die Vielzahl der befragten Ärzte notwendigerweise eine Uneinheitlichkeit im Verständnis des Begriffes „psychisch auffällig" mit sich. Mit einem weiteren Fragebogen wurden in diesem Zusammenhang interessierende Einstellungscharakteristika der Stationsärzte zur Psychiatrie und psychiatrischen Versorgung ermittelt.

Im folgenden werden einige Ergebnisse dieser Untersuchung beschrieben:

1. Diagnosen der psychischen Störung,
2. psychiatrische Versorgung,
3. psychisch kranke Alterspatienten,
4. Suicidpatienten,
5. Haltung der Ärzte zur psychischen Krankheit,
6. regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung.

2.1 Diagnosen der psychischen Störung

Von 5 384 Patienten wurden mit Hilfe eines Fragebogens 274 von den Stationsärzten als psychisch auffällig erfaßt. Diese 274 Patienten erhielten die in Tabelle 1 aufgeführten Diagnosen, die in fünf Kategorien zusammengefaßt sind, wobei für einen Patienten eine oder mehrere Diagnosen genannt worden sind. Daher ergeben die Prozentangaben in der Darstellung unterschiedliche Summen. Die Diagnosen stammen von den behandelnden Internisten und Chirurgen sowie von den hinzugezogenen Konsiliarii.

Abbildung 1

Geographische Übersicht über die verkehrsmäßige Lage der fünf untersuchten Allgemeinkrankenhäuser mit den für diese Erhebung wichtigen Daten

Geographische Übersicht über die verkehrsmäßige Lage der fünf untersuchten Allgemeinkrankenhäuser mit den für diese Erhebung wichtigen Daten

BRAUNSCHWEIG
Stadtkrankenhaus „Salzdahlumer Straße"
142 untersuchte internistische Betten
150 untersuchte chirurgische Betten
Krankenhaussozialarbeiter vorhanden
nervenärztliche Konsiliarii aus der psychiatrischen Abteilung des Hauses

HILDESHEIM
Stadtkrankenhaus
182 untersuchte internistische Betten
124 untersuchte chirurgische Betten
Planstelle des Krankenhaussozialarbeiters nicht besetzt
nervenärztliche Konsiliarii aus dem Landeskrankenhaus am Ort

HANNOVER
Krankenhaus „Siloah"
148 untersuchte internistische Betten
144 untersuchte chirurgische Betten
Krankenhaussozialarbeiter vorhanden
nervenärztliche Konsiliarii aus anderen Krankenhäusern am Ort

HAMELN
Kreiskrankenhaus „Abteilung a. d. Weser"
145 untersuchte internistische Betten
124 untersuchte chirurgische Betten
kein Krankenhaussozialarbeiter vorhanden
nervenärztliche Konsiliarii sind zwei niedergelassene Nervenärzte am Ort

SOLTAU
Kreiskrankenhaus
125 untersuchte internistische Betten
92 untersuchte chirurgische Betten
kein Krankenhaussozialarbeiter vorhanden
nervenärztliche Konsiliarii sind zwei niedergelassene Nervenärzte aus **Celle** (47 km) und **Lüneburg** (51 km)

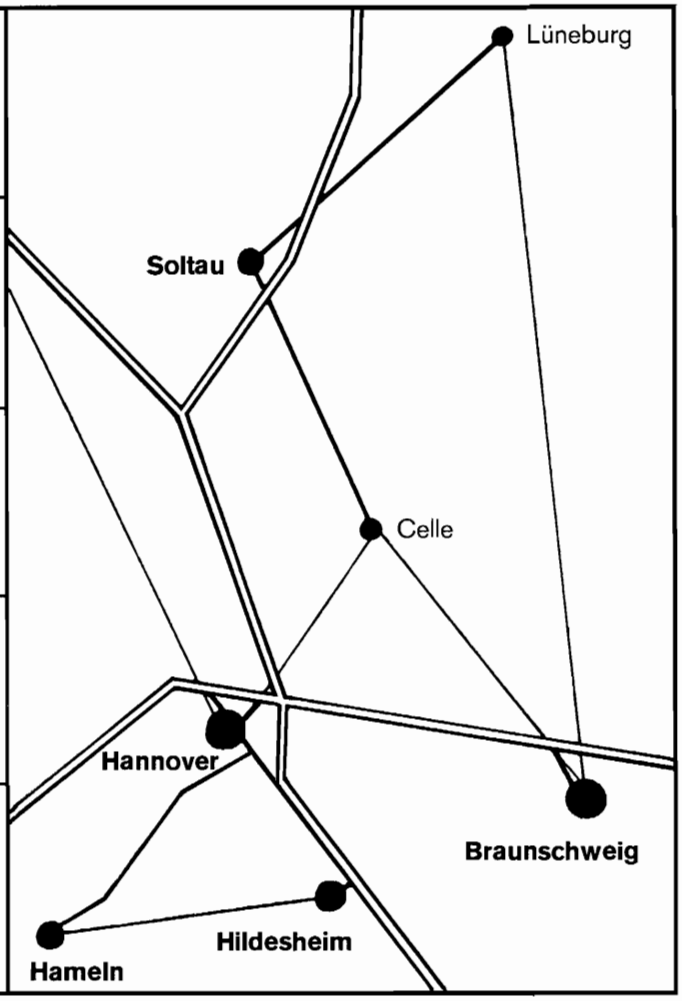


Tabelle 1

Diagnosenverteilung bei den psychisch auffälligen Patienten der Untersuchung unterschieden in die fünf folgenden Gruppen

Angaben in %

1. Störungen bei Alkoholismus, Alkoholpsychosen, Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit (ICD 291, 303, 304)
2. Psychosen (ICD 295, 296, 297, 298, 299)
3. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, sexuellle Verhaltensabweichungen, psychosomatische Leiden (ICD 300, 301, 302, 305)
4. Psychische Störungen des höheren Lebensalters (ICD 290, 309.6)
5. Andere psychiatrische Erkrankungen (ICD 292, 293, 294, 309 ohne 309.6, 310, 311, 312, 313, 314, 315)

	Psychisch Auffällige in Internistischen Abteilungen (n=215)	Psychisch Auffällige in Chirurgischen Abteilungen (n=59)	Psychisch Auffällige insgesamt (n=274)	Psychisch Auffällige über 65 Jahre (n=41)
1.	23	22	23	10
2.	29	29	29	17
3.	43	29	40	19
4.	8	22	11	51
5.	10	24	13	15

Die ermittelte Zahl von 274 (5 %) psychisch auffälliger Patienten erscheint vergleichsweise gering, was z. T. darauf zurückgeführt werden kann, daß die psychische Störung meist nur als Nebenbefund neben einem internistischen bzw. chirurgischen Leiden vorlag. Wahrscheinlich ist aber auch, daß im allgemeinen der größte Teil der als psychisch krank auffallenden Personen sofort in ambulante oder stationäre psychiatrische Einrichtungen gelangt, ohne vorher im Allgemeinkrankenhaus gewesen zu sein, und so der relative Bevölkerungsanteil von 15 % bis 20 % (2,8) zum Großteil hier überhaupt nicht in Erscheinung tritt.

Die häufigsten psychischen Störungen in der Untersuchung sind Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Leiden mit insgesamt 40 %. Mehr als die Hälfte der Suicidpatienten erhielten diese Diagnose.

Bei einem relativ hohen Anteil von fast einem Drittel der psychisch Kranken wurde irgendeine Form einer Psychose diagnostiziert.

Die Gruppe der Alkoholkranken war mit fast einem Viertel die drittgrößte. Bezogen auf die untersuchte Krankenpopulation bildeten die Alkoholkranken mit 1,2 % etwa den gleichen Anteil wie in der Bevölkerung, wo der Prozentsatz von behandlungsbedürftigen Alkoholikern etwa 1 % beträgt.

2.2 Psychiatrische Versorgung

Als psychiatrische Versorgung wird hier konkret die Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus und bzw. oder die Hinzuziehung eines Konsiliarius gewertet.

Tabelle 2

Psychisch auffällige Patienten, die nervenärztlich versorgt wurden

	%	n
Braunschweig	*84*	101
Hildesheim	*30*	56
Hannover	*29*	45
Hameln	*15*	47
Soltau	*40*	25
insgesamt ...	*48*	274

Insgesamt wurden knapp die Hälfte der psychisch Kranken, nämlich 48 %, psychiatrisch versorgt.

Dabei wurden mehr als die Hälfte der Patienten mit Psychosen und Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Leiden einer psychiatrischen Versorgung zugeführt, während die Patienten mit psychischen Störungen bei Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, solchen des höheren Lebensalters und mit anderen psychischen Störungen nur zu je einem Drittel derart versorgt wurden.

Bei etwas mehr als der Hälfte der psychisch kranken Patienten wurde kein Konsiliarius zugezogen, obwohl in gut einem Drittel dieser Fälle der Stationsarzt eine Konsiliarberatung begrüßt hätte. Dagegen fand im Stadtkrankenhaus Braunschweig eine erwünschte Konsiliarberatung nur in zwei Fällen nicht statt.

Ein Viertel der psychisch auffälligen Patienten wurden vom Stationsarzt im Hinblick auf die psychische Störung behandelt. Hierbei erstreckte sich das Spektrum der Behandlung vom Alkoholverbot bei Alkoholikern bis zu eingehenden problemorientierten Gesprächen mit Suicidpatienten.

Für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus empfahlen die Ärzte den psychisch Kranken in der Mehrzahl der Fälle eine ambulante Weiterbehandlung der psychischen Störungen.

Es wurde auch der Krankenhaussozialdienst auf seine Stellung bei der Versorgung von psychisch Kranken untersucht. Die Zielgruppen des Sozialdienstes am Krankenhaus sind, im Hinblick auf diese Untersuchung, insbesondere geistig und seelisch Behinderte, Suchtkranke, für die Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden sollen, pflegebedürftige und alte Menschen sowie Patienten, die einen Suicidversuch unternommen haben.

Die Untersuchung ergab, daß von den 274 psychisch auffälligen Patienten nur vier durch den Krankenhaussozialarbeiter betreut wurden, wobei zu berücksichtigen ist, daß z. Z. der Untersuchung ohnehin nur an zwei der fünf Krankenhäuser ein Krankenhaussozialdienst bestand (Braunschweig und Hannover).

2.3 Psychisch kranke Alterspatienten

Zur Frage der Größenordnung von psychischen Störungen bei Alterspatienten ist auf eine Untersuchung von Gedicke hinzuweisen, nach der 1968 in Westfalen 15,1 % der Bevölkerung über 60 Jahre alt waren, aber allein ihr Anteil in Landeskrankenhäusern 29 % betrug (1). Nach Lauter haben von 100 über 65jährigen 25 psychische Störungen leichteren oder schwereren Grades (8). In internistischen Praxen werden ca. 11 % der Patienten über 65 Jahre als psychisch auffällig bezeichnet, in allgemeinärztlichen Praxen sogar ca. 20 % (9).

So wäre auch im Allgemeinkrankenhaus ein hoher Anteil von Alterspatienten mit psychischen Störungen zu erwarten, insbesondere deshalb, weil im Allgemeinkrankenhaus prozentual doppelt so viele Patienten über 65 Jahre alt sind wie in der Bevölkerung.

Dagegen wurden nur 41 von 1 639 Alterspatienten von den Stationsärzten als psychisch auffällig bezeichnet, also lediglich 2,6 %. Die Hälfte von ihnen erhielt die Diagnose „psychische Störungen des höheren Lebensalters".

Tabelle 3

Patienten, die von den behandelnden Ärzten als psychisch auffällig bezeichnet wurden, in der Altersgruppe „65 Jahre alt und älter"

	Psychisch Auffällige	%	n
Innere Abteilung	22	2,3	949
Chirurgische Abteilung ..	19	2,8	690
insgesamt ...	41	2,6	1 639

Einen Anhaltspunkt für diese geringe Zahl als psychisch krank bezeichnete Alterspatienten, insbesondere solche mit psychischen Störungen des höheren Lebensalters, bieten einerseits die Aussagen einiger Stationsärzte, die beinhalten, daß bei alten Menschen als normal anzusehen sei, wenn sie mit zunehmendem Alter „wunderlich" würden. Andererseits zeigte entsprechend die Ärztebefragung in dieser Untersuchung, daß nur ein Drittel der befragten Ärzte Zerebralsklerotiker für psychisch krank hielt.

Diese Meinung scheint sich auch auf die Versorgung von psychisch auffälligen Alterspatienten auszuwirken. Unter den psychisch Kranken wurden die Alterspatienten weniger als die übrigen einer psychiatrischen Versorgung zugeführt. Bei nur einem Drittel der Patienten mit psychischen Störungen des höheren Lebensalters wurde während des Krankenhausaufenthaltes ein Nervenarzt hinzugezogen.

Außerdem wurde bei psychisch auffälligen Alterspatienten die ambulante Weiterbehandlung der psychischen Störungen durch den Hausarzt und nicht, wie bei den meisten übrigen psychisch Auffälligen, durch einen Nervenarzt für richtig gehalten.

Dies läßt richtigerweise vermuten, daß bei Alterspatienten eine psychische Störung als Symptom eines organischen Krankheitsprozesses angesehen wird, die demzufolge auch abklingen kann, wenn die organische Seite des Krankheitsbildes behandelt wird.

2.4 Suicidpatienten

Im allgemeinen kommen die Suicidpatienten zuerst in das Allgemeinkrankenhaus. Ob und inwieweit nach der lebensrettenden Akutbehandlung eine Nachbehandlung der meist zugrunde liegenden psychischen Störung geschieht, hängt ganz entscheidend von den behandelnden Ärzten und von den nervenärztlichen Versorgungsmöglichkeiten ab.

Mit knapp der Hälfte aller psychisch Kranken dieser Untersuchung bildeten die Suicidpatienten die größte Gruppe: 121 Patienten wurden nach einem Suicidversuch aufgenommen, 72 % davon waren Frauen.

Ob und welche Behandlung durchgeführt wurde, zeigt die Tabelle 4.

Tabelle 4

Versorgungsepisoden von 121 Patienten nach Suicidversuch

(n = 128)

	%
Nur Akutbehandlung	16
Problemorientierte Gespräche des Stationsarztes	23
nervenärztliche Nachbehandlung	59
Suicidversuch mit Todesfolge	2

Bei weit mehr als der Hälfte der Suicidpatienten fand also eine nervenärztliche Nachbehandlung statt. Dieser relativ hohe Anteil kommt durch den Versorgungsgang im Stadtkrankenhaus Braunschweig zustande, wo fast alle Suicidpatienten sofort nach der Akutbehandlung in die psychiatrische Abteilung des Hauses zur Nachbehandlung verlegt wurden.

In den übrigen Krankenhäusern wurden von den Suicidpatienten nur knapp ein Drittel nervenärztlich nachbehandelt. Bei knapp der Hälfte von ihnen wurde vom Stationsarzt durch problemorientierte Gespräche eine Nachbehandlung vorgenommen.

2.5 Haltung der Ärzte zur psychischen Krankheit

Zur Beurteilung der Ergebnisse dieser Untersuchung ist es aufschlußreich, Charakteristika der in der Untersuchung befragten Ärzte hinsichtlich ihrer Einstellung zu Fragen der psychiatrischen Versorgung und zur Psychiatrie im allgemeinen aufzuzeigen. Dazu diente eine Ärztebefragung anhand eines anonymen Fragebogens mit vier Fragestellungen:

1. Wie beurteilt der Stationsarzt die psychiatrische Versorgung allgemein und speziell auf seine Abteilung bezogen?
2. Wieweit gehen Interesse und Ausbildung des Stationsarztes in bezug auf Psychiatrie und, evtl. damit im Zusammenhang zu sehen, sein Interesse am psychisch auffälligen Patienten?
3. Beurteilt der Stationsarzt bestimmte psychiatrische Klientelen, die als Sondergruppen der Psychiatrie im engeren Sinne verstanden werden können, nämlich Alkoholiker, Zerebralsklerotiker, Patienten mit Suicidversuch als psychisch Kranke.
4. Wie ist die Haltung des Stationsarztes zum psychisch auffälligen Patienten?

Der Fragebogen wurde beim letzten und vorletzten Besuch zum Selbstausfüllen vorgelegt.

Von insgesamt 94 Ärzten, die im Laufe der Erhebung auf den untersuchten Stationen tätig waren, nahmen 73, also 78 %, an der Ärztebefragung teil.

Zwei Drittel von ihnen beurteilten die nervenärztliche Versorgung auf ihren Abteilungen durch Konsiliarii überwiegend positiv. Die Überweisung eines psychisch Kranken in ein psychiatrisches Krankenhaus hielten 46 von 73 befragten Ärzten für meistens möglich.

Etwa ein Drittel der befragten Ärzte gab ein Interesse für Psychiatrie an. 8 % von ihnen hatten nach dem Staatsexamen irgendwann psychiatrisch gearbeitet.

Weiter wurde allgemein nach der wünschenswerten psychiatrischen Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern verschiedener Größenordnung gefragt, und zwar unterschieden in Grundversorgungs-, Regelversorgungs- und Zentralversorgungskrankenhäuser. Der befragte Arzt sollte angeben, ob er entweder den Anschluß einer psychiatrischen Abteilung oder die Einrichtung eines psychiatrischen Konsiliardienstes an diesen Häusern für nötig, nützlich, nicht nötig oder unnütz hielt.

Das Ergebnis dieser Befragung zeigt, daß für Zentralversorgungskrankenhäuser die überwiegende Mehrzahl der Ärzte die Einrichtung einer Abteilung für die bessere Möglichkeit der psychiatrischen Versorgung ansah. Für die Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser befürworteten die Ärzte die Schaffung eines regelmäßigen und festgelegten psychiatrischen Konsiliardienstes.

Hinsichtlich der Haltung der Ärzte zur psychischen Krankheit wurde gefragt, ob bestimmte Klientelen, nämlich Alkoholiker, Zerebralsklerotiker und Patienten mit Suicidversuch als psychisch krank angesehen werden können.

Tabelle 5

Ärzte, die Alkoholiker, Zerebralsklerotiker und Patienten mit Suicidversuch für psychisch krank hielten

Angaben in %

	Alkoholiker	Zerebralsklerotiker	Patienten mit Suicidversuch
Innere Abteilung (n = 38)	84	45	87
Chirurgische Abteilung (n = 35)	71	26	80
insgesamt (n = 274) ..	78	36	84

Aus der Tabelle geht hervor, daß die Mehrheit der befragten Ärzte Alkoholiker und Patienten mit Suicidversuch für psychisch krank halten. Dies gilt jedoch nicht für Zerebralsklerotiker, die nur von 36 % der Ärzte als psychisch krank eingestuft worden sind (s. 2.3 „Psychisch kranke Alterspatienten").

Schließlich interessierten die Fragen, ob die Vorurteile in der Gesellschaft, die allgemein eine Diskriminierung der psychischen Krankheit und des psychisch Kranken beinhalten, durch die befragten Ärzte wiedergespiegelt werden. Außerdem, ob die Ärzte durch ein größeres Maß an Ausbildung und Kenntnis in der Psychiatrie eine Einstellung zur psychischen Krankheit haben, die sich nicht nachweisbar von der zur organischen Krankheit unterscheidet.

Tabelle 6

Auszug aus dem Ärztefragebogen

4. Der Leidensgrad einer psychischen Krankheit ist
   - ○ generell größer
   - ○ generell geringer
   - ○ nicht generell anders als der einer organischen Krankheit.

5. Psychische Krankheiten sind
   - ○ gravierender als
   - ○ nicht so gravierend wie
   - ○ genauso gravierend wie organische Krankheiten.

10. Eine psychische Störung setzt eine labile Persönlichkeit voraus.
    - ○ zutreffend
    - ○ nicht zutreffend

In der obigen Tabelle werden in zwei Fragen psychische Krankheit und organische Krankheit zum Vergleich gegenübergestellt. Dabei wurden Schlüsselwörter gewählt — in einer Frage „Leidensgrad", in der anderen „gravierend" —, die Begriffe darstellen, nach denen eine Unterscheidung von psychischer Krankheit und organischer Krankheit nach objektiven Maßstäben nicht möglich ist, sondern die als Ausdruck einer subjektiv-emotionellen Wertung angesehen werden sollten.

In der Feststellung „eine psychische Störung setzt eine labile Persönlichkeit voraus" wurde der medizinisch-psychologische Terminus „psychische Störung" in Zusammenhang mit einer pseudoobjektiven Wertung — „labile Persönlichkeit" — gebracht.

Sowohl die absolute Formulierung „setzt voraus", als auch der Begriff „labile Persönlichkeit" enthalten pauschal eine versteckte Diskriminierung.

Die folgende Tabelle 7 und Abbildung 2 zeigen den Anteil der befragten Ärzte, die in allen Antworten zu den drei Fragen keinen Unterschied zwischen psychischer und organischer Krankheit machten bzw. eine diskriminierende Feststellung über psychisch Kranke ablehnten. Diese Ärzte können in etwa als vorurteilsfrei im Sinne der gestellten Fragen bezeichnet werden. Alle Antworten geben eine ungefähr gleiche Antwort zur psychischen Krankheit wieder und sind daher zusammengestellt worden, zumal 63 % der befragten Ärzte alle drei Fragen im gleichen Sinne beantworteten.

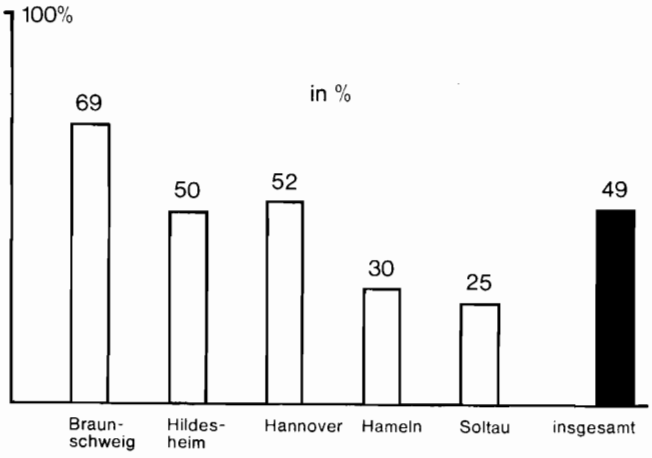
Tabelle 7

Ärzte, die im Sinne dreier diesbezüglicher Fragen als vorurteilsfrei psychischer Krankheit gegenüber anzusehen sind

	%	n
Braunschweig	69	18
Hildesheim	50	16
Hannover	52	20
Hameln	30	11
Soltau	25	8
Internistische Abteilung	54	38
Chirurgische Abteilung	44	35
insgesamt	49	73

Abbildung 2

Ärzte, die im Sinne dreier diesbezüglicher Fragen als vorurteilsfrei gegenüber psychischer Krankheit anzusehen sind



Unter den befragten Ärzten scheint die Vorurteilsfreiheit gegenüber der psychischen Krankheit dort größer zu sein, wo die nervenärztlichen Versorgungsmöglichkeiten besser sind. Weiter scheint die Vorurteilsfreiheit im Sinne der gestellten Fragen bei den Internisten größer zu sein als bei den Chirurgen.

2.6 Regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung

Neben der Größenordnung psychischer Störungen bei Patienten in Allgemeinkrankenhäusern und deren Versorgung zeigt diese Erhebung Unterschiede zwischen den einzelnen untersuchten Krankenhäusern auf, die sich auf ihre unterschiedlichen Möglichkeiten in der psychiatrischen Versorgung zurückführen lassen. So fällt die Abstufung der Versorgungsmöglichkeiten in den 5 Krankenhäusern dieser Untersuchung auf, die mit folgenden Punkten koreliert:

1. Dem relativen Anteil von Patienten, die als psychisch krank auffielen,
2. dem relativen Anteil von psychiatrisch versorgten, psychisch kranken Patienten,
3. der Vorurteilsfreiheit der befragten Ärzte gegenüber der psychischen Krankheit.

2.6.1

Es wurden in dem Krankenhaus die meisten psychisch auffälligen Patienten genannt, wo die nervenärztlichen Versorgungsmöglichkeiten am günstigsten waren, nämlich im Stadtkrankenhaus Braunschweig, das eine psychiatrische Abteilung im Hause hat. Die wenigsten psychisch Auffälligen wurden im Kreiskrankenhaus Soltau genannt, das psychiatrische Konsiliarii aus Celle oder Lüneburg anfordern mußte (s. Tabelle 8 und Abbildung 3).

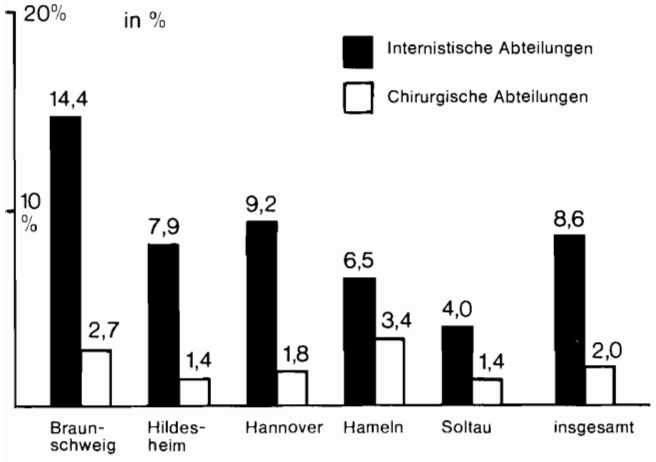
Tabelle 8

Patienten, die von den behandelnden Ärzten als psychisch auffällig bezeichnet wurden, nach Krankenhäusern und Abteilungen unterschieden

	Psychisch Auffällige in internistischen Abteilungen	Psychisch Auffällige in chirurgischen Abteilungen	%		n	
			internistische Abteilungen	chirurgische Abteilungen	internistische Abteilungen	chirurgische Abteilungen
Braunschweig	87	14	14,4	2,7	602	518
Hildesheim	44	12	7,9	1,4	558	879
Hannover	34	11	9,2	1,8	370	600
Hameln	31	16	6,5	3,4	480	478
Soltau	19	6	4,0	1,4	478	421
insgesamt	215	59	8,6	2,0	2 488	2 896

Abbildung 3

Patienten, die von den behandelnden Ärzten als psychisch auffällig bezeichnet wurden, nach Krankenhäusern und Abteilungen unterschieden



In den internistischen Abteilungen entspricht die abnehmende Tendenz der relativen Anteile psychisch auffälliger Patienten der oben implizierten Abhängigkeit von örtlichen Versorgungsmöglichkeiten. Für die chirurgische Abteilung läßt sich diese Tendenz nicht nachweisen, was möglicherweise eine Folge der relativ geringen Zahl hier registrierter psychisch Kranker ist.

2.6.2

Eine psychiatrische Versorgung, also die Hinzuziehung eines Konsiliarius bzw. die Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus, wurde in ihrer Häufigkeit entsprechend ihrer Erreichbarkeit in Anspruch genommen. Es wurden dort relativ mehr Patienten nervenärztlich versorgt, wo die Möglichkeiten dazu eher gegeben waren (s. Tabelle 2).

Betrachtet man allein die Hinzuziehung eines Konsiliarius, zeigt sich ähnliches: Dort, wo dies mit dem geringsten Aufwand verbunden war, nämlich im Stadtkrankenhaus Braunschweig, wurde der Konsiliarius am häufigsten in Anspruch genommen. Dort, wo niedergelassene Nervenärzte bemüht werden mußten, wurden am wenigsten Patienten konsiliarisch betreut (s. Tabelle 9).

Noch deutlicher wird die Abhängigkeit der Konsiliartätigkeit von den regionalen Versorgungsmöglichkeiten, wenn man die Herkunft der Konsiliarii betrachtet (s. Tabelle 10).

Die Verbindung zum Konsiliarius war in dem Krankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung, dem Stadtkrankenhaus Braunschweig, am günstigsten. Dementsprechend wurde er hier auch am häufigsten hinzugezogen. An den übrigen vier Krankenhäusern fand die nervenärztliche Konsiliartätigkeit unter ungünstigeren Bedingungen statt, da die Konsiliarii aus anderen Häusern kamen oder z. T. nicht einmal am selben Ort niedergelassene Nervenärzte waren. Daher war das Ausmaß der Konsiliartätigkeit hier geringer, während der Wunsch danach jedoch häufiger bestand.

Tabelle 9

Psychisch auffällige Patienten, bei denen ein nervenärztlicher Konsiliarius zugezogen wurde

	%	n
Braunschweig	*83*	101
Hildesheim	*20*	56
Hannover	*27*	45
Hameln	*13*	47
Soltau	*36*	25
insgesamt	*45*	274

Tabelle 10

Herkunft der nervenärztlichen Konsiliarii bei 122 Konsiliarberatungen

	%
Aus demselben Krankenhaus	69
Aus einem anderen Krankenhaus	17
Niedergelassener Nervenarzt	12
Amtsarzt	2

2.6.3

Wie bereits unter Punkt 5 beschrieben, war der Anteil der Ärzte, die nach diesbezüglichen Fragen des Ärztefragebogens als vorurteilsfrei gegenüber psychischen Störungen angesehen werden konnten, dort, wo die psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten besser waren, am größten. Dieser Anteil nahm ab mit dem Grad der Erreichbarkeit einer nervenärztlichen Versorgung (s. Tabelle 7 und Abbildung 2).

3 Schlußbemerkung

Betrachtet man diese Punkte insgesamt, so läßt sich schlußfolgern, daß an Allgemeinkrankenhäusern, an denen eine bessere Erreichbarkeit einer psychiatrischen Versorgung existiert, eine bessere Betreuung des psychisch Kranken gegeben ist, und die Ärzte auch besser mit psychiatrischen Problemen ihrer Patienten umzugehen wissen.

Unter diesen Umständen empfiehlt sich die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern als in diesem Zusammenhang beste Möglichkeit einer psychiatrischen Versorgung.

4 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit schildert eine Untersuchung über die Größenordnung und Versorgung von psychischen Störungen in fünf Allgemeinkrankenhäusern Niedersachsens (internistische und chirurgische Abteilungen), wobei diese Häuser nach unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten ausgewählt waren. Während des zweiten Quartals des Jahres 1973 wurden von 5 384 Patienten mit Hilfe eines Fragebogens 274 erfaßt, die von den Stationsärzten als psychisch auffällig bezeichnet worden waren. Mit einem weiteren Fragebogen wurden in diesem Zusammenhang interessierende Einstellungscharakteristika zur Psychiatrie und zur psychiatrischen Versorgung ermittelt.

An Ergebnissen werden insbesondere Fragen der Verteilung der Diagnosen, Probleme der psychiatrischen Versorgung und die Haltung der Ärzte zur psychischen Krankheit beschrieben. Die Gruppe der psychisch kranken Alterspatienten und der Suicidpatienten ist gesondert dargestellt. Es können regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung aufgezeigt werden, die den Schluß zulassen, daß an Allgemeinkrankenhäusern, an denen eine günstigere psychiatrische Versorgung im Sinne der Erreichbarkeit gegeben ist, damit eine häufigere und bessere Versorgung der psychisch Kranken einhergeht.

Literaturverzeichnis

1. Bauer, M. et al.: Psychiatrie. Eine Einführung. Vorbereitungstexte zur klinischen und Sozialpsychiatrie, psychiatrischen Epidemiologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Gruppenarbeit. Thieme, Stuttgart 1973.
2. Wieser, S.: Isolation. Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall. Die soziale Karriere des psychisch Kranken. Rowohlt. Reinbek 1973.
3. Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Zahlen, Fakten und Tendenzen. Die psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland. LV Rheinland 1973.
4. Dilling, H., Weyerer, S., Lisson, H.: Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München 1974.
5. Strotzka, H.: Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Österreichischer Bundesverlag, Wien 1969.
6. Cooper, B.: Die Verteilung psychischer Störungen in Krankenhäusern und allgemeinen Praxen. In: Sozialpsychiatrische Texte, hrsg. von M. v. Cranach und A. Finzen. Springer, Berlin 1972.
7. Degkwitz, R., Schulte, P. W.: Einige Zahlen zur Versorgung psychich Kranker in der Bundesrepublik. Der Nervenarzt 4, 169—180, 1971.
8. Lauter, H.: Neue Wege in der psychiatrischen Altersfürsorge. Die Innere Mission, 2,3 69—81, 1971.
9. Meyer, J.-E., Mohebby, F. und H.: „Der Alterspatient in der Sprechstunde des Internisten und des praktischen Arztes", unveröffentlicht.

Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland

von

K. Wanke

(Abteilung für klinische Psychiatrie II des Zentrums der Psychiatrie im Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main)

Gliederung

1 **Fragestellung**

2 **Aufbau der Untersuchung und Methodik**

2.1 Beteiligte Einrichtungen und Mitarbeiter

2.2 Untersuchte Personengruppe

2.3 Erhebungsinstrument

2.4 Ablauf der Untersuchung

2.5 Auswertung

3 **Ergebnisse**

3.1 Erstaufnahmen, Wiederaufnahmen

3.2 Alter und Geschlecht

3.3 Einweisungsmodus

3.4 Soziale Schicht und soziale Mobilität

3.5 Diagnostische Einordnung und benutzte Stoffe

3.6 Dauer des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit

3.7 Mehrfachmißbrauch (Polytoxikomanie)

3.8 Verteilung der untersuchten Personengruppe nach Kliniken

3.9 Zusammenfassung einiger wesentlicher Ergebnisse

4 **Anhang**

1 Fragestellung

Sucht und Mißbrauch sind einem starken Wandel ihrer Erscheinungsformen unterworfen. Dies hat Konsequenzen für therapeutische Maßnahmen und Einrichtungen. Das Angebot alkoholischer Getränke und legal oder illegal zu beschaffender psychotroper Stoffe steigt ständig. Repräsentativerhebungen zu den derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in der Bundesrepublik liegen bisher nicht vor. Da der Bericht der Enquete-Kommission den letzten Stand der Entwicklung berücksichtigen soll, wurde das vorliegende Projekt S 1 formuliert. Ziel der Untersuchung ist also die Ermittlung der derzeitig relevanten Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in den verschiedenen stationären Institutionen der Bundesrepublik.

2 Aufbau der Untersuchung und Methodik

2.1 Beteiligte Einrichtungen und Mitarbeiter

Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin (Direktor: Professor Dr. W. Keup): Dr. J. Cuypers, Dr. M. Seidel.

Bettenzahl: 2 040.

Rheinisches Landeskrankenhaus in Bonn (Direktor: Professor Dr. A. Huhn): Dr. K. Bahntje, Dipl.-Psych. Dr. I. Marckwort.

Bettenzahl: 1 400.

Privatklinik Dr. Heines in Bremen-Oberneuland (Chefarzt: Dr. K. D. Heines): Oberarzt Dr. H. Debus, Dr. H. Kreutzer, Dr. G. Stadelmann.

Bettenzahl: 134.

Abteilungen für Klinische Psychiatrie I und II des Zentrums der Psychiatrie im Klinikum der Universität in Frankfurt am Main (Leiter: Professor Dr. H. J. Bochnik und Professor Dr. K. Wanke): Dr. W. Hausner, Dipl.-Math. S. Mangold, Dr. K. L. Täschner.

Bettenzahl: 207.

Nervenkrankenhaus des Bezirks Schwaben in Günzburg (Leitender Direktor: Dr. Dr. Schulz): Dr. Kramer, Dipl.-Psych. Wittek.

Bettenzahl: 1 050.

Wahrendorffsche Krankenanstalten in Ilten bei Hannover (Direktor: Professor Dr. H. W. Janz): Dr. E. Jurisic, Dr. U. Eggebrecht.

Bettenzahl: 1 332.

Psychiatrische und Nervenklinik der Stadt Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. F. W. Bronisch): Oberarzt Dr. Strempel, Dr. Holtmann.

Bettenzahl: 258.

Universitäts-Nervenklinik in Tübingen (Komm. Direktor: Professor Dr. R. Lempp): Dr. W. Gruner, Dr. M. Meyen.

Bettenzahl: 141.

Universitäts-Nervenklinik in Würzburg (Direktor: Professor Dr. O. Schrappe): Oberarzt Dr. J. Böning, Dr. U. Gallenkamp, Dr. J. Lehmann, Dr. T. Samtleben.

Bettenzahl: 124.

Die beteiligten Kliniken bieten eine repräsentative Stichprobe der psychiatrischen Krankenhäuser der Bundesrepublik, und zwar nach ihrer Struktur (Landeskrankenhaus, Universitätsklinik, Städt. Fachabteilung und Privat-Krankenhaus), nach Einzugsgebieten (ländlich, städtisch und gemischt) und nach ihrer Bettenzahl (mit 6 686 Betten 6,82 % aller psychiatrischen Betten in der Bundesrepublik). Die Gesamtzahl der psychiatrischen Betten für Erwachsene wurde nach R. Degkwitz (Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Deutsches Ärzteblatt 68, 1971, 2439 bis 2445 und 2485 bis 2490) mit 98 000 angenommen. Der genannte Autor beziffert die Relation der Bettenzahlen psychiatrischer Landeskrankenhäuser zu den sonstigen psychiatrischen Kliniken auf etwa 80 %: ca. 20 %. In der vorliegenden Untersuchung beträgt das Verhältnis etwa 87 % : 13 %. (Dabei wurden die Wahrendorffschen Krankenanstalten in Ilten, die sich in privater Trägerschaft befinden, aber die Aufgaben eines öffentlichen Krankenhauses haben, ganz zu den psychiatrischen Landeskrankenhäusern gerechnet, was vermutlich den geringen prozentualen Unterschied in der Relation ausgleicht.)

2.2 Untersuchte Personengruppe

In den beteiligten Kliniken wurden alle in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 1974 wegen Sucht oder Mißbrauch von Alkohol, Arzneimitteln oder Rauschmitteln zur stationären Aufnahme gelangenden Patienten in der zeitlichen Kontinuität lückenlos erfaßt und einheitlich dokumentiert. Sowohl Erst- als auch Wiederaufnahmen fanden Berücksichtigung.

2.3 Erhebungsinstrument

Die Erfassung der Patientendaten erfolgte mittels eines ablochgerechten Erhebungsbogens (Abbildung 1), dessen 24 Einzelmerkmale jeweils mehrere Spezifikationen (Antwortmöglichkeiten) zur Direktverschlüsselung durch Eintragen der Spezifikations-Nr. in ein vorgezeichnetes Kästchen aufwiesen. Zusätzlich erfolgte eine Verschlüsselung der Klinik-Nr. und der Personalangaben (Personenkennziffer, sogenannte I-Zahl). Dieses Vorgehen ermöglichte das Erkennen von Wiederaufnahmen sowohl innerhalb einer Klinik als auch bei Klinikwechsel. Die Festlegung der I-Zahl des einzelnen Patienten wurde durch Ärzte allein zu statistischen Zwecken durchgeführt. Die Schweigepflicht blieb in jeder Hinsicht gewahrt. Der Erhebungsbogen berücksichtigt Alter, Geschlecht, soziale Schicht und soziale Mobilität des Patienten, Rechtsgrundlage der Klinikeinweisung, die Dauer von Mißbrauch oder Abhängigkeit, die in den letzten drei Monaten vor der stationären Aufnahme benutzten Stoffe sowie die diagnostische Einordnung nach dem Schlüssel der Weltgesundheitsorganisation (ICD-Nummern) unter Einschluß der Komplikationen. Da es sich um eine fortlaufende Untersuchung aller während eines halben Jahres zur Aufnahme gekommenen Kranken handelte, mußte die Zahl der Merkmale außerordentlich eingeschränkt werden.

Die vollständige Dokumentation aller Patientenmerkmale wurde durch feste Zuständigkeiten und sichere Absprachen der beteiligten Mitarbeiter gewährleistet.

Zur Verschlüsselung von Diagnosen: Es wurde jeder Patient registriert, dessen Aufnahme in Zusammenhang mit Mißbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Arzneimitteln oder Rauschmitteln erfolgte, also auch, wenn es sich um Nebendiagnosen handelte. Da der Diagnosenschlüssel der Weltgesundheitsorganisation inzwischen allgemein benutzt wird, wurde er auch für das vorliegende Projekt verwandt, obwohl er für die Bereiche Sucht und Mißbrauch Nachteile aufweist: Eine Differenzierung zwischen Abhängigkeit und Abusus ist bei Arzneimitteln und Rauschdrogen nicht möglich. Polytoxikomanien und „andere Medikamente" werden unter einer Spezifikation aufgeführt. Die Einteilung ist gelegentlich willkürlich (z. B. erscheinen unter einer Spezifikation Barbiturate, unter einer anderen „andere Schlafmittel und Sedativa oder Tranquilizer"). Dem Morphium nicht wirkungsähnliche Analgetika und Schnüffelstoffe fehlen. Der Drogennachrausch (flash back) und das alkoholische Prädelir erscheinen unter einer Antwortmöglichkeit. Da Drogenkonsumenten häufig verschiedene Rauschmittel benutzen, ist die alternative Fassung der ICD-Diagnose Nr. 304, Antwortmöglichkeiten 0 bis 9, unzweckmäßig. Bei der Entwicklung des Erhebungsbogens wurden die angeführten Nachteile teilweise vermieden, indem Spizifikationen zu selbständigen Merkmalen erhoben wurden. Dies ermöglichte eine differenziertere Dokumentation trotz Beibehaltung des Schlüssels. In diesem Sinne war unter der Merkmals-Nr. 21 (Medikamentenabhängigkeit) nur noch die „Hauptabhängigkeit" (vorherrschende Droge)

einzusetzen. Der Nachteil fehlender Differenzierungsmöglichkeiten zwischen Abhängigkeit und Mißbrauch bei Arzneimitteln und Rauschdrogen, den der ICD-Schlüssel aufweist, bleibt bestehen. Daher erschien es zweckmäßig, die Art der in den letzten drei Monaten vor der stationären Aufnahme benutzten Stoffe und die Dauer ihrer Einnahme festzuhalten.

2.4 Ablauf der Untersuchung

Die Durchführung der Erhebung wurde zentral von der Frankfurter Projektleitung aus koordiniert. Jeder Untersucher erhielt eine Projektbeschreibung und ein Merkblatt zum Erhebungsbogen. Die feste Zuständigkeit der einzelnen Mitarbeiter in den verschiedenen Kliniken ermöglichte eine exakte Durchführung: Die Erhebungsbögen wurden sorgfältig und fast stets vollständig ausgefüllt. Dagegen ergaben sich wegen der notwendigen Verschlüsselung der Personal-Daten zwecks Festlegung der I-Zahl teilweise mehrmonatige Verzögerungen, da einige Institutionen diese Codierung aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht durch eigene Mitarbeiter vorzunehmen wünschten.

2.5 Auswertung

Nach Abschluß der Untersuchung wurden die zurückgesandten Erhebungsbögen durch die Frankfurter Projektleitung geprüft. Ausgesondert werden mußten lediglich einige Erhebungsbögen, die vor Beginn des festgelegten Untersuchungszeitraumes ausgefüllt worden waren. Die verschlüsselten Daten wurden auf IBM-Lochkarten übertragen und mittels elektronischer Datenverarbeitung ausgewertet.

3 Ergebnisse

3.1 Erstaufnahmen, Wiederaufnahmen

Es wurden insgesamt 2 400 Patienten auslesefrei fortlaufend erfaßt. Von diesen kamen 73 Kranke zweimal zur Aufnahme, 16 dreimal und 3 viermal. Nur zwei Patienten, Zweifachaufnahmen, wechselten die Klinik.

3.2 Alter und Geschlecht

Die Altersverteilung zeigte folgendes Bild (Tabelle 1): Je ein knappes Fünftel der Untersuchten war bis zu 25 oder über 50 Jahre alt. Doppelt so viele befanden sich im Alter zwischen 36 und 50 Jahren. Mittlere Altersgruppen sind also bevorzugt. Ein Viertel war zwischen 26 und 35 Jahre alt.

Bei den Männern überwogen die Altersgruppen von 21 bis zu 50 Jahren, bei den Frauen ergab sich eine gewisse Verschiebung in Richtung auf höhere Jahrgänge.

31 % der Untersuchten waren Frauen. Spaltet man das Gesamtkollektiv in Gruppen mit den „Hauptabhängigkeiten" Alkohol, Rauschmittel und Arzneimittel, so bieten sich unterschiedliche Geschlechtsrelationen: Bei der Hauptabhängigkeit Alkohol be-

Tabelle 1

Alter bei Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Alter bei Aufnahme	Gesamt N = 2 400		männlich N = 1 668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
unter 15 Jahre	8	0,29	4	0,18	4	0,55
15 bis 20 Jahre	155	6,46	91	5,46	64	8,74
21 bis 25 Jahre	265	11,04	187	11,21	78	10,66
26 bis 30 Jahre	241	10,04	172	10,31	69	9,43
31 bis 35 Jahre	349	14,54	245	14,69	104	14,21
36 bis 40 Jahre	390	16,25	297	17,81	93	12,70
41 bis 50 Jahre	542	22,58	397	23,80	145	19,81
51 bis 60 Jahre	273	11,37	161	9,65	112	15,30
61 bis 70 Jahre	146	6,08	96	5,76	50	6,83
über 70 Jahre	28	1,17	15	0,90	13	1,78
keine Angabe	3	0,12	3	0,18	0	0,00

trägt das Verhältnis Männer zu Frauen 4 : 1, bei Rauschmitteln 2 : 1 und bei Arzneimitteln umgekehrt 1 : 2. Bei den legal erhältlichen Pharmazeutika stellen die Frauen also bereits zwei Drittel der Betroffenen.

3.3 Einweisungsmodus

Im Durchschnitt kamen 60 % der Patienten freiwillig zur Aufnahme, Männer und Frauen gleich häufig (Tabelle 2). Der Anteil der Zwangseinweisungen lag relativ am höchsten bei Rentnern, Berufslosen und ungelernten Arbeitern (Tabelle 3). Die Zahl der freiwilligen Aufnahmen war regional außerordentlich unterschiedlich: Im Bereich des städtischen bzw. des privaten Krankenhauses lag Freiwilligkeit in 93 bzw. 95 % vor, bei privatem Träger, aber öffentlich-rechtlichen Aufgaben in 84 %, bei den Universitätskliniken Tübingen und Würzburg in etwa 80 %, bei den großen, öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern in 50 bis 60 % und im unter-

Tabelle 2

Einweisungsmodus

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Einweisungsmodus	Gesamt N = 2 400		männlich N = 1 668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
freiwillig	1 434	*59,75*	994	*59,59*	440	*60,11*
Freiheitsentziehungsgesetze	784	*32,67*	539	*32,31*	245	*33,47*
Entmündigung	48	*2,00*	35	*2,10*	13	*1,78*
§§ 42 b + c StGB, 81 + 126 a StPO	40	*1,67*	32	*1,92*	8	*1,09*
sonstige	83	*3,46*	60	*3,60*	23	*3,14*
unbekannt	10	*0,42*	7	*0,42*	3	*0,41*
keine Angabe	1	*0,04*	1	*0,06*	0	*0,00*

Tabelle 3

Einweisungsmodus und Beruf bei Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten
Prozente nach Zeilenfallzahl (N = 2 400)

Beruf bei Aufnahme (N = 2 400)	Freiwillig		Nicht freiwillig	
	n	%	n	%
Noch in Ausbildung	85	*67,5*	41	*32,5*
Ungelernter Arbeiter	328	*58,2*	236	*41,8*
Facharbeiter	285	*65,4*	151	*34,6*
Angestellter, Beamter	279	*72,0*	107	*28,0*
Freiberuflicher, Selbständiger	70	*76,1*	22	*23,9*
Hausfrau	127	*65,5*	67	*34,5*
Soldat	4	*57,1*	3	*42,9*
Ohne Beruf	157	*55,3*	127	*44,7*
Rentner	95	*49,0*	97	*51,0*
Unbekannt	4	*16,0*	21	*84,0*

versorgten Ballungsgebiet Frankfurt am Main in 28 %. Je niedriger die Zahl psychiatrischer Betten in einem bestimmten Bereich liegt, um so eher zeigt sich einerseits eine Selektion zu den schweren Fällen hin; andererseits kommt es in unterversorgten Gebieten darüber hinaus zu Zwangseinweisungen nicht selten schon allein deshalb, damit der Patient möglichst rasch in eine ortsferne Institution weiterverlegt werden kann. Da dies insbesondere für Suchtkranke zutrifft, ergibt sich hier ein Indikator für die Güte der Bevölkerungsversorgung.

3.4 Soziale Schicht und soziale Mobilität

Tabelle 4 zeigt den sozialen Aufbau des Kollektivs: 6 % der Patienten waren noch in Ausbildung, 43 % Arbeiter, 17 % Angestellte oder Beamte, 4 % Selbständige, je 8 % Hausfrauen oder Rentner und 12 % ohne Beruf. Auffällig ist der hohe Anteil der ungelernten Arbeiter (24 %) und der Berufslosen.

Hinsichtlich der sozialen Mobilität ergab sich, daß ein Viertel der Kranken zuletzt eine berufliche Tätigkeit unter seinem Ausbildungsniveau ausgeübt hatte. Waren mehr als vier verschiedene Stoffgruppen in den letzten drei Monaten vor der stationären Aufnahme genommen worden, fand praktisch kein sozialer Aufstieg mehr statt. Umgekehrt verstärkte sich der Trend zum sozialen Abstieg, je mehr verschiedene Mittel pro Fall konsumiert wurden. Der Anteil der unter Ausbildungsniveau Tätigen wuchs mit der Anzahl der benutzten Stoffgruppen (Tabelle 5).

Tabelle 4

Beruf bei Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Beruf bei Aufnahme	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
noch in Ausbildung	141	*5,87*	82	*4,92*	59	*8,06*
ungelernter Arbeiter	583	*24,29*	465	*27,88*	118	*16,12*
Facharbeiter	454	*18,92*	418	*25,06*	36	*4,92*
Angestellter oder Beamter	397	*16,54*	232	*13,91*	165	*22,54*
Freiberuflicher, Selbständiger	95	*3,96*	78	*4,68*	17	*2,32*
Hausfrau	199	*8,29*	0	*0,00*	199	*27,19*
Soldat	9	*0,37*	9	*0,54*	0	*0,00*
ohne Beruf	292	*12,17*	207	*12,41*	85	*11,61*
Rentner	198	*8,25*	155	*9,29*	43	*5,87*
Beruf unbekannt	32	*1,33*	22	*1,32*	10	*1,37*
Keine Angabe	0	*0,00*	0	*0,00*	0	*0,00*

Tabelle 5

Anzahl der benutzten Stoffgruppen und sozialer Abstieg

(Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten (N = 2 332)

	Anzahl der benutzten Stoffgruppen (nur Ja-Antworten)					
	1		2		3 und mehr	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	1 608	*100*	365	*100*	359	*100*
Unter Ausbildungsniveau tätig	389	*24,2*	99	*27,1*	112	*31,2*

3.5 Diagnostische Einordnung und benutzte Stoffe

Die Dokumentation der Diagnosen mittels des ICD-Schlüssels belegte das häufige Vorkommen von exogenen Psychosen und sonstigen Komplikationen: In 56 % der Fälle lautete die Diagnose chronischer Alkoholismus, bei 23 % alkoholisches Prädelir, bei 14 % Alkoholrausch, bei 13 % Delirium tremens, bei 12 % gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch, bei 6 % Quartalstrinken, bei 2,5 % Halluzinose und bei 2 % Korsakow-Syndrom (Tabellen 6 und 7). Als unzulänglich erwies sich der ICD-Schlüssel für die Bereiche Rausch- und Arzneimittel: Da nur alternative Spezifikationen vorgesehen sind, bleibt der Mehrfachmißbrauch weitgehend unerfaßt. Außerdem ist die Einteilung der Stoffgruppen willkürlich.

Tabelle 6

„Alkoholpsychosen" (ICD-Nr. 291)

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

„Alkoholpsychosen" (ICD-Nr. 291)	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
Delirium tremens	310	*12,92*	252	*15,11*	58	*7,92*
alkoholisches Korsakow-Syndrom	46	*1,92*	34	*2,04*	12	*1,64*
Alkoholhalluzinose	59	*2,46*	45	*2,70*	14	*1,91*
Eifersuchtswahn	8	*0,33*	7	*0,42*	1	*0,14*
Alkoholrausch	341	*14,21*	255	*15,29*	86	*11,75*
pathologischer Rausch	21	*0,87*	17	*1,02*	4	*0,55*
andere und nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen	41	*1,71*	31	*1,86*	10	*1,37*
Alkoholpsychose liegt nicht vor	1 570	*65,42*	1 023	*61,33*	547	*74,73*
keine Angabe	4	*0,17*	4	*0,24*	0	*0,00*

Tabelle 7

Art des Alkoholmißbrauchs (ICD-Nr. 303)

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Art des Alkoholmißbrauchs (ICD-Nr. 303)	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
episodischer Alkoholmißbrauch (Quartalstrinken)	154	*6,42*	105	*6,29*	49	*6,69*
gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch	295	*12,29*	218	*13,07*	77	*10,52*
chronischer Alkoholmißbrauch (chronischer Alkoholismus)	1 351	*56,29*	1 009	*60,49*	342	*46,72*
andere und nicht näher bezeichnete Arten des Alkoholismus	92	*3,83*	58	*3,48*	34	*4,64*
Alkoholismus liegt nicht vor	505	*21,04*	276	*16,55*	229	*31,28*
keine Angabe	3	*0,12*	2	*0,12*	1	*0,14*

Tabelle 8

„Hauptabhängigkeit" bei Arzneimitteln und Rauschmitteln

(Sucht und Mißbrauch, ICD-Nr. 304)

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

„Hauptabhängigkeit" (ICD-Nr. 304)	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
Opiumalkaloide und Derivate	184	7,67	113	6,77	71	9,70
synthetische Analgetica mit morphinähnlicher Wirkung	43	1,79	25	1,50	18	2,46
Barbiturate	34	1,42	11	0,66	23	3,14
andere Schlafmittel und Sedative oder Tranquilizer	402	16,75	184	11,03	218	29,78
Kokain	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Haschisch, Marihuana	38	1,58	31	1,86	7	0,96
Stimulantien	14	0,58	9	0,54	5	0,68
Halluzinogene	21	0,87	19	1,14	2	0,27
andere Arzneimittel (und Kombinationen)	88	3,67	49	2,94	39	5,33
nicht näher bezeichnete Arzneimittel	12	0,50	6	0,36	6	0,82
Arznei- oder Rauschmittelabhängigkeit liegt nicht vor	1559	64,96	1219	73,08	340	46,45
keine Angabe	5	0,21	2	0,12	3	0,41

Danach ergaben sich folgende „Hauptabhängigkeiten" (Tabelle 8): Barbituratfreie Schlafmittel, Sedativa und Tranquilizer standen mit 17 % an der Spitze der benutzten Mittel. Es folgten Opium mit 8 %, andere Arzneimittel mit 4 %, Analgetica mit 2 %, Haschisch mit 1,6 %, Barbiturate mit 1,4 %, Halluzinogene mit 0,9 % und Stimulantien mit 0,6 %. Wesentlich aufschlußreicher wurden die Ergebnisse durch die zusätzliche Erfassung aller Stoffgruppen, die in den letzten drei Monaten vor der stationären Aufnahme konsumiert wurden (Tabellen 9 a bis 9 l). Die nunmehr erhaltenen Zahlen liegen erheblich über den vorhergenannten. Weiter hatte jeder Untersucher die Möglichkeit, auch Fälle von Verdacht auf Gebrauch bestimmter Stoffe zu dokumentieren (Tabellen 9 a bis 9 l). Diese detailliertere Analyse zeigte, daß bei 85 % der Patienten Alkoholprobleme vorlagen. Bei 28 % handelte es sich um den Gebrauch von Schlafmitteln, bei 22 % um Sedativa, bei 17 % um Analgetica und bei 9 % um andere Arzneimittel. Auch der Rauschmittelkonsum erwies sich nunmehr als intensiver: Bei 13 % handelte es sich um Opiate, bei 9 % um Haschisch, bei 7 % um Weckmittel, bei 6 % um Halluzinogene, bei 2 % um Kocain und bei 1,5 % um Schnüffelstoffe. Bei mehr als der Hälfte aller weiblichen Aufnahmen spielten Arznei- oder Rauschmittel eine Rolle (Tabelle 8), bei 80 % aller Männer lagen sicher Alkoholprobleme vor (Tabelle 7). Psychotische Zustände durch Arzneimittel oder Rauschmittel wurden bei 7 % der Kranken registriert, Echoeffekte und Freitodversuche bei je 5 %.

Tabelle 9a

Alkoholmißbrauch in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Alkohol	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	1 894	*78,92*	1 391	*83,39*	503	*68,72*
fraglich	144	*6,00*	90	*5,40*	54	*7,38*
nein	352	*14,67*	181	*10,85*	171	*23,36*
unbekannt	10	*0,42*	6	*0,36*	4	*0,55*
keine Angabe	0	*0,00*	0	*0,00*	0	*0,00*

Tabelle 9b

Mißbrauch von Opiaten und synthetischen Analgetica mit morphinähnlicher Wirkung in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Opiate und synthetische Analgetica mit morphinähnlicher Wirkung	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	243	*10,12*	150	*8,99*	93	*12,70*
fraglich	72	*3,00*	52	*3,12*	20	*2,73*
nein	2 039	*84,96*	1 436	*86,09*	603	*82,38*
unbekannt	45	*1,87*	29	*1,74*	16	*2,19*
keine Angabe	1	*0,04*	1	*0,06*	0	*0,00*

Tabelle 9c

Mißbrauch von anderen Analgetica in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Andere Analgetica	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	227	*9,46*	112	*6,71*	115	*15,71*
fraglich	171	*7,12*	113	*6,77*	58	*7,92*
nein	1 942	*80,92*	1 402	*84,05*	540	*73,77*
unbekannt	59	*2,46*	40	*2,40*	19	*2,60*
keine Angabe	1	*0,04*	1	*0,06*	0	*0,00*

Tabelle 9d

Schlafmittelmißbrauch in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Schlafmittel	Gesamt N = 2 400		männlich N = 1 668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	479	19,96	217	13,01	262	35,79
fraglich	187	7,79	116	6,95	71	9,70
nein	1 678	69,92	1 295	77,64	383	52,32
unbekannt	54	2,25	38	2,28	16	2,19
keine Angabe	2	0,08	2	0,12	0	0,00

Tabelle 9e

Mißbrauch von Sedativa oder Tranquilizern in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Sedativa oder Tranquilizer	Gesamt N = 2 400		männlich N = 1 668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	356	14,83	178	10,67	178	24,32
fraglich	179	7,46	112	6,71	67	9,15
nein	1 804	75,17	1 339	80,28	465	63,52
unbekannt	59	2,46	37	2,22	22	3,01
keine Angabe	2	0,08	2	0,12	0	0,00

Tabelle 9f

Kokainmißbrauch in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Kokain	Gesamt N = 2 400		männlich N = 1 668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	27	1,12	20	1,20	7	0,96
fraglich	25	1,04	21	1,26	4	0,55
nein	2 305	96,04	1 601	95,98	704	96,17
unbekannt	42	1,75	25	1,50	17	2,32
keine Angabe	1	0,04	1	0,06	0	0,00

Tabelle 9g

Mißbrauch von Haschisch, Marihuana in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Haschisch, Marihuana	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	173	*7,21*	121	*7,25*	52	*7,10*
fraglich	43	*1,79*	28	*1,68*	15	*2,05*
nein	2 147	*89,46*	1 498	*89,81*	649	*88,66*
unbekannt	36	*1,50*	20	*1,20*	16	*2,19*
keine Angabe	1	*0,04*	1	*0,06*	0	*0,00*

Tabelle 9h

Stimulantienmißbrauch in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Stimulantien	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	82	*3,42*	56	*3,36*	26	*3,55*
fraglich	76	*3,17*	51	*3,06*	25	*3,42*
nein	2 194	*91,42*	1 531	*91,79*	663	*90,57*
unbekannt	47	*1,96*	29	*1,74*	18	*2,46*
keine Angabe	1	*0,04*	1	*0,06*	0	*0,00*

Tabelle 9i

Halluzinogenmißbrauch in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Halluzinogene	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	100	*4,17*	68	*4,08*	32	*4,37*
fraglich	51	*2,12*	32	*1,92*	19	*2,60*
nein	2 207	*91,96*	1 541	*92,39*	666	*90,98*
unbekannt	41	*1,71*	26	*1,56*	15	*2,05*
keine Angabe	1	*0,04*	1	*0,06*	0	*0,00*

Tabelle 9k

Mißbrauch von Schnüffelstoffen in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Schnüffelstoffe	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	14	0,58	10	0,60	4	0,55
fraglich	21	0,87	17	1,02	4	0,55
nein	2325	96,88	1615	96,82	710	96,99
unbekannt	39	1,62	25	1,50	14	1,91
keine Angabe	1	0,04	1	0,06	0	0,00

Tabelle 9l

Mißbrauch von anderen Arzneimitteln in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Andere Arzneimittel	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
ja	69	2,87	25	1,50	44	6,01
fraglich	155	6,46	95	5,70	60	8,20
nein	2082	86,75	1480	88,73	602	82,24
unbekannt	92	3,83	67	4,02	25	3,42
keine Angabe	2	0,08	1	0,06	1	0,14

Tabelle 10 gibt Aufschluß über Zusatzdiagnosen: Neurosen und abnorme Persönlichkeiten umfaßten zusammen 12 % der Fälle. Cerebrale Anfallsleiden fanden sich bei 2,4 %. Um endogene Psychosen handelte es sich bei 96 Patienten (= 4 %). Von diesen hatten 63 Alkohol benutzt, 14 Haschisch, 12 Halluzinogene, 9 Opiate und 4 Weckmittel. Im Vergleich zum Gesamtkollektiv zeigten diese Kranken häufiger einen sozialen Abstieg.

Tabelle 10

Zusätzliche psychiatrische ICD-Diagnosen

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

ICD-Nr. / Zusatzdiagnose (1 Zusatzdiagnose bei N = 626 oder 26,08 %, 2 Zusatzdiagnosen bei N = 66 oder 2,75 %)	Gesamt N = 2400		männlich N = 1668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
290 / Präsenile oder senile Demenzen	7	0,29	5	0,30	2	0,27
293 / Psychosen bei anderen organischen Hirnstörungen	23	0,96	18	1,08	5	0,68
294 / Psychosen bei allgemeinen körperlichen Störungen	4	0,17	2	0,12	2	0,27
295 / Schizophrenien	71	2,96	54	3,24	17	2,32
296 / Affektive Psychosen	25	1,04	16	0,96	9	1,23
297 / Paranoide Syndrome (nicht 295 oder 296)	4	0,17	3	0,18	1	0,14
298 / Reaktive Depressionen	24	1,00	14	0,84	10	1,37
300 / Neurosen	154	6,42	92	5,53	62	8,47
301 / Abnorme Persönlichkeiten	127	5,29	81	4,86	46	6,28
302 / Abnormes Sexualverhalten	7	0,29	7	0,42	0	0,00
307 / Abnorme Reaktionen	10	0,42	10	0,54	0	0,00
309 / Nichtpsychot. ps. Störungen bei körperlichen Erkrankungen	10	0,42	7	0,42	3	0,41
310 bis 315 / Oligophrenien	8	0,33	8	0,48	0	0,00
E 950 / Suicid oder -versuch durch Intoxikation	54	2,25	34	2,04	20	2,73
E 955 / desgleichen durch Feuerwaffen o. ä.	1	0,04	1	0,06	0	0,00
E 956 / desgleichen durch Gegenstände	16	0,67	11	0,66	5	0,68
E 957 / desgleichen durch Sturz	2	0,08	1	0,06	1	0,14
E 958 / desgleichen auf sonstige Weise	37	1,54	25	1,50	12	1,64
345 / Cerebrales Anfallsleiden	57	2,37	49	2,94	8	1,09

3.6 Dauer des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit

In Tabelle 11 wird die Dauer des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit aufgeschlüsselt: Je etwa ein Fünftel der Fälle hatte einen Konsum bis zu 2 Jahren oder über 10 Jahre Dauer betrieben. Zwischen diesen Polen lag mehr als die Hälfte der Patienten.

Betrachtet man Männer und Frauen jeweils getrennt, so ergibt sich bei den Männern häufiger eine Einnahmedauer über 10 Jahre; die Frauen übertreffen die Männer in den Bereichen einer kürzeren Dauer des Konsums, zwischen 2 und 5 Jahren sogar um 10 %: Ein Gleichziehen der Geschlechter kündigt sich an. Mit zunehmender Dauer des Gebrauchs kommt es nicht zu einem Anstieg der Freiheitsentziehungen: Zwangseinweisungen liegen mit 55 % am höchsten bei einer Konsumdauer bis zu einem halben Jahr (Tabelle 12). Diese Angabe bezieht sich auf das Gesamtkollektiv. Sie ist möglicherweise nach Hauptabhängigkeitstypen zu differenzieren und schließt die Behandlung akuter Zwischenfälle ein. Betrachtet man die Abhängigkeit des Zeitpunktes der Krankenhausaufnahme von der Dauer der Anamnese, so wurden bei einem Stoffgebrauch bis zu 5 Jahren 34 % der Patienten mit der Hauptabhängigkeit Alkohol stationär aufgenommen, bei der Hauptabhängigkeit Arzneimittel waren es innerhalb von 5 Jahren bereits 60 %, bei Rauschmitteln 86 %. Beim Alkoholismus liegen 62 % der Kranken bei einer Anamnese bis zu 10 Jahren.

Tabelle 11

Dauer des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit

(Alkohol, Arzneimittel, Rauschmittel.
Bei Kombination jeweils längste Anamnesedauer)

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten. Prozente nach Spaltenfallzahl

Dauer des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit	Gesamt N = 2 400		männlich N = 1 668		weiblich N = 732	
	n	%	n	%	n	%
bis 3 Monate	78	3,25	52	3,12	26	3,55
bis 1/2 Jahr	24	1,00	17	1,02	7	0,96
bis 1 Jahr	99	4,12	56	3,36	43	5,87
bis 2 Jahre	197	8,21	126	7,55	71	9,70
bis 5 Jahre	643	26,79	391	23,44	252	34,43
bis 10 Jahre	622	25,92	426	25,54	196	26,78
bis 15 Jahre	252	10,50	199	11,93	53	7,24
über 15 Jahre	283	11,79	241	14,45	42	5,74
unbekannt	200	8,33	158	9,47	42	5,74
keine Angabe	2	0,08	2	0,12	0	0,00

Tabelle 12

Einweisungsmodus und Dauer des Stoffgebrauchs

Absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten
Prozente nach Spaltenfallzahl (N = 2 198)

Einweisungsmodus (N = 2 198) Dauer des Stoffgebrauchs	bis 1/2 Jahr		über 1/2 Jahr	
	n	%	n	%
Freiwillig	44	42,16	1 313	62,64
Freiheitsentziehungsgesetze	56	54,90	626	29,87
Entmündigung	2	1,96	41	1,95
§§ 42 b + c StGB, 81 + 126 a StPO	0	0,00	38	1,81
Sonstige	0	0,00	72	3,43
Unbekannt	0	0,00	5	0,23
Keine Angabe	0	0,00	1	0,04

3.7 Mehrfachmißbrauch (Polytoxikomanie)

Von wesentlicher Bedeutung für die Therapie sind die Mißbrauchskombinationen (Tabelle 13): Bezieht man die Verdachtsfälle ein, so benutzte gut die Hälfte aller Patienten ausschließlich Alkohol, ein weiteres knappes Viertel aber außer Alkohol auch Arzneimittel. 7 % konsumierten Alkohol, Arzneimittel und Rauschmittel. Nur Arzneimittel oder nur Rauschmittel nahmen je 5 %, Rauschmittel und Arzneimittel 4 % und Alkohol und Rauschmittel 1 %. Die Polytoxikomanie ist also mit über einem Drittel aller Aufnahmen für den stationären Bereich von erheblichem Belang.

Untersucht man das Verhältnis Männer : Frauen in der Gruppe der Patienten, die lediglich eine Stoffgruppe — gleich welcher Art — benutzten, so beträgt die Relation 3 : 1, bei Mehrfachgebrauch verändert sich die Relation auf fast 1 : 1 (Tabelle 14). Dabei ist die bei den Männern dominierende Rolle des Alkohols zu berücksichtigen. Insgesamt ergibt sich jedoch eine stärkere Gefährdung der Frauen in Richtung Polytoxikomanie. Weiter zeigte sich,

Tabelle 13

In den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme gebrauchte Stoffe, ohne und mit Einschluß der Verdachtsfälle

Aufteilung nach Konsumentengruppen
Angaben in Prozent des Gesamtkollektivs (N = 2 400)

Konsumentengruppen N = 2 400	Ohne Verdachtsfälle			Mit Verdachtsfällen		
	Gesamt %	männlich %	weiblich %	Gesamt %	männlich %	weiblich %
Nur Alkohol	50,96	41,04	9,92	52,21	42,17	10,04
Nur Rauschmittel	4,79	3,08	1,71	4,79	3,08	1,71
Nur Arzneimittel	4,54	1,25	3,29	4,79	1,25	3,54
Alkohol und Rauschmittel	0,75	0,58	0,17	1,08	0,87	0,21
Alkohol und Arzneimittel	14,37	7,29	7,08	22,08	12,21	9,87
Rauschmittel und Arzneimittel	2,87	1,62	1,25	4,17	2,54	1,63
Alkohol und Rauschmittel und Arzneimittel	1,96	1,21	0,75	6,75	4,50	2,25

Tabelle 14

Anzahl der in den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme benutzten Stoffgruppen

(Merkmale 6 bis 16 des Erhebungsbogens, nur Ja-Antworten).
Geschlechtsverteilung. Absolute Häufigkeiten (N = 2 332)

	Anzahl der benutzten Stoffgruppen (nur Ja-Antworten)			
	1	2	3	4 und mehr
Gesamt	1 608	365	219	140
männlich	1 221	197	116	82
weiblich	387	168	103	58
Relation männlich : weiblich	3,2 : 1	1,2 : 1	1,1 : 1	1,4 : 1

Tabelle 15

Anzahl der benutzten Stoffgruppen und Lebensalter

Absolute Häufigkeiten (N = 2 332)

Lebensalter (N = 2 332)	Anzahl der benutzten Stoffgruppen (nur Ja-Antworten)			
	1	2	3	4 und mehr
bis 30 Jahre	342	115	98	91
31 bis 35 Jahre	255	41	29	14
36 bis 40 Jahre	292	63	18	12
41 bis 50 Jahre	402	79	35	14
über 50 Jahre	317	67	39	9

Tabelle 16

Anzahl der benutzten Stoffgruppen und Dauer des Gebrauchs

Absolute Häufigkeiten (N = 2 167)

Dauer des Stoffgebrauchs (N = 2 167)	Anzahl der benutzten Stoffgruppen		Relation a : b
	1 (a)	2 und mehr (b)	
bis 3 Monate	59	8	7,4 : 1
bis 6 Monate	16	8	2,0 : 1
bis 1 Jahr	62	35	1,8 : 1
bis 2 Jahre	123	71	1,7 : 1
bis 5 Jahre	373	265	1,4 : 1
bis 10 Jahre	429	191	2,2 : 1
über 10 Jahre	409	118	3,5 : 1

daß bis zu 10 verschiedene Stoffgruppen gleichzeitig gebraucht wurden.

Tabelle 15 zeigt die Anzahl der benutzten Stoffgruppen in Abhängigkeit vom Lebensalter: Es ergibt sich ein deutliches Überwiegen des Mehrfachgebrauchs bei der Altersgruppe bis zu 30 Jahren, während bei den Älteren der Gebrauch eines Mittels relativ häufiger vorkommt. Setzt man die Anzahl der benutzten Stoffgruppen und die Dauer des Gebrauchs zueinander in Beziehung (Tabelle 16), so ist der Einfachgebrauch im ersten Halbjahr des Konsums relativ am stärksten ausgeprägt. Die Tendenz zum Übergang auf andere Substanzen nimmt im weiteren Verlauf bis zum 5. Jahr zu und tritt dann wieder zurück hinter einer Neigung zum Einfachgebrauch. Der kritische Zeitraum, in dem die Entscheidung in Richtung Polytoxikomanie fällt, liegt bei einer mittleren Einnahmedauer von 1 bis 5 Jahren. Dies entspricht auch klinischer Erfahrung: In diesem Abschnitt erfolgt die Auseinandersetzung der Persönlichkeit mit der Abhängigkeit und ihren sozialen Folgen.

3.8 Verteilung des Untersuchungsguts nach Kliniken

Mehr als die Hälfte aller Patienten wurde in großstädtischen Ballungsräumen (Berlin, Frankfurt) stationär aufgenommen (Tabelle 17). Der Anteil der Frauen am Krankengut der einzelnen Kliniken weist keine eindeutigen Beziehungen zum jeweiligen Einzugsgebiet auf und scheint eher von institutionellen Gegebenheiten beeinflußt zu werden.

Tabelle 17

Verteilung des Untersuchungsguts nach Kliniken

Absolute Häufigkeiten (N, N1, N2). Relative Häufigkeiten bezogen auf das Gesamtkollektiv (% von N) und auf das jeweilige Klinikkollektiv (% von n)

Klinik	Gesamt N = 2 400		männlich N1 = 1 668		weiblich N2 = 732	
	n	% von N	n1	% von n	n2	% von n
Berlin	941	*39,21*	701	*74,50*	240	*25,50*
Bonn	331	*13,79*	215	*64,95*	116	*35,05*
Bremen	129	*5,37*	85	*65,89*	44	*34,11*
Frankfurt a. M.	337	*14,04*	219	*64,99*	118	*35,01*
Günzburg	196	*8,17*	153	*78,06*	43	*21,94*
Ilten	119	*4,96*	82	*68,91*	37	*31,09*
Nürnberg	116	*4,83*	63	*54,31*	53	*45,69*
Tübingen	136	*5,67*	82	*60,29*	54	*39,71*
Würzburg	94	*3,92*	67	*71,28*	27	*28,72*

3.9 Schlußfolgerungen und Empfehlungen aus dem Projekt

Die Gruppe der Suchtkranken in psychiatrischen Kliniken ist gekennzeichnet durch die Heterogenität ihrer Zusammensetzung, eine Vielzahl von ungünstigen Verläufen und Komplikationen sowie das gleichzeitige Vorliegen gravierender psychiatrischer Grundstörungen (Neurosen, Psychopathien usw.). Während bei Männern Alkoholprobleme weiterhin überwiegen, sind Frauen stärker gefährdet im Hinblick auf Arzneimittelabhängigkeit und Polytoxikomanie. Auffällig war der hohe Anteil des Gebrauchs von Schlafmitteln (20 %) und von Sedativa oder Tranquilizern (15 %) am Gesamtkrankengut. Derartige Untersuchungsergebnisse ließen sich nur durch Einführung zusätzlicher Merkmale gewinnen, da der benutzte ICD-Diagnosenschlüssel der Weltgesundheitsorganisation für die Bereiche Sucht und Mißbrauch zu geringe Differenzierungsmöglichkeiten bietet und insbesondere Alternativantworten dort vorgibt, wo — teilweise charakteristische — Kombinationen häufig sind. Die Nachteile des ICD-Schlüssels werden im einzelnen dargestellt.

Die Projektauswertung zeigt, daß sich ungünstige Verlaufsformen bei Mißbrauch und Abhängigkeit nicht nur von der Art der benutzten psychotropen Stoffe her ergeben, sondern auch durch schichtenspezifische Gefährdungsmuster. Die Zahl der Zwangseinweisungen Suchtkranker stellt einen Indikator für die Güte der Bevölkerungsversorgung in einem bestimmten Einzugsbereich dar. Die regional außerordentlich unterschiedliche Zahl der freiwilligen Aufnahmen (zwischen 95 und 28 %) spricht dafür, daß die Bereitstellung von rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehenden Hilfsangeboten für Suchtkranke und -gefährdete eine wichtige Forderung ist. Die Heterogenität der Gruppe der Suchtkranken in psychiatrischen Kliniken erfordert grundsätzlich eine getrennte und differenzierte Behandlung der einzelnen Erkrankungsformen. Die Durchführung derartiger Maßnahmen stößt jedoch auf beträchtliche institutionelle Schwierigkeiten.

4 Anhang

Abbildung 1

Erhebungsbogen

Projekt S 1 der Psychiatrie-Enquete (Sucht und Mißbrauch)

Achtung! Bitte für jedes Merkmal zutreffende Ziffer rechts ins zugehörige Kästchen eintragen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: (Tag, Monat, Jahr) ☐☐☐☐☐☐

1. **Aufnahmedatum:** (Tag, Monat, Jahr) ☐☐☐☐☐☐

2. **Geschlecht** ☐
   0 männlich
   1 weiblich

3. **Einweisungsmodus** ☐
   0 freiwillig
   1 Freiheitsentziehungsgesetz
   2 Entmündigung, Pflegschaft
   3 § 42 b, c StGB, § 81 StPO, § 126 a StPO
   4 sonstige
   5 unbekannt

4. **Berufsstand zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme** ☐
   0 noch in Ausbildung
   1 ungelernter Arbeiter
   2 Facharbeiter
   3 Angestellter und Beamter
   4 Freiberuflicher, Selbständiger
   5 Hausfrau
   6 Soldat
   7 ohne Beruf
   8 Rentner, Pensionär
   9 unbekannt

5. **Letzte berufliche Tätigkeit** ☐
   0 unter
   1 entsprechend } Ausbildungsniveau
   2 über

In den letzten 3 Monaten vor der stationären Aufnahme Mißbrauch folgender Stoffe:

6. **Alkohol** ☐
   0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

7. **Opiate und synthetische Analgetica mit morphinähnlicher Wirkung** ☐
   0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

8. **Andere Analgetica** ☐
   0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

9. **Schlafmittel** ☐
   0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

10. **Sedativa oder Tranquilizer** ☐
    0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

11. **Kokain** ☐
    0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

12. **Haschisch, Marihuana** ☐
    0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

13. **Stimulantien** ☐
    0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

14. **Halluzinogene** ☐
    0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

15. **Schnüffelstoffe** ☐
    0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

16. **Andere Arzneimittel** ☐
    0 ja, 1 fraglich, 2 nein, 3 unbekannt

17. **Dauer des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit (Alkohol, Arzneimittel, Drogen. Bei Kombination jeweils längste Anamnesedauer)** ☐
    0 Dauer bis 3 Monate
    1 Dauer bis ½ Jahr
    2 Dauer bis 1 Jahr
    3 Dauer bis 2 Jahre
    4 Dauer bis 5 Jahre
    5 Dauer bis 10 Jahre
    6 Dauer bis 15 Jahre
    7 Dauer über 15 Jahre
    8 Dauer unbekannt bzw. nicht zu beurteilen

Diagnose:

18. **Alkoholpsychosen (ICD-Nr. 291)** ☐
    0 Delirium tremens
    1 alkoholisches Korsakow-Syndrom
    2 Alkohol-Halluzinose
    3 Eifersuchtswahn
    4 Alkoholrausch
    5 pathologischer Rausch
    6 andere und nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen
    7 Alkoholpsychose liegt nicht vor

19. **Nichtpsychotisches prädelirantes Syndrom bei Alkoholismus (ICD-Nr. 309.1.0.)** ☐
    0 ja
    1 nein

20. **Alkoholismus (ICD-Nr. 303)** ☐
    0 episodischer Alkoholmißbrauch (Quartalstrinken)
    1 gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch
    2 chronischer Alkoholmißbrauch (chronischer Alkoholismus)
    3 andere und nicht näher bezeichnete Formen des Alkoholismus
    4 Alkoholismus liegt nicht vor

21. **Medikamentenabhängigkeit (Sucht und Mißbrauch) (ICD-Nr. 304) („Hauptabhängigkeit")** ☐☐
    0 Opium (Opium-Alkaloide u. deren Derivate)
    1 synthetische Analgetica mit morphinähnlicher Wirkung
    2 Barbiturate
    3 andere Schlafmittel und Sedativa oder Tranquilizer
    4 Kokain
    5 Haschisch, Marihuana
    6 Stimulantien
    7 Halluzinogene
    8 andere Medikamente (und kombinierte)
    9 nicht näher bezeichnete Medikamente
    10 Medikamentenabhängigkeit liegt nicht vor

22. **Psychotische Zustände durch Arzneimittel oder Drogen (z. B. Verwirrtheitszustände, Delirien, „Horror-Trips") (ICD-Nr. 294.3)** ☐
    0 ja
    1 nein

23. **Neurotisch erscheinende Angstzustände bei Drogeneinnahme (z. B. flash-back) (ICD-Nr. 309.1.1.)** ☐
    0 ja
    1 nein

24. **Andere psychiatrische ICD-Diagnosen (Nr. oder Klartext):** ☐☐☐☐

Unterschrift: _____

(Braucht nicht ausgefüllt zu werden)

Klinik-Nr. ☐

I-Zahl ☐☐☐☐☐☐☐☐

Katamnestische Untersuchungen an ambulant und stationär behandelten Alkoholikern

von

W. Feuerlein

A. Katamnestische Erhebungen an stationär behandelten Alkoholikern

1 Problemstellung

Ausgangspunkt dieses Forschungsprojektes A ist die durch zahlreiche Beobachtungen und Erhebungen gestützte Meinung, daß die Nachsorge nach der stationären Behandlung bei Alkoholikern entscheidend für die Effizienz der gesamten Behandlungsbemühungen ist. Diese Auffassung sollte durch sorgfältige Untersuchungen an einer unausgelesenen Stichprobe von stationär behandelten Alkoholikern überprüft werden. Darüber hinaus sollte die Erhebung eine Aussage über die sog. „Schwundproblematik" der Alkoholiker erlauben, d. h. über den Personenkreis, der bei Nachuntersuchungen nicht mehr erfaßt werden kann. Es stellten sich also folgende Fragen:

1. Welches ist der Kreis der in den katamnestischen Untersuchungen nicht mehr erfaßbaren Alkoholiker und wie ist dieser Personenkreis strukturiert?
2. Wie viele der stationär behandelten Alkoholiker werden zur Nachbetreuung bzw. zur ärztlichen Nachbehandlung überwiesen und welche Nachbetreuungen finden tatsächlich statt?
3. Welches Trinkverhalten zeigen die Alkoholiker ein halbes Jahr nach der Entlassung aus der stationären Behandlung?
4. Wie viele von den Alkoholikern kommen innerhalb des katamnestischen Zeitraumes wieder in stationäre Behandlung?

2 Methodik der Untersuchung

2.1 Patientengut

Um einen repräsentativen Querschnitt von Alkoholkranken zu erhalten, wurden Patienten ausgesucht, die von einem definierten Zeitpunkt ab mit der Diagnose Alkoholismus (ICD-Nr. 303.0—303.9 bzw. ICD-Nr. 291.0—291.9) entlassen wurden. Es handelte sich dabei um Patienten des Bezirkskrankenhauses Haar bei München. Es wurden alle Alkoholkranken in die Untersuchung mit einbezogen, die nach dem 1. Mai 1972 entlassen worden waren. Lediglich Patienten mit völlig unzureichenden Kenntnissen der deutschen Sprache wurden ausgeschieden, weil eine Nachuntersuchung hier mit den vorgesehenen Methoden nicht möglich erschien. Die Einbeziehung der Patienten in die Stichprobe wurde abgeschlossen, als 190 Patienten erfaßt worden waren. Der letzte Patient der Stichprobe wurde Ende Juli 1972 entlassen. Bei der Stichprobe handelte es sich um 140 Männer (73 %) und 50 Frauen (27 %). Die Altersverteilung der Stichprobe geht aus Tabelle 1 hervor, die Verteilung der Sozialschichten zeigt Tabelle 2.

Tabelle 1

Altersverteilung

unter 30 Jahren	36	*(19 %)*
30 bis 39 Jahre	54	*(28 %)*
40 bis 49 Jahre	56	*(30 %)*
50 bis 59 Jahre	35	*(18 %)*
60 Jahre und älter	9	*(5 %)*
insgesamt	190	*(100 %)*

Die Nachuntersuchung wurde frühestens ein halbes Jahr nach der Entlassung vorgenommen, sie nahm etwa vier Monate in Anspruch. Der erfaßte katamnestische Zeitraum betrug sechs Monate nach der Entlassung.

Tabelle 2

Sozialschicht

	n = 190					
	Männer und Frauen		davon Männer		davon Frauen	
Unterschicht	66	*(35 %)*	56	*(40 %)*	10	*(20 %)*
untere Mittelschicht	92	*(48 %)*	65	*(46 %)*	27	*(54 %)*
obere Mittelschicht	23	*(12 %)*	13	*(9 %)*	10	*(20 %)*
Oberschicht	0	*(0 %)*	0	*(0 %)*	0	*(0 %)*
unbekannt	9	*(5 %)*	6	*(4 %)*	3	*(6 %)*

2.2 Erhebungsinstrumente

Die Daten wurden mit Hilfe eines semistandardisierten Interviews erhoben. Als Hilfsmittel zum Festhalten und Auswerten der Daten wurde ein Erhebungsbogen verwendet. Von einer schriftlichen Befragung mit einem Fragebogen wurde abgesehen, weil bei dieser Art der Befragung die Gefahr falscher Informationen bzw. von Antwortverweigerung größer gewesen wäre als bei einem mündlichen Interview. Das semistandardisierte Interview gliederte sich in drei Abschnitte:

2.2.1

Daten, die aus den vorliegenden Krankengeschichten erhoben wurden: Daten zur Person, Alter Geschlecht, Familienstand, Ausbildung und Berufsstand (Sozialschicht)

2.2.2

Daten zur Erkrankung wie Dauer des Alkoholismus, frühere stationäre oder ambulante Behandlung vor der Betreuung

2.2.3

Daten zur jetzigen stationären Behandlung: Einweisungsmodus, Dauer der Vorbehandlung, Diagnose (ICD-Nr.), Überweisung zur Nachbehandlung und Nachbetreuung, Wohnungs- und Arbeitsplatzvermittlung

2.2.4

Daten aus dem katamnestischen Zeitraum: Art und Häufigkeit der Nachbehandlung, Art und Häufigkeit der Nachbetreuung und der Beurteilung von seiten der Patienten, Lebens- und Arbeitsverhältnisse, Alkoholkonsum während des katamnestischen Zeitraumes

2.2.5

Daten über evtl. erneute stationäre Behandlung (Diagnose)

2.2.6

Daten über evtl. eingetretenen Tod mit Todesursache.

2.3 Zur Durchführung der Untersuchung

2.3.1 Kontaktaufnahme

Zunächst wurde den Patienten ein kleiner Fragebogen mit Fragen über die Arbeitsfähigkeit und evtl. hausärztliche Behandlung übersandt. 53,6 % dieser Fragebögen wurden von den Patienten zurückgeschickt.

2.3.2 Suche nach der Patienten

Die Suche nach den Patienten, deren Entlassungsort nicht mehr mit dem jetzigen Wohnort übereinstimmte bzw. die zum Zeitpunkt der Entlassung obdachlos waren, erfolgte über Einwohnermeldeämter, Gesundheitsämter, Krankenkassen, Krankenhäuser, Obdachlosenheime und Vormund. Trotz wiederholter Befragung der genannten Institutionen blieben 27 Patienten (14 %) bis zum Ende der Erhebung unauffindbar.

2.3.3 Interview der Patienten

124 Patienten bzw. deren Angehörige (64 %) konnten interviewt werden, d. h. über sie liegen nahezu vollständige Informationen vor. 13 Patienten lehnten eine Befragung aus unterschiedlichen Gründen vollständig ab.

Fremdanamnestische Erhebungen wurden in jedem Fall versucht, in erster Linie von den Angehörigen, aber auch vom Gesundheitsamt bzw. von den nachbehandelnden Ärzten.

32 Patienten (17 %) konnten aus verschiedenen Gründen nicht persönlich befragt werden. Die Informationen über sie sind unvollständig. Acht Patienten (4 %) waren verstorben, davon fünf innerhalb des katamnestischen Zeitraumes von einem halben Jahr. Zwei weitere Patienten starben später, in einem Fall konnte das Todesdatum nicht mehr ermittelt werden. Von den acht verstorbenen Pa-

tienten waren sechs Männer und zwei Frauen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Interview

	n = 190	
vollständiges Interview	123	*(64 %)*
kein Interview, jedoch (unvollständige) sonstige Informationen, davon 13 *(7 %)* Verweigerung des Interviews	32	*(17 %)*
verstorben	8	*(4 %)*
unauffindbar	27	*(14 %)*

3 Ergebnisse der Untersuchung

3.1 Unauffindbare Patienten („Schwundpatienten")

Die 27 unauffindbaren Patienten (23 Männer, 4 Frauen) unterscheiden sich in verschiedener Hinsicht von den übrigen Patienten der gesamten Gruppe.

3.1.1

Der Anteil der Patienten aus der Unterschicht ist hier relativ hoch (64 % gegenüber 35 % der Gesamtpatienten).

3.1.2

Der Anteil der Patienten, die nicht zu einer Nachbetreuung überwiesen wurden, ist beträchtlich höher (78 % gegenüber 34 %).

Tabelle 4

Unauffindbare Patienten („Schwundpatienten")

n = 190	
27 *(14 %)* Unterschiede gegenüber Gesamtgruppe	
1.	Unterschicht-Angehörige „Schwundpatienten" *63 %* — Gesamtgruppe *35 %*
2.	Nicht zur Nachbetreuung überwiesen: „Schwundpatienten" *78 %* — Gesamtgruppe *24 %*
3.	Alkohol-Delir Diagnose: „Schwundpatienten" *7 %* — Gesamtgruppe *13 %*
Keine Unterschiede hinsichtlich Aufnahmemodus und Alter	

3.1.3

Der Anteil der Patienten mit Alkoholdelir ist bei den Schwundpatienten geringer (7 % gegenüber 13 % der Gesamtgruppe).

Dagegen bestehen keine Unterschiede hinsichtlich Aufnahmemodus und Alter (Tabelle 4).

3.2 Nachbetreuung

Unter Nachbetreuung wurde der direkte Kontakt mit Selbsthilfeorganisationen wie Anonyme Alkoholiker, Blaukreuz, Caritas, ferner Sozialarbeiter, Bewährungshelfer und Suchtberatungsstellen und Gesundheitsamt verstanden.

3.2.1 Überweisung zur Nachbetreuung (Tabelle 5)

83 Patienten (44 %) wurden gezielt zur Nachbetreuung überwiesen, davon 56 (30 %) an Selbsthilfeorganisationen.

Tabelle 5

Überweisung zur Nachbetreuung

	n = 190
gezielt überwiesen	83 *(44 %)*
davon 56 *(30 %)* an Selbsthilfeorganisationen	
sicher nicht überwiesen	46 *(24 %)*
Überweisung nicht mehr feststellbar	61 *(33 %)*

46 (24 %) wurden sicher nicht überwiesen, bei 61 (33 %) war die Überweisung nicht mehr sicher feststellbar. Als gezielt überwiesen galten nur Patienten, denen mit der Aufforderung, zur Nachbetreuung zu gehen, auch die Adresse der entsprechenden Institution mitgeteilt worden war. Bemerkenswert ist, daß die Mehrzahl der Patienten während des Aufenthaltes in dem Bezirkskrankenhaus die Möglichkeit hatte, an einem Meeting der Anonymen Alkoholiker bzw. an einem Treffen des Blauen Kreuzes teilzunehmen.

Von den 138 Patienten, über die Informationen erhältlich waren, haben 97 (70 %) keine Aufforderung zur Nachbetreuung erhalten, nur 28 (20 %) erhielten eine Aufforderung zur Nachbetreuung auch noch nach ihrer Entlassung während des katamnestischen Zeitraums.

3.2.2 Tatsächliche Nachbetreuung (Tabelle 6)

42 Patienten (22 %) wurden nachbetreut, 99 Patienten (52 %) wurden nicht nachbetreut.

Von den wiederaufgenommenen Patienten waren es 57 %, die nicht nachbetreut wurden. Bei 49 Patienten (26 %) ist die Nachbetreuung unbekannt. Von den 42 Patienten, die tatsächlich nachbetreut wurden

Tabelle 6

Tatsächliche Nachbetreuung

	n = 190
nachbetreut	42 *(22 %)*
nicht nachbetreut	99 *(52 %)*
unbekannt	49 *(26 %)*

(Tabelle 7), wurden 18 (43 %) durch das Gesundheitsamt betreut, 13 (31 %) durch Selbsthilfeorganisationen, 11 (26 %) durch sonstige Instanzen.

Tabelle 7

Institutionen der tatsächlichen Nachbetreuung

	n = 42
durch Gesundheitsamt	18 *(43 %)*
durch Selbsthilfeorganisationen (AA und andere)	13 *(31 %)*
durch sonstige (Sozialarbeiter, Bewährungshelfer, Suchtberatungsstellen)	11 *(26 %)*

Von 146 Patienten, die in einer Stadt wohnen, wurden 25 % nachbetreut, von 44 Patienten, die auf dem Land wohnen, nur 11 %.

3.2.3 Frequenz der Nachbetreuung (Tabelle 8)

Von den 42 Patienten wurden 12 (29 %) alle 8 bis 14 Tage, 6 (14 %) einmal im Monat und 24 Patienten (57 %) seltener als einmal im Monat nachbetreut.

Tabelle 8

Frequenz der Nachbetreuung

	n = 42
alle 8 bis 14 Tage	12 *(29 %)*
einmal im Monat	6 *(14 %)*
seltener als einmal im Monat	24 *(57 %)*

Hinsichtlich der tatsächlichen Nachbetreuung ergeben sich erhebliche Unterschiede, je nachdem ob die Patienten in einer stationären Behandlung mit oder ohne Gruppentherapie behandelt worden waren (Tabelle 9).

Tabelle 9

Stationäre Behandlung mit und ohne Gruppentherapie / Nachbetreuung

	Gruppentherapie	keine Gruppentherapie	Σ
Keine Nachbetreuung	7 *(47 %)*	92 *(73 %)*	99
Nachbetreuung durch AA, sonstige Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Sozialarbeiter	6 *(40 %)*	17 *(14 %)*	23
Gesundheitsamt	2 *(13 %)*	16 *(13 %)*	18
Σ	15	125	140

Von den mit Gruppentherapie Behandelten wurden insgesamt 53 % nachbetreut, von den nicht mit Gruppentherapie Behandelten nur 27 %. Diese Unterschiede sind auf dem 5 %-Niveau signifikant.

3.3 Ambulante ärztliche Nachbehandlung

Von den 141 Fällen, über die Informationen vorliegen, wurden 55 (39 %) nachbehandelt (von den Wiederaufgenommenen 53 (51 %). Von den Nachbehandelten wurden 29 (21 %) vom Hausarzt und je 13 (9 %) durch niedergelassene Nervenärzte und durch psychiatrische Polikliniken behandelt (Tabelle 10).

Tabelle 10

Ambulante ärztliche Nachbehandlung

	n = 141
nachbehandelt	55 *(= 39 %)*
davon:	
durch Hausarzt	29 *(21 %)*
durch Nervenfacharzt	13 *(9 %)*
durch psychiatrische Poliklinik	13 *(9 %)*

Von den 55 nachbehandelten Patienten wurden 22 (40 %) alle 8 bis 14 Tage, 16 Patienten (28 %) einmal im Monat und 17 (33 %) weniger als einmal im Monat behandelt (Tabelle 11).

Tabelle 11

Frequenz der ambulanten ärztlichen Nachbehandlung

	n = 55
alle 8 bis 14 Tage	22 *(40 %)*
einmal im Monat	16 *(28 %)*
seltener als einmal im Monat	17 *(32 %)*

3.4 Alkoholismus im katamnestischen Zeitraum

Von 155 Patienten (113 Männer = 73 %, 42 Frauen = 27 %) konnten Informationen über den Alkoholkonsum gewonnen werden (Tabelle 12).

Tabelle 12

Alkoholkonsum im katamnestischen Zeitraum

	n = 155 (113 Männer, 42 Frauen)					
	Männer und Frauen		davon Männer		davon Frauen	
abstinent	11	*(7 %)*	7	*(5 %)*	4	*(9 %)*
mäßiger Alkoholkonsum bei sozialer Anpassung	24	*(16 %)*	17	*(15 %)*	7	*(17 %)*
mäßiger Alkoholkonsum ohne soziale Anpassung	6	*(4 %)*	4	*(4 %)*	2	*(5 %)*
totaler Rückfall	114	*(73 %)*	85	*(75 %)*	29	*(69 %)*

Davon blieben 11 = 7 % (7 Männer = 5 %, 4 Frauen = 9 %) abstinent. 24 = 16 % (17 Männer = 15 %, 7 Frauen = 17 %) betrieben einen mäßigen Alkoholkonsum bei sozialer Anpassung. Von 6 = 4 % (4 Männer = 4 %, 2 Frauen = 5 %) ist ein mäßiger Alkoholkonsum ohne soziale Anpassung bekanntgeworden. Bei 114 = 73 % (85 Männer = 75 %, 29 Frauen = 69 %) kam es zu einem totalen Rückfall in die alten Trinksitten. Teilt man die Patienten in solche mit und ohne Nachbetreuung auf (Tabelle 13), so zeigt es sich, daß von den 42 Nachbetreuten 2 = 5 % abstinent blieben und 33 = 78 % total rückfällig wurden, während von den 99 nicht Nachbetreuten 70 = 79 % total rückfällig wurden.

Bei 7 = 17 % der Nachbetreuten und 21 = 21 % der nicht Nachbetreuten wurde ein mäßiger Alkoholkonsum dokumentiert. Teilt man die Patienten in solche auf, die eine Gruppentherapie während der stationären Behandlung erhalten haben und solche ohne Gruppentherapie, so ergeben sich bemerkenswerte Unterschiede (Tabelle 14).

Tabelle 13

Nachbetreuung / Alkoholkonsum

	nach-betreut	nicht nach-betreut	Σ
abstinent	2 *(5 %)*	8 *(8 %)*	10
mäßiger Alkoholkonsum	7 *(17 %)*	21 *(21 %)*	28
totaler Rückfall	33 *(78 %)*	70 *(71 %)*	103
Σ	42	99	141

Tabelle 14

Stationäre Behandlung mit und ohne Gruppentherapie / Alkoholkonsum

	Gruppen-therapie	keine Gruppen-therapie	Σ
abstinent	4 *(24 %)*	7 *(5 %)*	11
mäßiger Alkoholkonsum	0	24 *(17 %)*	24
Rückfall	13 *(76 %)*	107 *(78 %)*	120
Σ	17	138	155

Von den 17 Patienten mit der Gruppentherapie blieben 4 = 24 % abstinent, von den 138 Patienten ohne Gruppentherapie 7 = 5 %. Dagegen zeigen sich hinsichtlich der Rückfallzahlen keine nennenswerten Unterschiede mehr: 76 % : 78 %.

3.5 Wiederaufnahme in stationäre Behandlung während des katamnestischen Zeitraumes

Von den 148 Patienten (107 Männern und 41 Frauen), über die zu dieser Frage Informationen gesammelt werden konnten, wurden 65 (47 Männer, 18 Frauen) = 44 % wieder zur stationären Behandlung aufgenommen. Der Prozentsatz, bezogen auf die Gesamtstichprobe, beträgt 34 %. Von den Wiederaufgenommenen waren 20 (31 %) nachbetreut und 37 (57 %) nicht nachbetreut worden. Von den Nichtwiederaufgenommenen waren 20 (34 %) nachbetreut und 60 (72 %) nicht nachbetreut (Tabelle 15).

Tabelle 15

Wiederaufnahmen

	n = 148		
	Wiederaufnahme	keine Wiederaufnahme	Σ
Nachbetreuung			
ja	20 *(31 %)*	20 *(34 %)*	40
nein	37 *(57 %)*	60 *(72 %)*	97
unbekannt	8 *(12 %)*	3 *(4 %)*	11
Σ	65	83	148

Betrachtet man die Altersverteilung der Wiederaufgenommenen (Tabelle 16), so entspricht sie im großen und ganzen der Altersverteilung in der Gesamtgruppe.

Tabelle 16

Altersverteilung der Wiederaufnahmen

	n = 65
30 Jahre und jünger	15 *(23 %)*
31 bis 40 Jahre	18 *(28 %)*
41 bis 50 Jahre	18 *(28 %)*
51 bis 60 Jahre	14 *(21 %)*
60 Jahre und älter	0

Lediglich die Altersstufe der unter 30jährigen und der 51 bis 60jährigen ist leicht überrepräsentiert, die Altersgruppe der über 60jährigen ist gar nicht vertreten. Von den Wiederaufgenommenen gehörten 24 (37 %) der Unterschicht, 30 (46 %) der unteren Mittelschicht, 10 (15 %) der oberen Mittelschicht an. Diese Verteilung entspricht im großen und ganzen der Gesamtgruppe (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17

Sozialschicht der Wiederaufnahmen

	n = 65
Unterschicht	24 *(37 %)*
untere Mittelschicht	30 *(46 %)*
obere Mittelschicht	10 *(15 %)*
Oberschicht	0
unbekannt	1 *(2 %)*

3.6 Verstorbene

Von den acht Patienten, von denen in Erfahrung zu bringen war, daß sie verstorben waren, gehörten je drei den Altersgruppen der 31 bis 40jährigen und der 41 bis 50jährigen an. Je einer gehörte zu der Altersgruppe der unter 30jährigen und der 51 bis 60jährigen. Bemerkenswerterweise war keiner in der Altersgruppe der über 60jährigen (Tabelle 18).

Tabelle 18

Lebensalter der Verstorbenen

	n = 8
30 Jahre und jünger	1
31 bis 40 Jahre	3
41 bis 50 Jahre	3
51 bis 60 Jahre	1
60 Jahre und älter	0

6 der Verstorbenen waren Männer, 2 Frauen; bei 7 der 8 Gestorbenen war unbekannt, ob sie Nachbetreuung erhalten hatten. Von den 8 Verstorbenen gehörten je 2 der Unterschicht und unteren Mittelschicht, einer der oberen Mittelschicht an. Bei 3 der Verstorbenen war eine eindeutige Schichtzuordnung nicht möglich (Tabelle 19).

Tabelle 19

Sozialschicht der Verstorbenen

	n = 8
Unterschicht	2
untere Mittelschicht	2
obere Mittelschicht	1
Oberschicht	0
unbekannt	3

Von den Todesursachen ist vor allen Dingen die hohe Zahl von Selbstmorden (5) bemerkenswert; ein weiterer starb durch einen Arbeitsunfall, einer durch Bronchopneumonie bei Lungentuberkulose, bei dem 8. Patienten blieb die Todesursache unbekannt.

4 Vorschläge

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse erlauben wegen der relativ geringen Fallzahlen nur begrenzte Aussagen. Es sollten daher ähnliche Untersuchungen mit einer größeren Zahl von Patienten anderer psychiatrischer Krankenhäuser, wenn möglich in ländlichen oder kleinstädtischen Bereichen, vorgenommen werden. Außerdem wären Nachuntersuchungen nach einem längeren Zeitraum (etwa zwei bis fünf Jahre) an dem genannten weiteren Krankengut sehr zu empfehlen, um Aussagen über den Verlauf machen zu können. Schließlich wäre es ratsam, weitere Parameter (vor allen Dingen klinischer, soziologischer und psychologischer Art) beizuziehen, um prognostische Kriterien zu gewinnen.

5 Zusammenfassung

Bei 190 unausgelesenen Patienten (davon 140 Männern), die wegen Alkoholismus bzw. Alkoholpsychosen in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgenommen worden waren, wurden ein halbes Jahr nach der Entlassung Nachuntersuchungen vorgenommen. Die meisten Probanden konnten persönlich befragt werden. Nur von 27 (14 %) ließen sich keinerlei Informationen gewinnen. Diese „Schwundpatienten" gehörten überwiegend der sozialen Unterschicht an und waren meistens nicht zu einer Nachbetreuung überwiesen. Acht Patienten (4 %) waren verstorben, davon fünf innerhalb des katamnestischen Zeitraums. *22 % der Patienten waren nachbetreut worden, 52 % nicht.* Stadtbewohner konnten häufiger nachbetreut werden als Landbewohner. *Von den 155 Patienten, über die entsprechende Informationen vorlagen, blieben nur 7 % innerhalb des ersten Halbjahres abstinent. Bei 73 % kam es zu einem totalen Rückfall in die alten Trinksitten. Dabei waren keine Unterschiede hinsichtlich der Nachbetreuungsquote festzustellen.* Allerdings war die Art der Nachbetreuung sehr unterschiedlich. Bei den Verstorbenen war der hohe Anteil der Patienten im Alter von 31 bis 50 Jahren bemerkenswert (sechs von acht Patienten), ebenso die hohe Zahl der Selbstmorde (fünf von acht Patienten).

B. Katamnestische Untersuchungen an ambulant und stationär behandelten Alkoholikern

1 Problemstellung

Die Untersuchung stellt eine Parallelstudie zu dem Forschungsprojekt A dar. Eine Reihe von Faktoren, die für das weitere Schicksal von Alkoholikern bedeutsam erschienen, insbesondere die Nachsorge (Nachbehandlung durch Ärzte und Nachbetreuung) sollten überprüft werden. Des weiteren sollte die Erhebung eine Aussage über den Personenkreis erlauben, der bei der Nachuntersuchung nicht mehr erfaßt werden konnte. Es stellten sich daher folgende Fragen:

1. Welches ist der Kreis der in der katamnestischen Untersuchung nicht mehr erfaßbaren Alkoholiker und wie ist dieser Personenkreis strukturiert? („Schwundpatienten").
2. Wie viele der Patienten wurden zur Nachsorge überwiesen und welche Nachsorgemaßnahmen fanden tatsächlich statt?
3. Welches Konsumverhalten an Alkohol und Psychopharmaka zeigten die Alkoholiker während des katamnestischen Zeitraumes?
4. Wie viele von den Alkoholikern kamen während des katamnestischen Zeitraumes wegen psychischer Störungen wieder in stationäre Behandlung?
5. Wie viele der Alkoholiker sind während des katamnestischen Zeitraumes verstorben, und wie ist die Gruppe der Todesfälle strukturiert? Welches waren die Todesursachen?

2 Methodik der Untersuchung

2.1 Patientengut

Ursprünglich war vorgesehen, den Kreis der Probanden auf ambulante Patienten der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie zu beschränken, deren Hauptdiagnose Alkoholismus (ICD-Nr. 303.0 bis 303.9 bzw. 291.0—291.9) lautete. Es sollten vorwiegend Patienten erfaßt werden, bei denen schon bei einer früheren Untersuchung 1970/71 genauere Erhebungen über medizinische, soziologische und psychologische Daten vorgenommen worden waren. Diese Daten sollten die Vergleichsbasis zu den bei den Katamnesen gewonnenen Daten abgeben. Auf Wunsch des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission der Enquête wurden dann auch noch stationär behandelte Alkoholiker des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in die Untersuchung einbezogen. Aus technischen Gründen war es nicht möglich, dem weiteren Wunsch des Vorstandes zu folgen und Alkoholiker aus anderen ambulanten Beratungsstellen für Suchtkranke in die Untersuchung mit aufzunehmen.

Es handelt sich bei dem vorliegenden Krankengut um 175 Patienten der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie und 26 Patienten, die ausschließlich auf den Bettenstationen des gleichen Instituts behandelt worden waren. Von den 175 ambulanten Patienten wurden 37 auch noch stationär in der hiesigen Klinik behandelt. Von 166 Patienten der Poliklinik waren 1970/71 schon genauere Datenerhebungen vorgenommen worden. Bei der Gesamtstichprobe handelt es sich um 146 (73 %) Männer und 55 (27 %) Frauen. Die Verteilung auf die verschiedenen Sozialschichten zeigt Tabelle 1. Die

Tabelle 1

Sozialschicht

	n = 201
untere Unterschicht	9 (4 %)
obere Unterschicht	110 (55 %)
untere Mittelschicht	59 (29 %)
obere Mittelschicht	13 (7 %)
Oberschicht	0
Studenten	6 (3 %)
sonstige noch in Ausbildung Stehende	2 (1 %)
ohne Beruf	2 (1 %)

genauere Aufteilung nach Patienten der Poliklinik und der Klinik ergibt, daß in der Poliklinik etwas mehr Patienten der Unterschichten als in der Klinik behandelt wurden (Tabelle 2). Tabelle 3 stellt das

Tabelle 2

Sozialschicht

Aufteilung nach Behandlungsinstitutionen

	n = 201	
	Poliklinik	Klinik
untere Unterschicht	9 (5 %)	—
obere Unterschicht	99 (57 %)	11 (42 %)
untere Mittelschicht	47 (27 %)	12 (46 %)
obere Mittelschicht	12 (7 %)	1 (4 %)
Oberschicht	—	—
Studenten	5 (3 %)	1 (4 %)
sonstige in Ausbildung Stehende	1 (0,6 %)	1 (4 %)
ohne Beruf	1 (0,6 %)	—
unbekannt	1 (0,6 %)	—
insgesamt	175	26

Berufsverhältnis der Patienten dar; die Altersverteilung geht aus der Tabelle 4 hervor.

Die Nachuntersuchung wurde 1973/74 vorgenommen, sie nahm fast ein Jahr in Anspruch. Der katamnestische Zeitraum betrug also vier bis fünf Jahre, gerechnet von der ersten Erfassung der Daten in der Poliklinik bzw. bei der stationären Behandlung.

Tabelle 3

Berufsverhältnis

	n = 201
Arbeiter	57 (28 %)
Angestellte oder Beamte	67 (33 %)
Selbständige oder Freiberufler	29 (14 %)
noch in Ausbildung	8 (4 %)
Rentner	17 (9 %)
ohne Beruf	2 (1 %)
Hausfrauen ohne Nebenbeschäftigung	13 (7 %)
Hausfrauen mit Nebenbeschäftigung	8 (4 %)

Tabelle 4

Altersverteilung

	n = 201
unter 30 Jahre	42 (21 %)
30 bis 39 Jahre	67 (33 %)
40 bis 49 Jahre	56 (28 %)
50 bis 59 Jahre	21 (10 %)
über 60 Jahre	15 (8 %)

2.2 Erhebungsinstrumente

Die Daten wurden mit Hilfe eines semistandardisierten Interviews erhoben, das ähnlich dem für das Forschungsprojekt A war. Als Hilfsmittel zum Festhalten und Auswerten der Daten wurde ein Erhebungsbogen verwendet, der ebenfalls ähnlich dem für die Untersuchung A war. Allerdings mußte eine Angleichung an die Erhebungsbögen von 1970/71 vorgenommen werden, so daß nicht überall eine völlige Übereinstimmung mit dem Erhebungsbogen von A erreicht werden konnte, der ja seinerseits mit dem Erhebungsbogen anderer Forschungsprojekte der Sachverständigen-Kommission abgestimmt worden war. Von einer schriftlichen Befragung mit einem Fragebogen wurde abgesehen, weil bei dieser Art der Befragung die Gefahr falscher Informationen bzw. von Antwortverweigerung größer gewesen wäre als bei einem mündlichen Interview. Das semistandardisierte Interview gliederte sich in sechs Abschnitte:

2.2.1

Daten, die aus den vorliegenden Krankengeschichten erhoben wurden: Daten zur Person, Alter, Geschlecht, Familienstand, Ausbildung, Berufsstand (Sozialschicht),

2.2.2

Daten zur Erkrankung wie Dauer des Alkoholismus, frühere stationäre und ambulante Behandlung vor der Betreuung,

2.2.3

Daten zur jetzigen ambulanten bzw. stationären Untersuchung: Überweisungsmodus, Dauer der Vorbehandlung, Diagnose (ICD-Nr.), Überweisung zur Nachbehandlung und Nachbetreuung, Wohnungs- und Arbeitsplatzvermittlung,

2.2.4

Daten aus dem katamnestischen Zeitraum: Art und Häufigkeit der Nachbehandlung, Art und Häufigkeit der Nachbetreuung, Lebens- und Arbeitsverhältnisse, Alkohol- und Medikamentenkonsum während des katamnestischen Zeitraumes,

2.2.5

Daten über erneute stationäre Behandlung (Diagnose),

2.2.6

Daten über evtl. eingetretenen Tod mit Todesursache.

2.3 Zur Durchführung der Untersuchung

2.3.1 Kontaktaufnahme

Das Vorgehen war ähnlich wie bei dem Forschungsprojekt A: Zunächst wurde dem Patienten ein kleiner Fragebogen mit Fragen über die Arbeitsfähigkeit und evtl. hausärztliche Behandlung übersandt. 46 % der Fragebögen wurden von den Patienten ausgefüllt zurückgeschickt.

2.3.2 Suche nach den Patienten

Die Suche nach den Patienten, deren Entlassungsort nicht mehr mit dem jetzigen Wohnort übereinstimmte, erfolgte über Einwohnermeldeämter, Gesundheitsämter, Krankenkassen, Krankenhäuser, Obdachlosenheime und Vormund. Durch die sehr eingehenden Nachforschungen konnte die Zahl der Schwundpatienten, über die überhaupt keine Informationen beigezogen werden konnten, sehr stark eingeschränkt werden. Nur acht Patienten (= 4 %) blieben unauffindbar bzw. über sie konnten keinerlei weitere Informationen erhalten werden.

2.3.3 Interview der Patienten (Tabelle 5)

Bei 122 Patienten (61 %) konnte ein Interview durchgeführt werden, d. h. über diese Patienten liegen nahezu vollständige Informationen vor.

Von 128 (= 64 %) konnten kurze schriftliche Informationen erhalten werden, 15 Patienten (= 8 %) verweigerten das Interview, über 25 Patienten (= 12 %) liegen nur unvollständige Informationen vor, 31 Patienten (= 5 %) waren verstorben, davon 26 Männer (= 84 % der Toten bzw. 18 % aller Männer) und 5 Frauen (= 16 % der Toten bzw. 9 % aller Frauen).

Tabelle 5

Interview

	n = 201	
vollständiges Interview	122 *(61 %)*	
kein Interview	40 *(20 %)*	
davon Interview verweigert	15 *(8 %)*	
unvollständige Informationen	25 *(12 %)*	40 *(20 %)*
unauffindbar	4 *(2 %)*	
keinerlei weitere Informationen	4 *(2 %)*	8 *(4 %)*
verstorben	31 *(15 %)*	
davon: Männer 26 (= 84 % der Toten bzw. 18 % aller Männer)		
Frauen 5 (= 16 % der Toten bzw. 9 % aller Frauen)		

3 Ergebnisse der Untersuchung

3.1 Patienten ohne Information („Schwundpatienten")

Da die Zahl der Patienten ohne Information sehr gering ist, können statistische Vergleiche mit der Gesamtgruppe nur von geringer Bedeutung sein. Immerhin: 37 % gehörten zu den Unterschichten gegenüber 60 % der Gesamtgruppe, 50 % gehörten der unteren Mittelschicht an gegenüber 30 % der Gesamtgruppe. Die Geschlechtsverteilung (sechs Männer, zwei Frauen) entspricht der der Gesamtgruppe, ebenso die Altersverteilung.

3.2 Weitere Betreuung

Vorauszuschicken ist, daß die meisten der Patienten (142 = 79 %) ohne einschlägige Vorbetreuung in die Poliklinik bzw. Klinik kamen. Nur bei 29 (= 14 %) war eine Vorbetreuung bekannt.

Da die Patienten aus der Poliklinik meist zum ersten Mal wegen ihres Alkoholismus in ärztliche Behandlung kamen und andererseits die Behandlung hier aber meistens nicht weitergeführt werden konnte, kann hier nur in den seltensten Fällen von einer echten Nachbetreuung gesprochen werden. Vielmehr handelt es sich um eine Weiterbehandlung bzw. Weiterbetreuung. Unter Weiterbetreuung wurde der direkte Kontakt mit Selbsthilfeorganisationen wie AA, Blaukreuz, Caritas verstanden, ferner die Betreuung durch Sozialarbeiter, Bewährungshelfer und Suchtkrankenberatungsstellen sowie Gesundheits-

ämter. Die direkte Überweisung zur Weiterbetreuung wurde meist nicht dokumentiert, so daß die angegebenen Zahlen sicher zu gering sind.

Von den 164 Patienten, von denen entsprechende Informationen vorliegen, waren 108 (66 %) überhaupt nicht in Weiter- bzw. Nachbetreuung. Unter den 56 (34 %) nachbetreuten Patienten wurden 14 (d. h. ein Viertel) von Anonymen Alkoholikern und sonstigen Selbsthilfegruppen betreut, weitere 13 (ebenfalls etwa ein Viertel) wurden von Sozialarbeitern und Bewährungshelfern nachbetreut (Tabelle 6).

Tabelle 6

Weiter- bzw. Nachbetreuung

	n = 164
Keine Nachbetreuung	108 *(66 %)*
Nachbetreuung durchgeführt	56 *(34 %)*
davon	
Anonyme Alkoholiker und sonstige Selbsthilfegruppen	14 *(9 %)*
Sozialarbeiter und Bewährungshelfer	13 *(8 %)*
Gesundheitsamt	9 *(5 %)*
sonstige	14 *(8 %)*
mehrere Institutionen	6 *(4 %)*

Nur in 34 Fällen (21 %) erfolgte die Weiterbetreuung gemäß dem Vorschlag der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie.

3.3 Weiter- und Nachbehandlung

Bei 108 Patienten (64 % der 170 Fälle, über die entsprechende Informationen bestanden) wurde eine ärztliche Weiterbehandlung durchgeführt, davon in 47 Fällen (28 %) vom Hausarzt, in 14 Fällen (8 %) vom Nervenfacharzt, in neun Fällen (5 %) in der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, in sieben Fällen (4 %) in einer Fachklinik für Suchtkranke (früher „Trinkerheilstätte"). In acht Fällen (5 %) wurde die Weiterbehandlung in psychiatrischen Krankenhäusern vorgenommen, in fünf Fällen (3 %) in Allgemeinkrankenhäusern. Bei zehn Fällen (6 %) fand eine Nachbehandlung in sonstigen stationären Institutionen (Kurheimen) statt, in acht Fällen (5 %) wurden mehrere der genannten Institutionen in Anspruch genommen (Tabelle 7). In 31 Fällen (36 %) wurde die Nachbehandlung gemäß dem Vorschlag der Poliklinik durchgeführt. Die Dauer der Nachbehandlung geht aus Tabelle 8 hervor. Es zeigt sich, daß in mehr als zwei Fünftel der Fälle die Nachbehandlung weniger als drei Monate gedauert hat und sich nur etwa in einem Drittel der Fälle über mehr als ein Jahr erstreckte.

Tabelle 7

Weiter- bzw. Nachbehandlung

	n = 170
keine Nachbehandlung	62 *(36 %)*
Nachbehandlung durchgeführt,	108 *(64 %)*
davon:	
Hausarzt	47 *(28 %)*
Nervenarzt	14 *(8 %)*
Poliklinik Max-Planck-Institut für Psychiatrie	9 *(5 %)*
Psychiatrische Krankenhäuser	8 *(5 %)*
Suchtfachklinik	7 *(4 %)*
Allgemeine Krankenhäuser	5 *(3 %)*
sonstige stationäre Institutionen (Kurheime)	10 *(6 %)*
mehrere Institutionen	8 *(5 %)*

Tabelle 8

Dauer der Weiter- bzw. Nachbehandlung

	n = 108
weniger als 1 Monat	24 *(22 %)*
weniger als 3 Monate	22 *(20 %)*
weniger als 6 Monate	16 *(15 %)*
weniger als 12 Monate	11 *(10 %)*
mehr als 12 Monate	32 *(29 %)*
unbekannt	5 *(5 %)*

3.4 Konsum von Alkohol und Psychopharmaka

3.4.1

Bei 142 Patienten (71 % der Gesamtstichprobe) konnten über den Alkoholkonsum Informationen eingeholt werden. Es handelte sich dabei um 100 Männer und 42 Frauen (Tabelle 9). 34 Patienten (24 %) waren zur Zeit der Nachuntersuchung abstinent. Davon waren 23 Männer (23 %), 11 (26 %) Frauen. Von diesen 34 Patienten waren (12 (8 %) während des ganzen katamnestischen Zeitraumes abstinent, weitere 22 (16 %) waren zeitweise oder zumindest in den letzten drei Monaten abstinent gewesen. Einen mäßigen Alkoholkonsum bei sozialer Anpassung betrieben 24 Patienten (17 %), davon 13 Männer (13 %) und 11 Frauen (26 %). Ein mäßiger Alkoholkonsum ohne soziale Anpassung lag bei drei Patienten (3 %) vor. 81 Patienten (57 %) erlebten einen totalen Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten. Davon waren 62 (62 %) Männer und 19

Tabelle 9

Alkoholkonsum

	Männer und Frauen	davon	
		Männer	Frauen
abstinent zur Zeit der Untersuchung	34 (24 %)	23 (23 %)	11 (26 %)
davon:			
im ganzen katamnestischen Zeitraum	12 (8 %)		
zeitweise total abstinent, mindestens die letzten 3 Monate	22 (16 %)		
mäßiger Alkoholkonsum bei sozialer Anpassung	24 (17 %)	13 (13 %)	11 (26 %)
darunter:			
im ganzen katamnestischen Zeitraum	5 (3 %)		
mäßiges Trinken, nicht sozial angepaßt	3 (2 %)	3 (3 %)	
Rückfall	81 (57 %)	62 (62 %)	19 (45 %)
darunter:			
ständig	42 (30 %)		
insgesamt	142	100	42

Tabelle 10

Altersverteilung beim Alkoholkonsum

	n = 142			Gesamt-Stichprobe n = 201
	Abstinenz	mäßiger Konsum	Rückfall	
jünger als 30 Jahre	7 (22 %)	3 (11 %)	18 (22 %)	(21 %)
30 bis 39 Jahre	12 (35 %)	6 (22 %)	28 (34 %)	(33 %)
40 bis 49 Jahre	8 (23 %)	13 (48 %)	22 (27 %)	(28 %)
50 bis 59 Jahre	3 (9 %)	3 (11 %)	9 (11 %)	(10 %)
60 Jahre und älter	4 (12 %)	2 (7 %)	4 (5 %)	(8 %)
Σ	34	27	81	

Tabelle 11

„Nachsorge"

Weiter- und Nachbetreuung und/oder Weiter- und Nachbehandlung

	n = 142						Σ	
	Nachsorge		keine Nachsorge		unbekannt			
Abstinenz	26	*(76 %)*	5	*(14 %)*	3	*(10 %)*	34	*(100 %)*
mäßiger Alkoholkonsum (mit und ohne soziale Anpassung)	17	*(63 %)*	9	*(33 %)*	1	*(4 %)*	27	*(100 %)*
Rückfall	56	*(69 %)*	24	*(30 %)*	1	*(1 %)*	81	*(100 %)*
insgesamt	99	*(70 %)*	38	*(27 %)*	5	*(9 %)*	142	*(100 %)*

(45 %) Frauen. Von diesen 81 Rückfälligen waren 42 (insgesamt 30 %) ständig rückfällig.

Die Altersverteilung der Abstinenten wie der Rückfälligen entspricht in etwa der Gesamtstichprobe (Tabelle 10).

Teilt man die Patienten in solche mit und ohne Nachsorge auf (Tabelle 11), so zeigt sich, daß 26 (76 %) der Patienten mit Nachsorge abstinent geblieben waren gegenüber fünf (14 %) der Patienten, die keine Nachsorge hatten.

Bei den Patienten mit mäßigem Alkoholkonsum hatten 17 (63 %) eine Nachsorge, neun (33 %) keine Nachsorge. Bei der Gruppe der Patienten mit totalem Rückfall waren 56 (69 %) in Nachsorge gestanden, bei 24 (30 %) hatte keine Nachsorge stattgefunden. Bei insgesamt fünf Patienten war es unbekannt geblieben, ob eine Nachsorge vorgelegen hatte. Überblickt man diese Tabelle, so fällt vor allem auf, daß die Unterschiede bei den abstinenten Patienten sehr erheblich sind.

Gliedert man die Patienten hinsichtlich ihrer Weiter- und Nachbehandlung auf, so ergeben sich folgende Zahlen (Tabellen 12 bis 16): Bei einer Weiterbehandlung durch den Hausarzt finden sich 13 % Abstinente und 66 % Rückfälle, bei der Weiterbehandlung durch den Nervenarzt bzw. die Poliklinik blieben 22 % abstinent und 35 % wurden rückfällig. Nach einer Behandlung in einer Suchtfachklinik blieben 43 % abstinent und 43 % wurden rückfällig, nach einer Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Institutionen mit stationärer Behandlung blieben 31 % abstinent und 35 % wurden rückfällig. Wo überhaupt keine Nachbehand-

Tabelle 12

Alkoholkonsum

bei Weiter- und Nachbehandlung durch den Hausarzt

	n = 47	
Abstinenz	6	*(13 %)*
mäßiger Konsum	7	*(15 %)*
Rückfall	31	*(66 %)*
unbekannt	3	*(6 %)*

Tabelle 13

Alkoholkonsum

bei Weiter- und Nachbehandlung durch den Nervenarzt oder Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie

	n = 23	
Abstinenz	5	*(22 %)*
mäßiger Konsum	4	*(12 %)*
Rückfall	8	*(35 %)*
unbekannt	6	*(26 %)*

Tabelle 14

Alkoholkonsum

bei Weiter- und Nachbehandlung durch Suchtfachklinik

	n = 7	
Abstinenz	3	*(43 %)*
Rückfall	3	*(43 %)*
unbekannt	1	*(14 %)*

Tabelle 15

Alkoholkonsum

bei Weiter- und Nachbehandlung durch psychiatrische Krankenhäuser, sonstige Institutionen und mehrere Institutionen

	n = 26
Abstinenz	8 *(31 %)*
mäßiger Konsum	4 *(15 %)*
Rückfall	9 *(35 %)*
unbekannt	5 *(19 %)*

Tabelle 16

Alkoholkonsum bei fehlender Weiter- bzw. Nachbehandlung

	n = 62
Abstinenz	11 *(18 %)*
mäßiger Konsum	12 *(19 %)*
totaler Rückfall	27 *(44 %)*
unbekannt	12 *(19 %)*

Tabelle 17

„Nachsorge"

(Weiter- und Nachbetreuung und/oder Weiter- und Nachbehandlung)

	n = 137	
	ja	nein
Abstinenz	26 *(26 %)*	5 *(13 %)*
mäßiger Konsum	17 *(17 %)*	9 *(24 %)*
Rückfälle	56 *(56 %)*	24 *(63 %)*
insgesamt	99	38

lung stattgefunden hatte, lag die Abstinenzrate bei 18 %, die Rückfallquote bei 44 %. Faßt man Weiter- und Nachbetreuung sowie Weiter- und Nachbehandlung zu einem gemeinsamen Begriff „Nachsorge" zusammen, so findet man bei einer solchen Nachsorge in 26 % Abstinenz und in 56 % Rückfälle, bei Fehlen der Nachsorge nur in 13 % Abstinenz und in 63 % Rückfälle (Tabelle 17).

3.4.2 Konsum und Mißbrauch von Psychopharmaka

Von den 129 Patienten, von denen über den Psychopharmaka-Konsum Informationen vorliegen, berichteten 72 (56 %), daß sie kaum Psychopharmaka zu sich nähmen. Es bestehen hier keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede (Männer 57 %, Frauen 54 %). In therapeutischen Dosen nehmen 31 Patienten (24 %) Psychopharmaka ein, davon 28 % Männer und 15 % Frauen, dagegen überwiegen die Frauen in der Gruppe der Patienten, die Psychopharmaka in höheren als therapeutischen Dosen konsumieren: von den 26 Patienten (20 %) sind 12 Frauen (31 %), während nur 15 % der Männer einen derartigen Psychopharmakaabusus betreiben (Tabelle 18).

Die Verhältnisse liegen hier also umgekehrt wie bei den Alkoholikern, wo bei den Männern die Rückfälligen überwiegen.

3.5 Wiederaufnahme in stationäre Behandlung wegen schwerer psychischer Störungen

Von den 175 Patienten, über die zu dieser Frage eine Information bekommen werden konnte, waren 112 (64 %) ein- oder mehrmals in stationärer Behandlung wegen schwerer psychischer Störungen gewesen. Bezogen auf die Gesamtgruppe sind dies 56 %. Es waren 78 Männer (73 %) und 34 Frauen (67 %).

3.6 Todesfälle

Von den 31 Verstorbenen gehörten 13 (42 %), also die weitaus überwiegende Zahl, zu der Altersgruppe der 30- bis 39jährigen, sechs (19 %) zu der Altersgruppe der 40- bis 49jährigen, je vier (13 %) gehörten zu den übrigen Altersgruppen, d. h. mehr als drei Fünftel gehörten zu der Altersgruppe von 30 bis 49 Jahren (Tabelle 19).

Tabelle 18

Konsum von Psychopharmaka

	Männer und Frauen n = 129	davon	
		Männer n = 90	Frauen n = 39
Kein nennenswerter Konsum	72 *(56 %)*	51 *(57 %)*	21 *(54 %)*
in therapeutischen Dosen	31 *(24 %)*	25 *(28 %)*	6 *(15 %)*
in höheren als therapeutischen Dosen	26 *(20 %)*	14 *(15 %)*	12 *(31 %)*

Tabelle 19

Todesfälle

Altersgruppen bei Beginn des katamnestischen Zeitraumes

	n = 31
unter 30 Jahre	4 *(13 %)*
30 bis 39 Jahre	13 *(42 %)*
40 bis 49 Jahre	6 *(19 %)*
50 bis 59 Jahre	4 *(13 %)*
60 Jahre und älter	4 *(13 %)*

Aus dieser Gruppe der 30- bis 39jährigen verstarben mehr als doppelt so viele wie aus der Gruppe der 40- bis 49jährigen, jeweils mehr als dreimal so viele wie aus den übrigen Altersgruppen. Das Durchschnittssterbealter lag bei 41,9 Jahren.

Tabelle 20

Todesursachen

	n = 31
Selbstmord	10 *(32 %)*
Unfälle	3 *(10 %)*
Krankheiten der Leber und Bauchspeicheldrüse	10 *(32 %)*
sonstige	8 *(26 %)*

Tabelle 21

Todesfälle

Verteilung auf Sozialschichten

	n = 31	Gesamt-Stichprobe n = 201
untere Unterschicht	2 *(6 %)*	*4 %*
obere Unterschicht	19 *(61 %)*	*55 %*
untere Mittelschicht	8 *(26 %)*	*29 %*
obere Mittelschicht	2 *(6 %)*	*6 %*

In den übrigen sozialen Schichten keine Todesfälle.

Von den 31 Toten endeten zehn durch Selbstmord, drei weitere durch Unfall. Bei zehn Toten waren Erkrankungen der Leber und Bauchspreicheldrüse als Todesursache vermerkt (Tabelle 20).

Von den Verstorbenen gehörten 21 (67 %) den beiden Unterschichten an (gegenüber 59 % der Gesamtstichprobe), acht (26 %) waren Angehörige der unteren Mittelschicht, zwei (6 %) Angehörige der oberen Mittelschicht. Diese Prozentsätze entsprechen in etwa denen der Gesamtstichprobe (Tabelle 21).

4 Vorschläge

Da die Untersuchungen nur an einer relativ kleinen Zahl von Alkoholikern durchgeführt werden konnten, die überwiegend großstädtischer Herkunft waren, wäre eine Erweiterung der Untersuchung auf eine wesentlich größere Zahl von Patienten anderer ambulanter Einrichtungen, womöglich anderer Bevölkerungsstruktur, zu empfehlen. Dabei könnten auch Untergliederungen nach Therapieart, nach weiteren klinischen, psychologischen und soziologischen Parametern vorgenommen werden. Aus den Ergebnissen einer solchen Untersuchung ließen sich wichtige Schlüsse für die Prognose und die Indikationsstellung der einzelnen Behandlungsverfahren ableiten.

5 Zusammenfassung

200 Alkoholiker-Patienten, darunter 175 ambulante Patienten des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München, wurden vier bis fünf Jahre nach der ersten Erfassung bzw. ersten stationären Behandlung nachuntersucht. Die Patienten waren mit unterschiedlichen therapeutischen Verfahren behandelt worden, doch nur in sieben Fällen hatte eine stationäre Entziehungskur in einer Suchtfachklinik stattgefunden. Nur von acht Patienten (4 %) konnten keine Informationen gewonnen werden. 15 % der Patienten waren verstorben, davon prozentual doppelt so viele Männer wie Frauen (18 % : 9 %). In 64 % der Fälle (über die Informationen bestanden) wurde eine ärztliche Weiterbehandlung durchgeführt, eine nichtärztliche Nachbetreuung fand in 34 % statt. *Von den 142 Patienten, über die Informationen vorlagen, waren 24 % abstinent zum Zeitpunkt der Untersuchung, davon 8 % während des ganzen katamnestischen Zeitraumes. 57 % hatten einen Rückfall in die alten Trinksitten, davon 30 % ständig. Die Zahl der Abstinenten bei den Nachsorgepatienten betrug 26 %, bei den Patienten ohne Nachsorge 13 %.* Bei den Verstorbenen wies die Altersgruppe der 30- bis 39jährigen absolut und relativ die höchsten Zahlen auf. Bemerkenswert sind auch die hohe Selbstmordrate und die hohe Zahl der alkoholbedingten Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (jeweils 10 von 31 Todesfällen).

In der Tabelle sind diejenigen Ausschlußkriterien durch Unterstreichung hervorgehoben, die von mindestens 30 % der Einrichtungen der Gruppe befolgt werden. Auffällig ist hier eine relativ hohe Quote für Schwachsinn bei den Universitätskliniken, eine hohe Quote für Kriminalität bei den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und hohe Quoten bei den Städtischen und Sonstigen stationären Einrichtungen für Kriminalität, Schwachsinn, akute und chronische Psychosen. Naturgemäß werden die psychotischen Patienten am ehesten in den Universitätskliniken und Psychiatrischen Landeskrankenhäusern akzeptiert. Auch die „Heilstätten" sind in hohem Grade exklusiv gegenüber psychotisch Kranken, aber auch gegenüber schwachsinnigen und kriminellen Abhängigen.

Für Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige liegen die Verhältnisse sehr ähnlich wie für Alkoholkranke, jedoch ist die Toleranz gegenüber Intoxikationszuständen vermindert, für psychische Abnormalität jedoch erhöht.

Daten über die *Freiwilligkeit* der Aufnahme in den verschiedenen Instituionstypen gibt Tabelle 14 wieder.

Während die Fachkliniken des Heilstättenverbandes ihre Kranken ganz überwiegend freiwillig aufnehmen, stehen die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in unfreiwilliger Aufnahme mit ungefähr der Hälfte der Patienten an der Spitze, gefolgt von den Städtischen stationären Einrichtungen. Für die Gruppe der Alkoholkranken und die Gruppe der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen bestehen nahezu gleiche Verhältnisse, jedoch mit einer Ausnahme, der unfreiwilligen Aufnahme von 80 % der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen in den Universitätskliniken. Der Vergleich der Summenzahlen ergibt ferner, daß unter den Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen die Aufnahme etwa in der Hälfte der Fälle, bei den Alkoholkranken in zwei Dritteln der Fälle freiwillig erfolgt.

Mehrfach-Aufnahmen: Die Anzahl der Patienten, die im Jahre 1972 mehr als einmal aufgenommen worden sind, wurde als Prozentangabe abgefragt und ist in Tabelle 15 auch so dargestellt.

Mit 41,0 bzw. 32,0 % für Alkoholkranke bzw. Rauschmittel-und Arzneimittelabhängige liegt diese Zahl in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern mit Abstand am höchsten. Die in der Tabelle

Tabelle 14

Freiwilligkeit der Aufnahmen in stationären Einrichtungen, nach deren Auszählung bzw. bestmöglichen Schätzung für 1973. Unterteilt in Alkoholkranke und andere Abhängige

Stationäre Einrichtungen	Aufnahmen 1972	Davon (geschätzt für 1973) in %	
	N	nicht freiwillig	freiwillig
Alkohol-Kranke (einschließlich derer mit gleichzeitigem Arzneimittel- oder Rauschmittel-Mißbrauch)			
Heilstätten	3 840	*6,8*	*93,2*
Universitäts-Kliniken	2 979	*11,0*	*89,0*
PLK	17 525	*47,0*	*53,0*
Städtische stationäre Einrichtungen	1 226	*35,8*	*64,2*
Sonstige stationäre Einrichtungen	2 278	*5,0*	*95,0*
insgesamt ...	27 848	*33,7*	*66,3*
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige (ohne Mischformen mit Alkoholismus)			
Heilstätten	143	*13,4*	*86,6*
Universitäts-Kliniken	1 150	*80,0*	*20,0*
PLK	3 159	*48,4*	*51,6*
Städtische stationäre Einrichtungen	938	*31,5*	*68,5*
Sonstige stationäre Einrichtungen	660	*6,0*	*94,0*
insgesamt ...	6 050	*46,3*	*53,7*

„Ist-Daten" zum Abhängigkeits-Problem (Alkohol, Rauschmittel, Arzneimittel) in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)

von

W. Keup

Gliederung

Problemstellung

Zur Begriffsbestimmung

Ablauf der Erhebung

1. Planung der Untersuchung
2. Erhebungsinstrument
3. Ablauf der Befragung
4. Schwierigkeiten beim Rücklauf
5. Redaktionsschluß
6. Auswertung

Rücklauf-Bilanz

Beantwortungsrate und Verwertbarkeit
Gründe für „Unverwertbarkeit"

Ergebnisse der Befragung

A. Stationäre Einrichtungen

1. Typen stationärer Einrichtungen, Vollständigkeit
2. Krankenbestand am Stichtag
   Beteiligung der Geschlechter, Altersverteilung
   Relation der Geschlechter
   Altersverteilung in den Einrichtungstypen
   Mißbrauchstypen in den Einrichtungsgruppen
   Anteil am Gesamt-Patientenbestand
3. Aufnahmen mit Abhängigkeitsproblemen
   Mißbrauchstyp und Geschlecht
   Mißbrauchstypen in den Einrichtungsgruppen
4. Aufnahmebedingungen
   Einzugsgebiet
   Ausschlußkriterien
   Freiwilligkeit der Aufnahme
   Mehrfachaufnahmen

5. Bettenzahl
   Spezialabteilungen
   Verteilung auf Alkohol- und andere Abhängige,
   Anteil an der Gesamt-Bettenzahl
6. Behandlung
   Dauer der Behandlung
   Gemeinsame Behandlung von Alkohol- und Rauschmittel-Abhängigen
   Therapeutische Maßnahmen, bevorzugte
7. Personal in stationären Einrichtungen
   Beteiligung der Berufsgruppen
   Relation: Patienten und Betten zu Personal
8. Nachsorge
   Vorhandensein von Nachsorgeeinrichtungen
   Eigene ambulante Einrichtungen

B. **Ambulante Einrichtungen**

Einrichtungstypen, Vollständigkeit

1. Klienten
   Altersverteilung pro Mißbrauchstyp
   Beteiligung der Geschlechter
   Relation der Geschlechter
   Mißbrauchstypen in den Einrichtungsgruppen, N
   Prozentanteile davon und darin
   Erst-, Mehrfach-, Nachsorge-Betreute
   Gesamtzahl in der Kartei
2. Beratungen
   Anzahl, Geschlecht der Beratenen pro Mißbrauchstyp
   Beratungen, zeitlicher Vergleich
   Anzahl Beratungen pro Klient
   Durchschnittszahl in den Einrichtungen
3. Sonderdienste
4. Gründungsjahr der ambulanten Einrichtungen
   Anstieg der Gründungsrate (graphisch)
5. Personal in ambulanten Einrichtungen
   Berufsgruppen in den Einrichtungstypen
   Vergleich des Personals in stationären und ambulanten Einrichtungen

Schlußbemerkungen

Seit dem Beginn des rapiden Anstiegs des Mißbrauchs chemischer Substanzen in Deutschland sind, nach einer relativ kurzen Latenzzeit, zahlreiche Einrichtungen geschaffen worden, um dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten. Im Rahmen der deutschen Psychiatrie-Enquete stehen im Vordergrund des Interesses diejenigen *Einrichtungen, die sich mit der Therapie und Beratung Abhängiger beschäftigen.* Mit dem neuen Interesse an drogenabhängigen Jugendlichen ist erfreulicherweise das öffentliche Interesse an dem schon seit langer Zeit ernsten Problem des Alkoholismus angeregt worden. Dies noch besonders deswegen, weil in den Jahren zuvor und während der beschriebenen Drogenentwicklung der Alkoholkonsum in Deutschland und die Anzahl der Alkoholkranken ganz erheblich zugenommen haben. Beide Gruppen, Alkoholkranke und jugendliche Betäubungsmittelabhängige, haben sich in allerletzter Zeit zunehmend Arzneimitteln zugewandt, die sie nun ausschließlich oder im Rahmen einer Polytoxikomanie mit anderen Mitteln zusammen gebrauchen.

Ziel der hier vorgelegten „Ist-Daten-Erhebung" war es, möglichst alle Einrichtungen in Deutschland zu erfassen, stationäre sowohl wie ambulante Dienste, die sich mit der Behandlung und Beratung von Suchtkranken aller Kategorien, Alkohol- sowie Drogenkranken aller Arten befassen. Es war uns schon vor Beginn des Projektes bekannt, daß zahlreiche Einrichtungen nach kurzer Tätigkeit ihre Arbeit wieder aufgegeben hatten und daß viele mit unkonventionellen Mitteln arbeiteten, so daß es wahrscheinlich war, daß sie sich zur Zusammenarbeit in einer statistischen Erhebung nicht bereitfinden würden. Es wurde versucht, von so vielen Einrichtungen wie möglich möglichst vollständige Daten über die Art ihrer Tätigkeit, über die von ihnen versorgten Abhängigen, die erzielten Erfolge, das dazu benötigte Personal, usw. zu erfahren.

Es war ursprünglich geplant, die Erhebung unter dem Stichtag des Haupterhebungsbogens der Enquete durchzuführen. Aus technischen Gründen (siehe unten) ist dies jedoch nicht gelungen.

Zur Terminologie

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird unter Alkoholismus sowohl die Alkoholabhängigkeit mit ihren psychiatrischen Folgen, etwa der Alkoholpsychose, als auch chronischer oder periodischer Alkoholmißbrauch verstanden, der zu medizinischen, psychologischen oder sozialen Problemen für den Betroffenen geführt hat. In diesem Zusammenhang wird von Alkoholabhängigen oder Alkoholkranken gesprochen.

Als Drogenabhängige werden nicht nur Drogensüchtige alter Nomenklatur, sondern alle diejenigen verstanden, die chemische Substanzen — Alkohol und Nikotin ausgenommen — mißbrauchen und dadurch medizinisch, psychologisch oder sozial auffällig bzw. geschädigt worden sind. In diesem Zusammenhang wird von Drogen-Kranken, Drogen-Abhängigen oder Drogen-Mißbrauchern gesprochen, wobei Mißbrauch als Oberbegriff über einerseits Abhängigkeit (Dependence) und gelegentlichen oder nicht abhängigen Mißbrauch (abuse) andererseits verstanden wird. Der Begriff Abhängigkeit wird hier jedoch so benutzt, daß er nicht-süchtigen Mißbrauch, der zur Auffälligkeit geführt hat, mit einschließt: dies geschieht aus praktischen Gründen, obwohl das disputabel erscheint.

Als Untergruppen der Drogenabhängigkeit werden hier die Gruppe der Rauschmittel-Abhängigkeit (RM-Abhängigkeit) und der Arzneimittel-Abhängigkeit (AZM-Abhängigkeit) unterschieden. Drogenabhängigkeit wird hier also in dem Sinne des international gebräuchlichen Begriffes der „Drug Dependence" als Oberbegriff benutzt, um den Vergleich mit internationalen Erhebungen zu ermöglichen. Der Begriff wird hier nicht nach deutscher pharmakologischer Üblichkeit im Sinne von natürlichen Arzneistoffen pflanzlicher oder tierischer Herkunft verstanden. Vom Gebrauch des Begriffs „Betäubungsmittel" wurde abgesehen, weil er rechtlich festgelegt ist und weil die pharmakologisch dazugehörigen Substanzen in beiden Gruppen, den Rauschmitteln und den Arzneimitteln, zu finden sind. Auch die Unterscheidung zwischen Rauschmitteln und Arzneimitteln ist nicht eindeutig möglich. So ist z. B. fraglich, wozu pharmazeutisch hergestelltes Morphin zu rechnen ist, oder wohin die handelsüblichen Amphetamine gehören. Wegen der Notwendigkeit der Erhebung von Daten bei zahlreichen Institutionen ohne wissenschaftlich geschulte Kräfte muß hier von einer praktischen Unterscheidung ausgegangen werden, wie sie heutzutage in Deutschland üblich ist.

Ablauf der Erhebung

1. Planung

Die Arbeitsgruppe für Suchtkranke der Enquete zielte darauf, ihre Erhebung am gleichen Stichtag wie die Haupterhebung der Enquete vorzunehmen und legte dazu im Februar 1972 einen ersten Fragebogenentwurf vor. Die Genehmigung des Projektes S-5 erfolgte jedoch erst im Herbst 1973, nachdem der Stichtag für den Haupterhebungsbogen bereits vorbei war. Ein gesondertes Erhebungsverfahren war allerdings ohnehin notwendig, weil eine große Zahl von Einrichtungen erreicht werden sollten, die durch die Haupterhebung gar nicht angesprochen worden waren; es war daher auch beschlossen worden, die Suchtkrankenerhebung technisch getrennt von der Haupterhebung durchzuführen. Als Stichtag wurde der 1. März 1974 gewählt. — Aus zahlreichen Quellen war eine Adressenkartei aller erreichbaren stationären und ambulanten Einrichtungen zusammengetragen worden, die sich in Deutschland um Suchtkranke zu kümmern schienen. Bei Aussendung des Erhebungsinstrumentes umfaßte diese Kartei etwa 1 500 Adressen.

2. Erhebungsinstrument

An alle Einrichtungen wurden 2 Erhebungsbogen von je 3 Seiten Länge augesandt:

— Erhebungsbogen A für stationäre Einrichtungen.

— Erhebungsbogen B für Beratungsstellen und andere ambulante Dienste.

Die Bogen enthielten 21 bzw. 19 zum Teil mehrteilige Fragen in tabellarischer Anordnung. Bei der Erstellung der Bogen war es unser Bemühen, so einfach und allgemeinverständlich wie möglich zu bleiben, weil medizinische oder überhaupt fachliche Schulung nicht immer vorausgesetzt werden konnte.

3. Ablauf der Befragung

Die Bögen waren vor dem Stichtag ausgesandt worden mit der Bitte, sie ausgefüllt bis zum 1. April 1974 an uns zurückzusenden. Am 15. April 1974 waren dann jedoch nur etwa 13 % der Bögen zurückgekehrt. Zahlreiche Dienststellen baten um Verlängerung des Termins, so daß wir uns genötigt sahen, die Rücklauffrist zunächst auf den 15. Mai 1974 und dann noch einmal ohne Fristsetzung zu verlängern. In diesem Sinne wurden Standardmahnschreiben an die noch ausstehenden Institutionen versandt. Im Juni 1974 vor Beginn der Auswertung wurde an alle diejenigen, die bis dahin nicht geantwortet hatten, ein Bogen mit der Bitte versandt, mitzuteilen, warum sie nicht geantwortet hatten.

4. Schwierigkeiten beim Rücklauf

Beim Rücklauf der Fragebögen tauchte eine Reihe von Schwierigkeiten auf. Manche Körperschaften beschwerten sich darüber, daß die Fragebögen nicht ihren eigenen statistischen Datensystemen angepaßt waren oder daß der Bogen mit der Dienststelle nicht vorab besprochen worden war. Das wäre bei der Unterschiedlichkeit der Vielzahl der Adressaten allerdings ganz unmöglich gewesen. Eine Landesregierung fühlte sich übergangen, da verschiedene Dienststellen direkt von uns angeschrieben worden waren. Diese Regierung hat dann jedoch nach Erklärung der Situation in erfreulicher Weise mitgearbeitet. Nur in einem Fall ließen sich die Schwierigkeiten nicht prinzipiell ausräumen: Der Vertreter des Deutschen Caritas-Verbandes versagte „im Auftrag aller Verbände der freien Wohlfahrtspflege als derzeitigen Vorstand des Ausschusses Drogen- und Rauschmittel" seine fristgemäße Mitarbeit. Erfreulicherweise hatten dennoch zahlreiche einzelne Instituionen geantwortet; nach Ausräumung der Schwierigkeiten kamen dann nur einige spärliche Nachzügler, die zum Teil zeitlich nicht mehr verarbeitet werden konnten; die Anworten der Gruppe blieben unvollständig. — Mit aller Energie wurde versucht, die Erhebungsbögen derjenigen Institutionen, die das Kernstück der Befragung darstellten, durch schriftliche und telefonische Rückfragen zu vervollständigen. Dabei wurde aus der Gruppe A größter Wert auf die Fachkliniken des Deutschen Heilstättenverbandes, die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser und die Psychiatrischen Universitätskliniken gelegt, in der Gruppe B auf die öffentlichen Beratungsstellen, da deren rücklaufende Daten qualitativ am besten erschienen.

5. Redaktionsschluß

Redaktionsschluß war der 15. August 1974, später einlaufende Antworten konnten aus technischen Gründen nicht mehr berücksichtigt werden.

6. Auswertung

Die Auswertung erfolgte durch Tabulation mit der Hand und mit elektronischen Rechnern. Nach einer Stichprobe des dazu notwendigen Aufwandes wurde von einer Auswertung durch EDV abgesehen. Die Auswertung wurde im Prinzip mit dem 1. Oktober 1974 abgeschlossen. Die folgende Zeit diente der Erstellung des Berichtes.

Rücklauf-Bilanz

Im ganzen waren 1 510 Einrichtungen angeschrieben worden. Von 78,5 % dieser Institutionen erhielten wir eine Antwort, die Bögen von 45,3 % aller angeschriebenen Instiutionen erwiesen sich als verwertbar. Diese Zahl lag bei den stationären Einrichtungen mit 66,9 % deutlich höher als bei den ambulanten Einrichtungen mit 40,2 % aller angeschriebenen Einrichtungen. Einzelheiten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Auch die Zahl der Beantwortungen überhaupt lag bei den stationären Einrichtungen deutlich höher als bei den Beratungsstellen und ambulanten Einrichtungen (siehe Tabelle 2); das liegt wohl in der Eigenart der Einrichtungen, ihren technischen und statistischen Fähigkeiten und ihrer Willigkeit zur Zusammenarbeit, begründet.

In Tabelle 1 erscheinen 502 Institutionen als in ihren Antworten „nicht verwertbar". Die Gründe dafür sind in Tabelle 3 wiedergegeben.

Bei 360 Institutionen (23,8 % der angesprochenen Institutionen) handelt es sich um Einrichtungen, die entgegen den uns gegebenen Informationen keine Behandlung oder Betreuung von Abhängigen (mehr) durchführten.

Tabelle 1

Anzahl und Art der angesprochenen Einrichtungen und Daten zur Verwertbarkeit ihrer Antworten

Bilanz siehe Tabelle 2

Institutionen	angeschrieben	Antwort erhalten	Antwort verwertet	Antwort nicht verwertet	Keine Nachricht erhalten
Stationäre Einrichtungen					
Heilstätten	28	28	28	0	0
PLK	72	70	60	10	2
Universitätskliniken	27	26	22	4	1
Städtische stationäre Einrichtungen	31	27	20	7	4
Sonstige stationäre Einrichtungen	129	122	62	60	7
Ambulante Einrichtungen					
Polikliniken	14	14	14	0	0
PLK-Ambulanz	4	4	4	0	0
Amtliche Beratungsstellen	280	247	101	146	33
Diakonisches Werk	128	103	50	53	25
Innere Mission	46	38	12	26	8
Caritas	136	92	50	42	44
Sonstige konfessionelle Einrichtungen	95	59	27	32	36
Nicht-konfessionelle Einrichtungen	191	111	47	64	80
Guttempler	45	27	13	14	18
Blaues Kreuz	159(198) *)	159(198 *)	159(198 *)	0	0
Selbsthilfegruppen, Release, u. ä.	78	33	15	18	45
Kreuzbund, AA., Telefonseelsorge, Freundeskreis, u. ä.	47	26	0	26	21

*) 159 Stellen angeschrieben, eine Antwort gültig für 198 Stellen erhalten.

Tabelle 2

Beantwortung durch stationäre und ambulante Einrichtungen sowie Verwertbarkeit der erhaltenen Antworten in Anzahl und % der angeschriebenen Einrichtungen

Institutionen	angeschrieben	Antwort erhalten		Antwort verwertet		Antwort nicht verwertet		Keine Nachricht erhalten	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%
Stationäre Einrichtungen	287	273	*95,1*	192	*66,9*	81	*28,2*	14	*4,9*
Ambulante Einrichtungen	1 223	913	*74,6*	492	*40,2*	421	*34,4*	310	*25,4*
Summe	1 510	1 186	*78,5*	684	*45,3*	502	*33,2*	324	*21,5*

Tabelle 3

Gründe, die eine Auswertung der angeschriebenen Einrichtung unmöglich machten

Gründe für nicht erfolgte Auswertung	Anzahl	
1. Laut Postauskunft *„unbekannt* verzogen"	93	
2. Einrichtung ist *aufgelöst* worden	47	360
3. Suchtkranke werden nicht oder *nicht mehr behandelt* bzw. betreut	220	
4. Wegen *Personalmangels* konnten Daten nicht zur Verfügung gestellt werden	35	
5. Die Erhebungsbogen wurden zwar zurückgeschickt, die Daten erwiesen sich aber als unzureichend für eine statistische Auswertung	97	132
6. Nachzügler, erhalten nach Redaktionsschluß		10
Teil-Summe (von 1 502 angeschriebenen Einrichtungen)		502
7. Einrichtungen, die unter zwei verschiedenen Adressen *doppelt angeschrieben* worden waren		96
Summe (von 1 606 angeschriebenen Einrichtungen)		598

Ergebnisse

A. Stationäre Einrichtungen

Bevor die Ergebnisse der Befragung stationärer Einrichtungen für die Therapie Alkohol-, Rauschmittel- und Arzneimittelabhängiger zu erörtern sind, muß eine kurze Beschreibung der Einrichtungstypen gegeben werden, die im Kopf der Ergebnistabellen erscheinen. Es ist auch vorab zu erwägen, wieviel Gewicht die erhaltenen Aussagen für den einzelnen Institutionstyp haben mögen, d. h. von welcher Signifikanz die Ergebnisse sein mögen.

1. Typen stationärer Einrichtungen und Vollständigkeit in der Beteiligung der Einzeleinrichtungen

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden die Einrichtungen, die erfaßt werden konnten, unter 5 Sammelbezeichnungen zusammengefaßt, nämlich: Heilstätten, Universitätskliniken, Psychiatrische Landeskrankenhäuser (PLK), Städtische stationäre Einrichtungen und Sonstige stationäre Einrichtungen.

Bei den *„Heilstätten"* handelt es sich um die Fachkliniken für Suchtkranke, die im Verband deutscher Heilstätten für Suchtkranke e. V. zusammengefaßt sind. Diese Kliniken haben nicht nur vollzählig, sondern auch mit vorzüglicher Qualität geantwortet.

Die *„Universitätskliniken"* sind selbstverständlich die psychiatrischen Nervenkliniken der deutschen Universitäten. Die Daten einer psychiatrischen Universitätsklinik konnten bis heute nicht fertiggestellt werden, die einer zweiten Klinik erreichten uns zwar, jedoch erst weit nach Redaktionsschluß. Die Daten von zwei Universistätkliniken konnten wegen Unvollständigkeit nur teilweise verwertet werden; eine Klinik wurde nicht einbezogen, weil sie erst kürzlich eröffnet worden war und daher ihre Daten von dem Leiter der Klinik als unvollständig angesehen wurden. 22 Universitätskliniken wurden voll erfaßt.

Von den *„Psychiatrischen Landeskrankenhäusern* (PLK)" haben sich nur zwei, trotz vieler Bitten, nicht beteiligt. Die Kliniken in Homburg und in Düsseldorf wurden den Universitätskliniken zugerechnet, fehlen also hier. Zwei Einrichtungen an PLK's fielen gleichzeitig in die Gruppe „Heilstätten" und wurden dort berücksichtigt. Sechs Kliniken meldeten „keine Suchtkanken". Die Antwort von 60 PLK's wurden vollständig verwertet.

Wesentlich weniger homogen als die bisherigen drei Gruppen sind die beiden übrigen. Unter den 20 Einrichtungen der Gruppe *„Städtische stationäre Einrichtungen"* befinden sich 11 Einrichtungen an städtischen Krankenhäusern und eine Reihe von Spezialinstitutionen, aber auch eine Wohngemeinschaft, die einem Krankenhaus angeschlossen ist. Zwar haben wir versucht, alle mit der Behandlung Abhängiger befaßten städtischen Einrichtungen zu erreichen, die Vollständigkeit dieser Gruppe ist aber mit großer Wahrscheinlichkeit wesentlich geringer als die in den bisher genannten Gruppen.

In der Gruppe der „Sonstigen stationären Einrichtungen" befinden sich 21 freigemeinnützige und 41 private Institutionen, und zwar Kliniken, Heime sowie therapeutische Wohngemeinschaften mit straffem therapeutischen Ansatz. Die Abtrennung dieser letzteren Einrichtungen von Selbsthilfegruppen war nicht immer eindeutig. Diese wurden auch dann zu den „Selbsthilfegruppen, u. ä." der ambulanten Einrichtungen gerechnet, wenn einige ihrer Mitglieder in einer Groß-Familie zusammenwohnten. — Außer dem ernsten Bemühen, auch in dieser Gruppe vollständig zu sein, indem alle erreichbaren Quellen genutzt wurden, haben wir in dieser Gruppe der stationären Einrichtungen wohl die kleinste Gewähr für Vollständigkeit. Gleichzeitig ist in dieser Gruppe die größte Fluktuation zu verzeichnen, mit zahlreichen inzwischen geschlossenen Einrichtungen.

2. Krankenbestand

Der Krankenbestand der stationären Einrichtungen findet sich in den Tabellen 4 bis 10 unter verschiedenen Gesichtspunkten zusammengestellt.

Insgesamt wurden 10 929 stationäre Patienten am Stichtag, dem 1. März 1974, gemeldet. Tabelle 1 zeigt deren *Altersverteilung* in den verschiedenen Mißbrauchsgruppen, nämlich Alkoholkranken, Rauschmittelabhängigen, Arzneimittelabhängigen und Mischtypen zwischen Alkoholkonsum auf der einen und Drogen- und Medikamentenkonsum auf der anderen Seite.

Im unteren Teil der Tabelle 4 ist die prozentuale Verteilung der Altersgruppen innerhalb der jeweiligen *Mißbrauchsgruppe* dargestellt. Wie zu erwarten ergibt sich daraus im Vergleich mit den anderen Mißbrauchstypen ein deutlich jüngeres Alter bei den Rauschmittelabhängigen, mit dem Spitzenwert in der Gruppe 15 bis 25 Jahre. Die parallele Alterslage der „Mischtypen" zu den Alkohol- und Arzneimittelabhängigen ergibt sich aus der Tatsache, daß es sich dabei im wesentlichen — wie aus anderen Daten hervorgeht — um den gleichzeitigen Mißbrauch von Alkohol und Arzneimitteln handelt.

Der obere Teil der Tabelle 4 gibt einen Einblick in die relative Anzahl der Alkoholkranken gegenüber allen anderen Mißbrauchstypen: Die Alkoholkranken machen 78 % des Gesamtkollektivs aus.

Der obere Teil der Tabelle 4 findet sich getrennt in die beiden Geschlechter in Tabelle 5 wiedergegeben.

Die Altersverteilung ist bei beiden Geschlechtern pro Mißbrauchsgruppe nahezu gleich. Lediglich bei den Arzneimittelabhängigen sind die Frauen etwas älter als die Männer.

Die Relation der Geschlechter zueinander ist in Tabelle 6 dargestellt.

Unter den Alkoholkranken ist die Relation zu Gunsten der Männer am höchsten, gefolgt von den Rauschmittelabhängigen und den Mischtypen. Unter den Arzneimittelabhängigen überwiegen die Frauen die Männer wie 2 : 1, und zwar zunehmend mit wachsendem Alter. Bei allen Abhängigkeitstypen zusammengenommen überwiegen Männer die Frauen wie 3 : 1.

Tabelle 4

Patienten mit Mißbrauch/Abhängigkeit von chemischen Substanzen in stationärer Behandlung am 1. März 1974; aufgegliedert nach Mißbrauchssubstanz und Alter, in Anzahl und % der Substanz-Gruppe

Gruppe	Alter							insgesamt
	bis 15	15 bis 25	25 bis 35	35 bis 45	45 bis 55	55 bis 65	über 65	
Alkohol-Kranke	1	550	1 806	2 767	1 980	963	462	8 529
Rauschmittel-Abhängige	32	695	91	22	32	16	4	892
Arzneimittel-Abhängige	1	70	118	160	120	50	21	540
Mischtypen *)	3	163	247	269	178	82	26	968
insgesamt ... (N)	37	1 478	2 262	3 218	2 310	1 111	513	10 929
Alkohol-Kranke	0,1	6,4	21,2	**32,4**	23,2	11,3	5,4	100,0
Rauschmittel-Abhängige	3,6	**77,9**	10,2	2,5	3,6	1,8	0,4	100,0
Arzneimittel-Abhängige	0,2	13,0	21,9	**29,6**	22,2	9,3	3,8	100,0
Mischtypen *)	0,3	16,8	25,5	**27,8**	18,4	8,5	2,7	100,0
insgesamt ... (%)	0,3	13,6	20,8	29,5	21,2	9,9	4,7	100,0

*) Alkoholkranke mit gleichzeitigem Arzneimittel- oder Rauschmittelmißbrauch

Tabelle 5

Patienten mit Mißbrauch/Abhängigkeit von chemischen Substanzen in stationärer Behandlung, am 1. März 1974; aufgegliedert nach Mißbrauchs-Substanz, Alter und Geschlecht

	Diagnose-Gruppe	Altersgruppe bis 15	15 bis 25	25 bis 35	35 bis 45	45 bis 55	55 bis 65	über 65	insgesamt
weiblich	Alkohol-Kranke		99	349	457	414	237	110	1 666
	Rauschmittelabhängige	14	208	29	10	11	7	4	283
	Arzneimittel-Abhängige	1	40	73	110	80	40	15	359
	Mischtypen *)	3	78	92	116	83	44	13	429
	insgesamt	18	425	543	693	588	328	142	2 737
männlich	Alkohol-Kranke	1	451	1 457	2 310	1 566	726	352	6 863
	Rauschmittelabhängige	18	487	62	12	21	9		609
	Arzneimittel-Abhängige		30	45	50	40	10	6	181
	Mischtypen *)		85	155	153	95	38	13	539
	insgesamt	19	1 053	1 719	2 525	1 722	783	371	8 192

*) Alkoholkranke mit gleichzeitigem Arzneimittel- oder Rauschmittelmißbrauch

Tabelle 6

Relation zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit Abhängigkeitsproblemen in stationärer Behandlung am 1. März 1974; pro Mißbrauchsgruppe und Altersklasse. Ausgedrückt in Anzahl männlicher Patienten, die auf einen weiblichen entfallen

Diagnose-Gruppe	Altersgruppe bis 15	15 bis 25	25 bis 35	35 bis 45	45 bis 55	55 bis 65	über 65	insgesamt
Alkohol-Kranke	*	4,6	4,2	**5,1**	3,8	3,1	3,2	4,1
Rauschmittel-Abhängige	1,3	**2,3**	2,1	1,2	1,9	*	*	2,2
Arzneimittel-Abhängige	*	**0,8**	0,6	0,5	0,5	0,3	*	0,5
Mischtypen	*	1,1	1,7	1,3	1,1	0,9	1,0	1,3
insgesamt	1,1	2,5	3,2	**3,6**	2,9	2,4	2,6	3,0

* = statistisch nicht signifikant wegen kleiner Zahl

Die fünf Teile der folgenden Tabelle 7 zeigen dieselbe Verteilung wie der obere Teil der Tabelle 4, nun jedoch aufgegliedert in die fünf verschiedenen *Typen stationärer Einrichtungen.* Außerdem ist hier innerhalb der Tabelle in männlich und weiblich unterschieden worden.

Tabelle 7

Behandelte Patienten mit Mißbrauch/Abhängigkeit von chemischen Substanzen in stationären Einrichtungen am Stichtag, dem 1. März 1974 (Tabellen 7 a—c)

Aufgegliedert nach Mißbrauchssubstanz und Alter. Beide Geschlechter.
Angaben in Anzahl Patienten

Spezialkliniken des Heilstätten-Verbandes Tabelle 7 a

Diagnose-Gruppe	Geschlecht	Alter							insgesamt	
		bis <15	15 bis <25	25 bis <35	35 bis <45	45 bis <55	55 bis <65	über 65		
Alkoholismus	m		141	377	649	364	109	17	1 657	1 910
	w		13	60	81	72	25	2	253	
Rauschmittel-Abhängigkeit	m		43	3	—	—	—	—	46	53
	w		4	1	1	1	—	—	7	
Arzneimittel-Abhängigkeit	m		1	1	1	—	—	—	3	10
	w		—	1	3	2	1	—	7	
Alkoholismus mit Arzneimittel- oder Rauschmittel-Abhängigkeit	m		18	20	32	19	2	—	91	123
	w		—	12	11	8	1	—	32	

Universitätskliniken Tabelle 7 b

Diagnose-Gruppe	Geschlecht	Alter							insgesamt	
		bis <15	15 bis <25	25 bis <35	35 bis <45	45 bis <55	55 bis <65	über 65		
Alkoholismus	m	—	32	40	43	34	8	3	160	198
	w	—	7	7	14	7	2	1	38	
Rauschmittel-Abhängigkeit	m	3	29	1	—	—	—	—	33	47
	w	1	12	1	—	—	—	—	14	
Arzneimittel-Abhängigkeit	m	—	1	4	6	6	2	—	19	52
	w	—	3	9	11	7	3	—	33	
Alkoholismus mit Arzneimittel- oder Rauschmittel-Abhängigkeit	m	—	4	10	7	3	4	—	28	46
	w	2	4	3	4	3	2	—	18	

Psychiatrische Landeskrankenhäuser Tabelle 7 c

Diagnose-Gruppe	Geschlecht	Alter bis <15	15 bis <25	25 bis <35	35 bis <45	45 bis <55	55 bis <65	über 65	insgesamt	
Alkoholismus	m	1	208	869	1 398	1 054	578	323	4 431	5 583
	w	—	45	217	291	302	195	102	1 152	
Rauschmittel-Abhängigkeit	m	15	212	42	8	9	3	—	289	427
	w	12	87	18	3	7	7	4	138	
Arzneimittel-Abhängigkeit	m	—	22	31	34	29	6	6	128	386
	w	1	25	52	77	62	30	11	258	
Alkoholismus mit Arzneimittel- oder Rauschmittel-Abhängigkeit	m	—	45	96	83	57	25	12	318	585
	w	—	57	48	72	54	23	13	267	

Städtische stationäre Einrichtungen Tabelle 7 d

Diagnose-Gruppe	Geschlecht	Alter bis <15	15 bis <25	25 bis <35	35 bis <45	45 bis <55	55 bis <65	über 65	insgesamt	
Alkoholismus	m	—	13	34	53	25	8	—	133	179
	w	—	9	13	14	5	3	2	46	
Rauschmittel-Abhängigkeit	m	—	58	4	3	—	—	—	65	90
	w	—	16	4	2	3	—	—	25	
Arzneimittel-Abhängigkeit	m	—	1	4	1	2	—	—	8	20
	w	—	5	3	1	2	1	—	12	
Alkoholismus mit Arzneimittel- oder Rauschmittel-Abhängigkeit	m	—	6	20	19	15	7	—	67	137
	w	—	5	16	18	16	15	—	70	

Sonstige stationäre Einrichtungen Tabelle 7 e

Diagnose-Gruppe	Geschlecht	Alter bis <15	15 bis <25	25 bis <35	35 bis <45	45 bis <55	55 bis <65	über 65	insgesamt	
Alkoholismus	m	—	57	137	167	89	23	9	482	659
	w	—	25	52	57	28	12	3	177	
Rauschmittel-Abhängigkeit	m	—	145	12	1	12	6	—	176	275
	w	1	89	5	4	—	—	—	99	
Arzneimittel-Abhängigkeit	m	—	5	5	8	3	1	—	22	71
	w	—	7	8	18	7	5	4	49	
Alkoholismus mit Arzneimittel- oder Rauschmittel-Abhängigkeit	m	—	12	9	12	1	—	1	35	77
	w	1	12	13	11	2	3	—	42	

Die nicht nach Geschlecht getrennten Mißbrauchstypen in ihrer Verteilung auf die fünf Typen stationärer Einrichtungen finden sich in Tabelle 8 zusammengefaßt.

Tabelle 8

Krankenbestand abhängiger Patienten in stationären Einrichtungen am 1. März 1974, unterteilt nach Mißbrauchssubstanz-Gruppen

In Absolutzahlen bzw. Prozent-Werten der Substanz-Gruppen

Stationäre Einrichtungen		Stationäre Patienten, nach Mißbrauchssubstanzen: Alkohol-Kranke	Misch-typen *)	Arznei-mittel-Abhängige	Rausch-mittel-Abhängige	insgesamt	
Typ	N	N	N	N	N	N	%
Heilstätten	28	1 910	123	10	53	2 096	*19,2*
Universitäts-Kliniken	22	198	46	52	47	343	*3,2*
PLK	60	5 583	585	386	427	6 891	*63,9*
Städtische stationäre Einrichtungen	20	179	137	21	90	427	*3,8*
Sonstige stationäre Einrichtungen	62	659	77	71	275	1 082	*9,9*
insgesamt N	192	8 529	968	540	892	10 929	
%		*78,1*	*8,1*	*4,9*	*8,9*		*100,0*

*) Alkoholkranke mit gleichzeitigem Arzneimittel- bzw. Rauschmittel-Mißbrauch.

Hier wird offenbar, daß mit 63,9 % aller Suchtkranken die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser die Hauptlast zu tragen haben, gefolgt von den Spezialkliniken des Heilstättenverbandes mit 19,2 %, während alle anderen stationären Einrichtungen zusammengenommen nur 16,9 % der Abhängigen versorgen, darunter die Universitätskliniken nur 3,2 %. Das unterstreicht die bedauerlich schmale Rolle, die das Suchtproblem in der Lehre der Universitäskliniken noch immer spielt.

In der Verteilung auf die Institutionen verhalten sich die verschiedenen Rauschmitteltypen unterschiedlich. Zwar liegt das Maximum bei allen vier Typen bei den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Es ist hier am höchsten bei den Alkoholkranken, am niedrigsten (47,9 %) bei den Rauschmittelabhängigen, die zu 30,8 % in den Sonstigen stationären Einrichtungen behandelt werden, und nur zu 5,9 % in den Heilstätten. In den Heilstätten sind noch weniger Arzneimittelabhängige (1,9 % der Gruppe), von denen 71,5 % in den PLK's untergebracht sind. Mischtypen mit Alkoholismus und gleichzeitigem Mißbrauch anderer Stoffe sind dagegen in den Heilstätten mit 12,7 % wohl vertreten. Diese Zahlen geben interessante Hinweise auf die Auswahltendenzen, die von den verschiedenen Einrichtungstypen benutzt werden.

Nur bei den ersten drei Gruppen stationärer Einrichtungen reichte die Meldung über nicht-suchtkranke stationäre Patienten aus, um den *Anteil der Suchtkranken* an der gesamten Patientenpopulation zu ermitteln. Diese Daten finden sich in Tabelle 9.

In beiden Einrichtungen, den Universitätskliniken wie den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, machen die Suchtkranken nur einen kleinen Teil aller Patienten aus, wenngleich, der Gesamtkapazität der Einrichtungen entsprechend, die Absolutzahlen sehr unterschiedlich sind.

Tabelle 9

Krankenbestand in stationären Einrichtungen am 1. März 1974, unterteilt in Geschlechter und in Abhängige und alle anderen Patienten

Stationäre Einrichtungen		Abhängige von chemischen Substanzen *)				Alle anderen Patienten		Alle gemeldeten Patienten
		Frauen	Männer	Beide Geschlechter				
Typ	N	N	N	N	%	N	%	
Heilstätten	28	299	1 797	2 096	*87,4*	302	*12,6*	2 398
Universitäts-Kliniken	22	103	240	343	*15,2*	1 909	*84,8*	2 252
PLK	60	1 815	5 166	6 981	*11,2*	54 379	*88,8*	61 360
Städtische stationäre Einrichtungen	20	153	274	427		**)		**)
Sonstige stationäre Einrichtungen	62	367	715	1 082		**)		**)
insgesamt ...	192	2 737	8 192	10 929				

*) Alkohol-Kranke, Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige zusammengenommen
**) Nicht verwertbar wegen unvollständiger Meldung

3. Aufnahmen mit Suchtproblemen

Die *Gesamtzahl* der Aufnahmen mit Sucht- und Mißbrauchsproblemen in allen erfaßten 192 stationären Einrichtungen im Kalenderjahr 1972 sind in Tabelle 10 dargestellt.

Die prozentuale Verteilung der Aufnahmen auf die Mißbrauchssubstanzgruppen ist naturgemäß nahezu die gleiche wie die der stationär behandelten Patienten (Tabelle 4). Wahrscheinlich wegen der rascher durchlaufenden Rauschmittelabhängigen liegt die Aufnahmeziffer bei ihnen im Vergleich etwas höher, die bei den Alkoholikern etwas niedriger. Auffällig sind die bereits sehr hohe Aufnahmeziffer für alkoholische Frauen gegenüber früheren Jahren und die deutlich größere Anzahl von Arzneimittelabhängigen-Aufnahmen unter den Frauen gegenüber Männern. Der Relativanteil an Mischtypen liegt bei den Frauen ebenfalls wesentlich höher. Auch unter den Aufnahmen ist die Relation der Geschlechter unter den Alkoholkranken wie etwa 1 : 4 im Vergleich Frauen zu Männern, unter den Rauschmittelabhängigen etwa 1 : 2.

Tabelle 10

Aufnahmen in 192 stationären Einrichtungen im Kalenderjahr 1972, unterteilt in Mißbrauchssubstanz-Gruppen und Geschlecht

Mißbrauchssubstanz-Gruppe	Frauen		Männer		insgesamt	
	N	%	N	%	N	%
Alkohol-Kranke	4 857	*56,0*	20 519	*81,4*	25 376	*74,9*
Rauschmittel-Abhängige	1 197	*13,8*	2 381	*9,4*	3 578	*10,5*
Arzneimittel-Abhängige	1 454	*16,7*	1 018	*4,0*	2 472	*7,3*
Alkohol-Kranke mit Rauschmittel- oder Arzneimittel-Abhängigkeit	1 171	*13,5*	1 301	*5,2*	2 472	*7,3*
insgesamt	8 679	*100,0*	25 219	*100,0*	33 898	*100,0*

Die folgende Tabelle 11 zeigt die Aufsplitterung der Daten aus Tabelle 10 in die fünf stationären Aufnahmeeinrichtungstypen.

Im Berichtszeitraum, dem Jahre 1972, wurden nach den Meldungen keine weiblichen Rauschmittelabhängigen in den Spezialkliniken des Heilstättenverbandes aufgenommen. Diese Einrichtungen beschäftigten sich noch immer zu 89,3 % der Aufnahmen mit Alkoholkranken und nur zu 3,6 % mit Aufnahmen Abhängiger von anderen Substanzen. Der Relativanteil der Abhängigen von anderen Substanzen erscheint dagegen am höchsten in den Städtischen stationären Einrichtungen, in absoluten Zahlen in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern.

Tabelle 11

Aufnahmen von Kranken mit Mißbrauchsproblemen in stationären Einrichtungen, im Jahre 1972

Unterteilt nach Mißbrauchssubstanz-Gruppen und Geschlecht

Diagnose-Gruppe	Frauen	Männer	insgesamt	
	N	N	N	%
Spezialkliniken („Heilstätten")				
Alkohol-Kranke	297	3 261	3 558	*83,9*
Rauschmittel-Abhängige	—	109	109	*2,7*
Arzneimittel-Abhängige	15	19	34	*0,9*
Mischtypen	112	170	282	*7,1*
(alle anderen Aufnahmen)	—	—	—	—
Psychiatrische Universitätskliniken				
Alkohol-Kranke	590	1 963	2 553	*9,5*
Rauschmittel-Abhängige	232	419	651	*2,4*
Arzneimittel-Abhängige	259	240	499	*1,9*
Mischtypen	179	247	426	*1,6*
(alle anderen Aufnahmen)	10 879	11 735	22 614	*84,6*
Psychiatrische Landesnervenkliniken (PLK)				
Alkohol-Kranke	3 226	13 118	16 344	*22,0*
Rauschmittel-Abhängige	592	1 233	1 825	*2,4*
Arzneimittel-Abhängige	796	538	1 334	*1,8*
Mischtypen	598	583	1 181	*1,6*
(alle anderen Aufnahmen)	29 806	23 909	53 715	*72,2*
Städtische stationäre Einrichtungen				
Alkohol-Kranke	239	600	839	*9,7*
Rauschmittel-Abhängige	248	358	606	*7,0*
Arzneimittel-Abhängige	205	127	332	*3,9*
Mischtypen	196	191	387	*4,5*
(alle anderen Aufnahmen)	3 622	2 823	6 445	*74,9*
Sonstige stationäre Einrichtungen				
Alkohol-Kranke	505	1 577	2 082	*15,2*
Rauschmittel-Abhängige	125	262	387	*2,8*
Arzneimittel-Abhängige	179	94	273	*2,0*
Mischtypen	86	110	196	*1,4*
(alle anderen Aufnahmen)	6 544	4 242	10 786	*78,6*

4. Aufnahmebedingungen

Das Einhalten eines festgelegten geographischen *Einzugsgebietes* als Berechtigung zur bzw. Pflicht der Aufnahme ist in Tabelle 12 dargestellt.

Erwartungsgemäß sind die Städtischen stationären Einrichtungen sowie die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser darin festgelegt, während die sonstigen stationären Einrichtungen, aber auch die Fachkliniken des Heilstättenverbandes darin weitgehend frei sind und damit wichtige Auswahlmöglichkeiten besitzen.

Die *Ausschlußkriterien*, die bei der Aufnahme Suchtkranker von den verschiedenen stationären Institutionstypen eingehalten werden, gehen aus Tabelle 13 hervor.

Tabelle 12

Vorliegen eines festgelegten geographischen Einzugsgebietes bei Einrichtungen, die sich mit der stationären Behandlung von Abhängigkeitsproblemen befassen

Stationäre Einrichtungen		geographisches Einzugsgebiet				Keine Information
		festgelegt		nicht festgelegt		
Typ	N	N	%	N	%	
Suchtkliniken („Heilstätten")	28	13	*48,1*	14	*51,9*	1
Psychiatrische Universitätskliniken	22	7	*33,3*	14	*66,7*	1
Psychiatrische Landeskrankenhäuser	60	53	*98,1*	1	*1,9*	6
Städtische stationäre Einrichtungen	20	18	*(100,0)*	—	—	2
Sonstige stationäre Einrichtungen	62	12	*21,8*	43	*78,2*	7
Summe ..	192	103	*58,9*	72	*41,1*	17

Tabelle 13

Ausschlußkriterien bei der Aufnahme von Mißbrauchspatienten in stationären Einrichtungen
In absoluten Zahlen

Stationäre Einrichtungen		Benutzte Ausschlußkriterien						
Typ	N	Kriminalität	Schwachsinn	akute Psychose	chronische Psychose	Intoxikationszustand	Leberkrankheit	Sonstige
Ausschlußkriterien für Alkohol-Kranke								
Heilstätten	28	**16**	**17**	**25**	**19**	5	1	4
Universitäts-Kliniken	22	6	8	2	4	2	5	1
PLK	60	**27**	13	10	9	**7**	**7**	6
Städtische stationäre Einrichtungen	20	**11**	**11**	**8**	**10**	5	5	2
Sonstige stationäre Einrichtungen ..	62	**26**	**32**	**29**	**29**	17	13	**7**
insgesamt ...	192	**86**	**81**	**74**	**71**	36	31	20
Ausschlußkriterien für Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige								
Heilstätten	28	**9**	**9**	**12**	9	1	2	2
Universitäts-Kliniken	22	4	**7**	2	5	5	**7**	3
PLK	60	**23**	9	8	**7**	4	**7**	5
Städtische stationäre Einrichtungen	20	**10**	**10**	**10**	**11**	**6**	5	3
Sonstige stationäre Einrichtungen ..	62	**23**	**38**	**36**	**33**	**25**	13	8
insgesamt ...	192	**69**	**73**	**68**	**65**	41	34	21

Fettgedruckte Zahlen = von 30 oder mehr % der Kliniken dieser Gruppe angewandt als Ausschlußkriterium

In der Tabelle sind diejenigen Ausschlußkriterien durch Unterstreichung hervorgehoben, die von mindestens 30 % der Einrichtungen der Gruppe befolgt werden. Auffällig ist hier eine relativ hohe Quote für Schwachsinn bei den Universitätskliniken, eine hohe Quote für Kriminalität bei den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und hohe Quoten bei den Städtischen und Sonstigen stationären Einrichtungen für Kriminalität, Schwachsinn, akute und chronische Psychosen. Naturgemäß werden die psychotischen Patienten am ehesten in den Universitätskliniken und Psychiatrischen Landeskrankenhäusern akzeptiert. Auch die „Heilstätten" sind in hohem Grade exklusiv gegenüber psychotisch Kranken, aber auch gegenüber schwachsinnigen und kriminellen Abhängigen.

Für Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige liegen die Verhältnisse sehr ähnlich wie für Alkoholkranke, jedoch ist die Toleranz gegenüber Intoxikationszuständen vermindert, für psychische Abnormalität jedoch erhöht.

Daten über die *Freiwilligkeit* der Aufnahme in den verschiedenen Institutionstypen gibt Tabelle 14 wieder.

Während die Fachkliniken des Heilstättenverbandes ihre Kranken ganz überwiegend freiwillig aufnehmen, stehen die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in unfreiwilliger Aufnahme mit ungefähr der Hälfte der Patienten an der Spitze, gefolgt von den Städtischen stationären Einrichtungen. Für die Gruppe der Alkoholkranken und die Gruppe der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen bestehen nahezu gleiche Verhältnisse, jedoch mit einer Ausnahme, der unfreiwilligen Aufnahme von 80 % der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen in den Universitätskliniken. Der Vergleich der Summenzahlen ergibt ferner, daß unter den Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen die Aufnahme etwa in der Hälfte der Fälle, bei den Alkoholkranken in zwei Dritteln der Fälle freiwillig erfolgt.

Mehrfach-Aufnahmen: Die Anzahl der Patienten, die im Jahre 1972 mehr als einmal aufgenommen worden sind, wurde als Prozentangabe abgefragt und ist in Tabelle 15 auch so dargestellt.

Mit 41,0 bzw. 32,0 % für Alkoholkranke bzw. Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige liegt diese Zahl in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern mit Abstand am höchsten. Die in der Tabelle

Tabelle 14

Freiwilligkeit der Aufnahmen in stationären Einrichtungen, nach deren Auszählung bzw. bestmöglichen Schätzung für 1973. Unterteilt in Alkoholkranke und andere Abhängige

Stationäre Einrichtungen	Aufnahmen 1972	Davon (geschätzt für 1973) in %	
	N	nicht freiwillig	freiwillig
Alkohol-Kranke (einschließlich derer mit gleichzeitigem Arzneimittel- oder Rauschmittel-Mißbrauch)			
Heilstätten	3 840	*6,8*	*93,2*
Universitäts-Kliniken	2 979	*11,0*	*89,0*
PLK	17 525	*47,0*	*53,0*
Städtische stationäre Einrichtungen	1 226	*35,8*	*64,2*
Sonstige stationäre Einrichtungen	2 278	*5,0*	*95,0*
insgesamt	27 848	*33,7*	*66,3*
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige (ohne Mischformen mit Alkoholismus)			
Heilstätten	143	*13,4*	*86,6*
Universitäts-Kliniken	1 150	*80,0*	*20,0*
PLK	3 159	*48,4*	*51,6*
Städtische stationäre Einrichtungen	938	*31,5*	*68,5*
Sonstige stationäre Einrichtungen	660	*6,0*	*94,0*
insgesamt	6 050	*46,3*	*53,7*

Tabelle 15

Anteil der Mehrfachaufnahmen an den Aufnahmen verschiedener Abhängigkeits-Gruppen in den stationären Einrichtungen. Aufzählung bzw. bestmögliche Schätzung der Institutionen für 1972

Stationäre Einrichtungen	Aufnahmen 1972	Darunter Mehrfachaufnahmen	
	N	%	N *)
Alkohol-Kranke (einschließlich derer mit gleichzeitigem Arzneimittel- oder Rauschmittelmißbrauch)			
Heilstätten	3 840	*10,1*	(388)
Universitätskliniken	2 979	*23,1*	(688)
Psychiatrische Landeskrankenhäuser	17 525	*41,0*	(7 185)
Städtische stationäre Einrichtungen	1 226	*5,8*	(71)
Sonstige stationäre Einrichtungen	2 278	*19,0*	(433)
insgesamt ...	27 848	*31,5*	(8 765)
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige (ohne Mischformen mit Alkoholismus)			
Heilstätten	143	*6,5*	(9)
Universitätskliniken	1 150	*17,0*	(196)
Psychiatrische Landeskrankenhäuser	3 159	*32,0*	(1 011)
Städtische stationäre Einrichtungen	938	*11,9*	(112)
Sonstige stationäre Einrichtungen	660	*20,0*	(132)
insgesamt ...	6 050	*24,1*	(1 460)

*) errechnet aus %-Angaben und Aufnahmezahlen

in Klammern gesetzte Absolutzahl für Mehrfach-Aufnahmen ist errechnet worden und berücksichtigt nicht die Tatsache, daß im Berichtsjahr eine Anzahl Patienten auch mehr als zweimal aufgenommen worden sein können. Eine Auszählung in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik mit einer Jahresaufnahmeziffer von knapp 2 000 Suchtkranken ergab jedoch, daß die Zahl der mehr als zweimal Aufgenommenen mit 1,2 % statistisch nicht ins Gewicht fällt.

5. Bettenzahl

Die von den stationären Institutionen gemeldeten Bettenzahlen sind in Tabelle 16 aufgeführt.

In dieser Tabelle wird nicht zwischen den verschiedenen Abhängigkeitstypen unterschieden, dagegen wird unter den verschiedenen Einrichtungstypen in Betten auf Spezialstationen und sonstige Betten differenziert. Außer bei den „Sonstigen stationären Einrichtungen" mit 55,8 % stehen die Betten für Suchtkranke ganz überwiegend auf Spezialstationen (75,5 % bis 84,3 %).

Der Anteil der Betten für Suchtkranke an der Gesamtbettenzahl des Institutionstyps schwankt naturgemäß ganz beträchtlich, und zwar von 92,7 % für die Fachkliniken des Heilstättenverbandes bis zu 1,9 % aller Betten in den Universätskliniken. Die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser liegen mit 5 % ebenfalls niedrig.

Die Anzahl der Betten, die für die Therapie der Alkoholkranken einerseits und der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen andererseits zur Verfügung stehen, wurde in Tabelle 17 aufgeführt.

Danach stehen 26,8 % der Betten für Alkoholkranke nicht auf Spezialstationen, für Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige sogar nur 18,9 % der Therapiebetten. 9,9 % aller gemeldeten Betten stehen für die Behandlung von Suchtkranken aller Typen in den stationären Einrichtungen zur Verfügung, die restlichen 90,1 % der Betten für alle anderen Kranken dieser Häuser.

Tabelle 16

Bettenzahl für Patienten mit Abhängigkeitsproblemen in den stationären Einrichtungen am 1. März 1974; Anteil auf Spezialstationen für Suchtkranke und Vergleich mit der Bettenkapazität für alle anderen Kranken

Stationäre Einrichtungen		Bettenzahl für Suchtkranke			Betten für alle anderen Kranken
Typ	N	auf Spezial-stationen	nicht auf Spezial-stationen	insgesamt	
Heilstätten	28	2 008	375	2 383	187
Universitäts-Kliniken	22	49	10	59	3 126
PLK	60	2 277	741	3 018	56 897
Städtische stationäre Einrichtungen	20	231	44	275	3 903
Sonstige stationäre Einrichtungen	62	884	701	1 585	2 643
insgesamt ...	192	5 449	1 871	7 320	66 756

Tabelle 17

Bettenzahl in 192 stationären Einrichtungen am 1. März 1974. Anteil der Betten für die Gruppen der Abhängigen und Anteil auf Spezialstationen

Diagnose-Gruppe		Bettenzahl			
		auf Spezial-stationen	nicht auf Spezial-stationen	insgesamt	
				N	%
Alkohol-Kranke (einschließlich Mischtypen)	N	4 520	1 654	6 174	*8,3*
	%	*73,2*	*26,8*		*(100,0)*
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige	N	929	217	1 146	*1,6*
	%	*81,1*	*18,9*		*(100,0)*
Abhängige insgesamt	N	5 449	1 871	7 320	*9,9*
	%	*74,4*	*25,6*		*(100,0)*
alle anderen Diagnosen				66 756	*90,1*
insgesamt ...				74 076	*100,0*

6. Behandlung

Über die Behandlung in den stationären Einrichtungen konnten nur wenige Daten abgefragt werden. Zwar sind uns weitere Einzelheiten berichtet worden, sie entziehen sich aber einer generalisierenden Auswertung.

Die *Dauer der Behandlung* ist in Tabelle 18 zusammengefaßt.

Tabelle 18

Dauer der Behandlung in stationären Einrichtungen für Alkoholkranke und andere Abhängige. Angaben in % aller Patienten in der jeweiligen Institutions-Gruppe

Stationäre Einrichtungen	Dauer der Behandlung in %				
	bis 1 Monat	1 bis 3 Monate	3 bis 6 Monate	bis 1 Jahr	über 1 Jahr
Alkohol-Kranke (einschließlich Mischtypen mit Alkoholismus)					
Heilstätten	6,0	6,4	**71,7**	15,3	0,6
Universitätskliniken	**64,8**	24,4	10,8		
Psychiatrische Landeskrankenhäuser	23,7	**36,8**	23,3	7,5	8,7
Städtische stationäre Einrichtungen	**51,3**	21,9	13,3	12,3	1,2
Sonstige stationäre Einrichtungen	25,4	**39,1**	14,4	7,8	13,3
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige					
Heilstätten	15,5	11,1	**41,1**	32,3	
Universitätskliniken	**63,0**	28,2	7,2	1,6	
Psychiatrische Landeskrankenhäuser	**39,2**	32,5	22,3	3,9	2,1
Städtische stationäre Einrichtungen	**51,5**	20,5	13,2	14,5	0,3
Sonstige stationäre Einrichtungen	20,1	23,8	9,6	**25,6**	20,9

Fettgedruckte Zahlen = Maxima pro Zeile

Tabelle 19

Häufigkeit der gemeinsamen Behandlung von Alkohol-Kranken mit Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängigen in stationären Einrichtungen, 1974

Stationäre Einrichtungen		Alkohol- und andere Abhängige gemeinsam behandelt?		keine Information
Typ	N	ja gemeinsam	nein getrennt	
Heilstätten	28	19	1	8
Universitäts-Kliniken	22	13	6	3
PLK	60	34	25	1
Städtische stationäre Einrichtungen	20	8	10	2
Sonstige stationäre Einrichtungen	62	37	21	4
ingesamt	192	111 (*63,8 %*)	63 (*36,2 %*)	18

Die längste Behandlungsdauer findet sich bei den Fachkliniken des Heilstättenverbandes : 71,7 % der Alkoholkranken und 41,1 % der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen, die dort behandelt werden, durchlaufen eine Behandlung von drei bis sechs Monaten Dauer. Weit mehr als die Hälfte der Patienten (64,8 % Alkoholiker und 63,0 % andere Abhängige) der Universitätskliniken hat eine Verweildauer von unter einem Monat. Da diese Zeiten für eine Therapie im eigentlichen Sinne kaum je einmal ausreichen, läßt sich aus den Daten errechnen, daß 22,0 % der Alkoholkranken und sogar 36,2 % der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen aller Einrichtungen zusammengenommen diese Institutionen ohne durchgreifende Therapie wieder verlassen. Diese Zahl ist zweifellos bedauerlich hoch. Andererseits ist die Zahl derer, die über ein Jahr lang in den stationären Einrichtungen behandelt werden, erwartungsgemäß niedrig. Mit 8,7 % liegt sie für die Alkoholkranken der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser zwar relativ hoch, das ist aber wohl auf Abbauzustände durch Alkoholmißbrauch mit langer Verweildauer zurückzuführen. Die hohe Zahl bei den Sonstigen stationären Einrichtungen ist gewiß

Tabelle 20

Bevorzugte therapeutische Maßnahmen, die von den stationären Einrichtungen genannt wurden; tabuliert in Anzahl der Nennungen pro Einrichtungs-Typ

Stand vom 1. März 1974

	Stationäre Einrichtungen (Typ)					
	Heil-stätten	Universi-täts-Kliniken	PLK	Städtische statio-näre Ein-richtun-gen	Sonstige statio-näre Ein-richtun-gen	ins-gesamt
	28	22	60	20	62	192
Bevorzugte therapeutische Maßnahmen						
Gruppen-Therapie	13	8	43	9	24	97
Entgiftung, Entzug		14	27	6	15	62
Beschäftigungs-Therapie	10	5	23	4	16	58
Einzel-Gespräch	11	4	20	4	16	55
Arbeits-Therapie	13		20	4	9	46
Psychotherapeutisches Spezialverfahren	2	4	7	3	23	39
Medikamentöse Therapie	5	2	11	3	11	32
Sport	7		9	3	8	27
Sozial-Therapie	5	1	6	1	12	25
Weiterleitung an AA u. a. *)	1	3	9	4	3	20
Autogenes Training	6		5		5	16
Hydrotherapie, Sauna, Massage		10	2		3	15
Verhaltens-Therapie		1	6	1	3	11
Ambulante Nachbehandlung *)	1	2	3	1	3	10
Familien-Therapie	1	2	1		2	6
Sonstige Maßnahmen	2	1	5	5	3	16
Nennungen insgesamt	77	57	197	48	156	535
keine Nennungen	3	3	4	1	0	
Nennungen pro Einrichtungs-Einheit	2,8	2,6	3,3	2,4	2,5	

zum Teil auf Exalkoholiker und Exuser zurückzuführen, die an der Therapie aktiven Anteil nehmen.

Die Frage, ob Alkoholkranke mit anderen Abhängigen *gemeinsam* behandelt werden, wurde durch 18 von 192 Institutionen nicht beantwortet. Die Antwort der übrigen Einrichtungen findet sich in Tabelle 19 dargestellt.

Danach werden die Suchtkranken verschiedener Typen in 63,8 % der Einrichtungen gemeinsam behandelt — eine erstaunlich hohe Zahl. Nur die Städtischen stationären Einrichtungen scheinen eine Ausnahme darzustellen, jedoch ist die Zahl der Einrichtungen für eine volle Beurteilung zu niedrig.

Die stationären Einrichtungen waren gebeten worden, die von ihnen *bevorzugten therapeutischen Maßnahmen* anzugeben. Das Ergebnis dieser Befragung liegt in Tabelle 20 vor.

11 der 192 Institutionen haben die Frage nicht beantwortet, von den restlichen 181 Einrichtungen erhielten wir 535 Nennungen. Die Maßnahmen sind in der Liste nach der Häufigkeit der Nennungen aus allen Institutionen gemeinsam tabuliert worden. Weit an der Spitze steht die Gruppentherapie. Sieht man von der „Entgiftung" ab, so gehören außerdem die Beschäftigungstherapie und das Einzelgespräch zu den drei meistgenannten Maßnahmen. Unter psychotherapeutischen Spezialverfahren sind zahlreiche genannte sehr unterschiedliche Methoden zusammengefaßt worden. Beachtlich ist die hohe Zahl, aber auch die Vielfalt der Nennungen durch die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser.

7. Personal

In der dreiteiligen Tabelle 21 ist das *therapeutische Personal* aufgeführt, das sich in den verschiedenen stationären Einrichtungstypen mit der Pflege Sucht-

Tabelle 21

Personal mit therapeutischer Tätigkeit (außer Verwaltungs-, Hauspersonal, etc). in den stationären Einrichtungen für die Behandlung von Abhängigen, am 1. März 1974

Tabelle 21 a

Stationäre Einrichtungen	Psychiatrische Fachärzte				Sonstige Ärzte				Psychologen			
	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Heilstätten	23	—	9	32	19	—	7	26	13	—	1	14
Universitäts-Kliniken	28	3	11	42	1	—	—	1	7	—	3	10
PLK	5	8	64	77	2	1	12	15	25	4	32	61
Städtische stationäre Einrichtungen	3	3	5	11	2	1	6	9	2	2	3	7
Sonstige stationäre Einrichtungen	25	19	14	58	15	9	5	29	8	25	9	42
insgesamt ...	84	33	103	220	39	11	30	80	55	31	48	134

Tabelle 21 b

Stationäre Einrichtungen	Pädagogen				Soziologen				Sozialarbeiter			
	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Heilstätten	6	—	1	7	—	—	—	—	47	—	12	59
Universitäts-Kliniken	—	—	—	—	1	—	—	1	5	1	1	7
PLK	7	1	1	9	2	—	—	2	10	3	21	34
Städtische stationäre Einrichtungen	1	—	—	1	—	—	—	—	3	4	1	8
Sonstige stationäre Einrichtungen	7	9	3	19	1	13	1	15	20	36	8	64
insgesamt ...	21	10	5	36	4	13	1	18	85	44	43	172

Tabelle 21 c

Stationäre Einrichtungen	Beschäftigungstherapeuten				Arbeitstherapeuten				Krankenpfleger			
	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Heilstätten	23	—	4	27	75	—	16	91	78	—	62	140
Universitäts-Kliniken	9	—	2	11	—	—	—	—	96	2	15	113
PLK	13	3	12	28	15	—	31	46	316	39	372	727
Städtische stationäre Einrichtungen	1	2	3	6	1	2	1	4	16	13	25	54
Sonstige stationäre Einrichtungen	11	14	6	31	6	10	30	46	60	12	2	74
insgesamt	57	19	27	103	97	12	78	187	566	66	476	1 108

Tabelle 21 d

Stationäre Einrichtungen	Geistliche				Exuser				Laienhelfer			
	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Heilstätten	19	—	6	25	1	—	4	5	6	—	12	18
Universitäts-Kliniken	3	—	—	3	1	—	—	1	1	1	—	2
PLK	3	—	6	9	1	—	10	11	1	1	16	18
Städtische stationäre Einrichtungen	7	6	1	14	12	12	—	24	5	1	—	6
Sonstige stationäre Einrichtungen	10	11	13	34	19	11	15	45	21	12	7	40
insgesamt	42	17	26	85	34	23	29	86	34	15	35	84

Tabelle 21 e

Stationäre Einrichtungen		Sonstige Mitarbeiter			
Typ	N	A	D	A und D	insgesamt
Heilstätten	28	49	—	5	54
Universitäts-Kliniken	22	—	—	—	—
PLK	60	3	4	2	9
Städtische stationäre Einrichtungen	20	4	11	2	17
Sonstige stationäre Einrichtungen	62	7	37	100	144
insgesamt	192	63	52	109	224

Tabelle 21 f

Alle Mitarbeiter			
A	D	A und D	insgesamt
359	—	139	498
152	7	32	191
403	64	579	1 046
57	57	47	161
210	218	213	641
1 181	346	1 010	2 537

A = für Alkohol-Kranke
D = für Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige
A + D = für beide Gruppen gemeinsam, nicht zu trennen

Tabelle 22

Relation der Anzahl des Personals zur Anzahl der Patienten und der Anzahl der Betten für Abhängige aller Typen in den stationären Einrichtungen am 1. März 1974

Stationäre Einrichtungen		Patienten		Betten		Personal (alle Mitarbeiter)
Typ	N	Anzahl	Relation: 1 Personal für ... Patienten	Anzahl	Relation: 1 Personal für ... Betten	N
Heilstätten	28	2 096	4,2	2 383	4,8	498
Universitäts-Kliniken	22	343	1,8	59	0,3	191
PLK	60	6 981	6,7	3 018	2,9	1 046
Städtische stationäre Einrichtungen	20	427	2,7	275	1,7	161
Sonstige stationäre Einrichtungen	62	1 082	1,7	1 585	2,5	641
insgesamt ...	192	10 929	4,3	7 320	2,9	2 537

kranker hauptamtlich beschäftigt. Unter den einzelnen Berufen ist jeweils in Personal für Alkholkranke (A) und Personal für Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige (D) unterschieden. In einer dritten Kolonne (A+D) ist dasjenige Personal aufgeführt, bei dem die meldende Institution eine Unterteilung in Abhängigkeitstyp nicht vorgenommen hat. In den meisten Fällen geschah dies offenbar wegen gemeinsamer Therapie dieser Patienten.

Im ganzen beschäftigen sich in diesen Einrichtungen 300 Ärzte und 188 Psychologen, Pädagogen und Soziologen in den meldenden Einrichtungen mit Suchtkranken. Die Gesamtzahl des Personals ist 2 526. Es ist jedoch anzumerken, daß in einer Reihe von „Sonstigen stationären Einrichtungen" zweifellos rehabilitierte Abhängige in größerer Zahl unter die Mitarbeiter (besonders unter „sonstige Mitarbeiter") gezählt worden sind. Wir haben uns bemüht, bei der Sichtung dieser Ergebnisse Ungereimtheiten in dieser Richtung vor dem Tabulieren auszuschalten.

In der folgenden Tabelle 22 wird versucht, eine Beziehung zwischen der Zahl des Personals auf der einen und der Zahl der Patienten bzw. der Betten auf der anderen Seite herzustellen.

Diese Aufstellung ist dadurch mit prinzipiellen Fehlermöglichkeiten belastet, daß uns nicht in jedem Fall bekannt geworden ist, ob das gemeldete Personal tatsächlich ausschließlich mit den gemeldeten Patienten in den gemeldeten Betten befaßt ist. Das schränkt den Aussagewert der dargestellten Daten wahrscheinlich ein.

Nach dem was gemeldet wurde, ist die Personalintensität in den Universitätsklilniken am größten, in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und den Fachkliniken des Heilstättenverbandes — die gleichzeitig allerdings lange Aufenthaltszeiten haben — am geringsten. Es mag hier darauf hingewiesen werden, daß diese Relation für einzelne Berufsgruppen außerordentlich unterschiedlich ist; diese Verhältnisse ergeben sich aus einer Gegenüberstellung der Werte dieser Tabelle mit denen der Tabelle 21.

8. Nachsorge

Da das Angebot eines ausreichenden Nachsorgesystems für den Alkoholkranken oder Abhängigen von anderen Suchtmitteln zur Erhaltung des Therapieerfolges von ausschlaggebender Bedeutung ist, wurden die Einrichtungen dahingehend befragt. Das Resultat findet sich in Tabelle 23 wiedergegeben.

Für mehr als die Hälfte der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen der stationären Institutionen sind Nachsorgeeinrichtungen nicht vorhanden. Diese Zahl steigt bei den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern auf 69,5 % der Patienten. Bei den Alkoholkranken sieht die Situation nur wenig besser aus. Auch hier liegt der höchste Wert bei den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, mit 60 % der Entlassenen ohne Nachsorge. Herausragend sind hier die Fachkliniken des Deutschen Heilstättenverbandes mit nur 20,8 % unversorgten Alkoholikern nach der Entlassung. Dabei ist bemerkenswert, daß diese Nachsorge nicht in den Kliniken selbst geschieht, sondern anderswo (Freundeskreis, etc.), und zwar in 71,7 % der Patienten. Naturgemäß ist die beste Eigenversorgung mit Nachsorge bei den Psychiatrischen Universitätskliniken mit ihren Polikliniken zu finden; sie wird aber noch scheinbar übertroffen durch die Sonstigen stationären Ein-

Tabelle 23

Angebot an Nachsorgemöglichkeiten für entlassene Patienten aus stationären Einrichtungen am 1. März 1974

Stationäre Einrichtungen	Nachsorgeeinrichtungen vorhanden für % aller entlassenen Patienten			Nirgendwo Nachsorge vorhanden
	eigenes Nachsorge-system	anderswo	Summe	
Nachsorge für Alkohol-Kranke				
Heilstätten	7,5	**71,7**	79,2	20,8
Universitäts-Kliniken	16,8	28,8	45,6	54,4
PLK	7,8	32,2	40,0	**60,0**
Städtische stationäre Einrichtungen	7,7	36,3	44,0	56,0
Sonstige stationäre Einrichtungen	**28,2**	25,8	54,0	46,0
Summe ...	12,8	37,6	50,4	49,6
Nachsorge für Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige				
Heilstätten	3,3	**44,2**	47,5	52,5
Universitäts-Kliniken	13,0	32,7	45,7	54,3
PLK	6,3	24,2	30,5	**69,5**
Städtische stationäre Einrichtungen	12,6	31,5	44,1	55,9
Sonstige stationäre Einrichtungen	**30,6**	19,2	49,8	50,2
insgesamt ...	13,8	31,2	45,0	55,0

Fettgedruckte Zahlen = Maxima pro Kolonne

Tabelle 24

Vorhandensein von ambulanten Einrichtungen (Beratungsstelle, Ambulanz, Poliklinik, ambulantes Team, Teestube, etc.) für abhängige Patienten an stationären Einrichtungen am 1. März 1974

Stationäre Einrichtungen		Ist Beratungstelle, Ambulanz, Poliklinik, ambulantes Team für Suchtkranke vorhanden?				Keine Information
		Ja		Nein		
Typ	N	N	%	N	%	N
Heilstätten	28	4	*15,4*	22	*84,6*	2
Universitäts-Kliniken	22	15	*71,4*	6	*28,6*	1
PLK	60	5	*8,9*	51	*91,1*	4
Städtische stationäre Einrichtungen	20	7	*36,8*	12	*63,2*	1
Sonstige stationäre Einrichtungen	62	22	(95,7)	1	(*4,3*)	39
insgesamt ...	192	53	*36,6*	92	*63,4*	47

richtungen, die zum großen Teil auf ein System der Verbindung von stationärer und ambulanter Versorgung aufgebaut sind.

Das Vorhandensein eines ambulanten Dienstes *im Verband einer* stationären Einrichtung oder angeschlossen an sie ist Gegenstand der nächsten Tabelle 24.

Leider ist die Beantwortung dieser Frage für die „Sonstigen stationären Einrichtungen" nicht ausreichend für eine Auswertung gewesen. Unter den übrigen Einrichtungsgruppen steht hier die Gruppe der Universitätskliniken an der Spitze, die der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser am Ende der Reihe.

Mit diesen und allen anderen ambulanten Einrichtungen beschäftigt sich das folgende Kapitel.

B. Ambulante Einrichtungen

Vor Besprechung der Ergebnisse muß auch hier auf die Charakteristika der zusammengefaßten Gruppen von ambulanten Einrichtungen eingegangen werden. Auf dem Fragebogen waren die in dem Kopf der Tabelle 25 aufgeführten Möglichkeiten der Einordnung zum Ankreuzen angeboten worden, außerdem eine Rubrik „Sonstige" mit der Bitte um Charakterisierung.

Nach den Eigenangaben der ambulaten Einrichtungen ergab sich die in der untersten Zeile der Tabelle 25 angegebene Verteilung. Wegen der starken Anhäufung unter dem Kopf der „Unabhängigen Beratungsstellen" und der Heterogenität der Einrichtungen, die sich unter den verschiedenen Bezeichnungen zusammenfanden, besonders aber wegen der Tatsache, daß Einrichtungen mit sehr gründlicher Beantwortung des Fragebogens mit solchen mit recht nachlässiger Beantwortung in eine Gruppe fielen, wurde zum Zwecke der Auswertung eine von der ursprünglichen Unterteilung leicht abweichende Gruppenbildung eingeführt. Diese neue Gruppierung findet sich in der Zeilenbeschriftung der Tabelle 25 angegeben, zusammen mit der Anzahl der zugehörigen Institutionen. Die Beziehungen zwischen dem Fragebogensystem und dem Auswertungssystem gehen aus der Tabelle hervor. Die *Universitätspoliklinken* bedürfen keiner weiteren Erklärung.

Bei vier ambulanten Einrichtungen handelte es sich um Ambulanzen, die einem *Psychiatrischen Landeskrankenhaus* angeschlossen sind und sich um Patienten mit Suchtproblematik bemühen. Trotz der wenigen Einrichtungen in dieser Gruppe wurden sie gesondert geführt, da anzunehmen ist, daß sich diese Gruppe in absehbarer Zeit beträchtlich vergrößern wird.

Auf verschiedenen Wegen haben wir 101 *Öffentliche Beratungsstellen* erreicht. Die Qualität der Beantwortung erschien besser als die der in der Liste folgenden Einrichtungen, die Gruppe erschien auch groß genug, um statistische Verläßlichkeit zu sichern. Wir haben außerdem den Eindruck gewonnen, daß die erzielte Vollständigkeit in dieser Gruppe befriedigend ist. Ihre Ergebnisse erscheinen daher besonders relevant.

Tabelle 25

Charakteristika der ambulanten Einrichtungen nach ihren eigenen Angaben März 1974

Ambulante Einrichtungen		Eigenangaben über Art der Einrichtung				
Typ	N	Psychiatrische Poliklinik	Ambulanz einer stationären Einrichtung	Sozialpsychiatrischer Dienst, usw.	Unabhängige Beratungsstelle	Kontaktstelle, Teestube usw.
Universitäts-Poliklinik	14	**14**				
PLK-Ambulanz	4		**2**	1		1
Öffentliche Beratungsstellen ..	101		4	**65**	30	2
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	47			10	**32**	5
Konfessionelle Beratungsstellen	152		1	5	**135**	11
Selbsthilfe-Gruppe, u. ä.	15				5	**10**
insgesamt ...	333	14	7	81	202	29

Die Gruppe der *anderen nicht-konfessionellen Beratungsstellen* ist weniger verläßlich, zumal wir nicht so sicher sind, daß alle existierenden Einrichtungen erfaßt werden konnten. Die Qualität der Beantwortung war ausreichend. Es handelt sich hier um eine Mischung von sehr verschiedenen freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen verschiedensten Charakters.

Unter den *konfessionellen Beratungsstellen* wurden die Beratungsstellen des Diakonischen Werks, des Caritas-Verbandes, der Inneren Mission, der Guttempler und, wenn die Daten es erlaubten, des Blauen Kreuzes, sowie einige andere konfessionelle Beratungsstellen zusammengefaßt. Nicht in allen Fällen war die Qualität der Beantwortung ausreichend für eine vollständige Auswertung. Der Kollaborationswille bei der Erstellung der Daten war leider recht unterschiedlich. Dennoch ist anzunehmen, daß diese Gruppe, wenn auch nicht vollständig, so doch repräsentativ dargestellt worden ist.

Unter *Selbsthilfegruppen und ähnliche* sind 15 Einrichtungen unterschiedlicher Art zusammengefaßt worden. Unter ihnen befinden sich auch diejenigen Release-Gruppen, die sich zu einer Antwort bereit fanden. Da sie vielfach durch in solchen Dingen nicht geschultes Personal erfolgte, ist die Beantwortung in dieser Gruppe lückenhaft. In dieser Gruppe sind übrigens die Selbsthilfegruppen des Blauen Kreuzes oder der Anonymen Alkoholiker nicht enthalten. Von den AA-Gruppen haben wir nur sehr unvollständige Daten erhalten können, die eine systematische Auswertung nicht zuließen. Die Daten des Blauen Kreuzes sind, soweit auswertbar, in denen der „Konfessionellen Beratungsstellen" aufgegangen.

1. Klienten

Die *Anzahl* der Klienten bzw. Patienten, die in allen ambulanten Einrichtungen zusammengenommen in einem Jahr beraten bzw. betreut wurden, finden sich in Tabelle 26 aufgeführt.

Insgesamt wurden 60 548 beratende Personen gemeldet. Nahezu 70 % dieser Gruppe waren Alkoholkranke, weitere etwa 20 % Rauschmittelabhängige und die Arzneimittelabhängigen sind mit nur 4,1 % aller Beratenen beteiligt. Allerdings handelt es sich offenbar bei den Mischtypen mit 7,2 % um Patienten, die überwiegend sowohl den Alkoholkranken wie den Arzneimittelabhängigen zugehören.

Der untere Teil der Tabelle 26 zeigt die prozentuale Verteilung innerhalb der Mißbrauchsgruppen auf die Altersstufen. Wie bei den stationären Pa-

Tabelle 26

Anzahl der Patienten mit Abhängigkeits-Problemen, die in einem Jahr (1. März 1973 bis 28. Februar 1974) in ambulanten Einrichtungen beraten und betreut wurden. Aufgegliedert nach Mißbrauchssubstanz und Altersgruppen, beide Geschlechter, in Anzahl und Prozent der Substanzgruppe

Gruppe	Altersgruppe							insgesamt	
	bis 15	15 bis 25	25 bis 35	35 bis 45	45 bis 55	55 bis 65	über 65	N	%
Alkohol-Kranke	72	2 818	9 669	13 849	9 364	4 068	1 414	41 254**)	*68,1*
Rauschmittel-Abhängige	728	8 843	2 376	303	146	58	26	12 480	*20,6*
Arzneimittel-Abhängige	65	568	588	564	403	187	104	2 479	*4,1*
Mischtypen *)	65	1 728	909	879	439	210	105	4 335	*7,2*
insgesamt ...	930	13 957	13 542	15 595	10 352	4 523	1 649	60 548**)	*100,0*
Alkohol-Kranke	0,2	6,8	23,4	33,6	22,7	9,9	3,4	100,0	
Rauschmittel-Abhängige	5,8	70,9	19,0	2,4	1,2	0,5	0,2	100,0	
Arzneimittel-Abhängige	2,6	22,9	23,7	22,8	16,3	7,5	4,2	100,0	
Mischtypen *)	1,5	39,9	21,0	20,3	10,1	4,8	2,4	100,0	
Summe ...	1,5	23,0	22,4	25,8	17,1	7,5	2,7	100,0	

*) Alkohol-Kranke mit gleichzeitigem Mißbrauch von Arzneimitteln oder Rauschmitteln
**) ohne 5 101 Beratene durch „Blaues Kreuz"

tienten sind die Alkoholkranken die älteste Gruppe, die Rauschmittelabhängigen die jüngste Gruppe. Gegenüber den stationär aufgenommenen Arzneimittelabhängigen und Mischtypen scheinen die ambulanten Patienten beider Gruppen jünger zu sein. Das entspricht wahrscheinlich der Tatsache, daß der polyvalente Gebrauch von Alkohol und Arzneimitteln neben anderen Substanzen bei der jungen Bevölkerung zugenommen hat.

Die beide *Geschlechter* einschließenden Daten des oberen Teils der Tabelle 26 sind nach Geschlechtern getrennt in Tabelle 27 angegeben worden.

Wie bei den stationär aufgenommenen Männern überwiegen auch bei den ambulant Beratenen die Männer beträchtlich. Das gilt nicht nur für die absolute Zahl (32 143 Männer gegenüber 9 111 Frauen), sondern auch für den relativen Anteil aller Beratenen (71,8 % Männer und 57,6 % Frauen). Dagegen liegt die absolute Anzahl der beratenen Frauen mit Arzneimittelabhängigkeit um 271 betreute Patienten höher als die für Männer.

Die Altersverteilung entspricht den Erwartungen: Die Männer sind in der Gruppe der Alkoholkranken älter, in der Gruppe der Rauschmittelabhängigen und der Arzneimittelabhängigen jünger als die Frauen.

Die Relation der weiblichen zu den männlichen Klienten unter einerseits den Alkoholkranken, eingeschlossen diejenigen mit zusätzlichem Mittelmißbrauch, und andererseits der Gruppe der Arzneimittel- und Rauschmittelabhängigen in den verschiedenen Typen ambulanter Einrichtungen ist in Tabelle 28 dargestellt.

Im Mittel aller Einrichtungen entfallen auf einen weiblichen Klienten 3,2 männliche Alkoholkranke, jedoch nur zwei männliche Arzneimittel- bzw. Rauschmittelabhängige. Die Relation ist am weitesten zugunsten der Männer in einer Reihe von konfessionellen Einrichtungen verschoben. Die Unterschiede sind zum Teil beträchtlich, haben wahrscheinlich jedoch sehr verschiedene Gründe.

Die Gesamtzahl der Beratenen ist in Tabelle 29 erneut nach Mißbrauchstyp pro *Einrichtungsgruppe* aufgegliedert worden.

Diese Werte sind dann in zweifacher Weise in Prozentzahlen ausgedrückt worden und in Tabelle 30 dargestellt. In der oberen Hälfte dieser Tabelle wird die Verteilung der Alkoholkranken und anderer Suchttypen auf die verschiedenen Einrichtunggsgruppen gezeigt, in der unteren Hälfte der Tabelle erscheinen Angaben darüber, wieviel Prozent aller Beratenen in die Gruppe der Alkohol-

Tabelle 27

Anzahl der Patienten mit Abhängigkeits-Problemen, getrennt in Frauen und Männer, die in einem Jahr (1. März 1973 bis 28. April 1974) in ambulanten Einrichtungen beraten und betreut wurden

	Gruppe	Altersgruppe							insgesamt	
		bis 15	15 bis 25	25 bis 35	35 bis 45	45 bis 55	55 bis 65	über 65	N	%
weiblich	Alkohol-Kranke	18	673	2 323	2 823	2 065	901	308	9 111	*57,6*
	Rauschmittel-Abhängige	276	2 441	642	107	66	30	14	3 576	*22,6*
	Arzneimittel-Abhängige	27	310	336	294	243	109	56	1 375	*8,7*
	Mischtypen *)	23	655	354	339	205	116	57	1 749	*11,1*
	insgesamt	344	4 079	3 655	3 563	2 579	1 156	435	15 811	*100,0*
männlich	Alkohol-Kranke	54	2 145	7 346	11 026	7 299	3 167	1 106	32 143	*71,8*
	Rauschmittel-Abhängige	452	6 402	1 734	196	80	28	12	8 904	*19,9*
	Arzneimittel-Abhängige	38	258	252	270	160	78	48	1 104	*2,5*
	Mischtypen *)	42	1 073	555	540	234	94	48	2 586	*5,8*
	insgesamt	586	9 878	9 887	12 032	7 773	3 367	1 214	44 737	*100,0*

*) Alkohol-Kranke mit gleichzeitigem Mißbrauch von Arzneimitteln oder Rauschmitteln

Tabelle 28

Relation der Geschlechter unter Alkoholkranken und anderen Abhängigen der verschiedenen ambulanten Einrichtungen, am 1. März 1974

Ambulante Einrichtungen		Alkohol-Kranke [1]) (einschließlich Mischtypen [2]))			Arzneimittel- und Rauschmittel-Abhängige		
Typ	N	weiblich N	männlich N	Relation [3])	weiblich N	männlich N	Relation [3])
Universitäts-Poliklinik	14	340	775	*2,3*	246	333	*1,4*
PLK-Ambulanz	4	95	350	*3,7*	65	92	*1,4*
Öffentliche Beratungsstellen	101	5 065	15 547	*3,1*	2 747	4 929	*1,8*
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	47	1 209	2 783	*2,3*	856	2 358	*2,8*
Diakonisches Werk	50	1 951	6 032	*3,1*	277	395	*1,4*
Caritas	50	1 097	5 284	*4,8*	332	897	*2,7*
Innere Mission	12	474	1 837	*3,9*	85	208	*2,4*
Guttempler	13	164	737	*4,5*	10	5	*(0,5)*
Sonstige konfessionelle Beratungsstellen	27	415	1 298	*3,1*	232	406	*1,8*
Selbsthilfe-Gruppen u. ä.	15	50	86	*1,7*	101	385	*3,8*
Summe	333	10 860	34 729	*3,2*	4 951	10 008	*2,0*
		45 589			14 959		

[1]) ohne die Beratenen der Anonymen Alkoholiker und des Blauen Kreuzes
[2]) Alkoholkranke mit gleichzeitigem Arzneimittel- bzw. Rauschmittel-Mißbrauch
[3]) Anzahl männlicher Klienten auf einen weiblichen Klienten

Tabelle 29

Anzahl beratener Patienten während eines Jahres (1. März 1973 bis 28. Februar 1974), unterteilt in Gruppen von Einrichtungen nach Art der Träger und nach Art des Mißbrauchs

Ambulante Einrichtungen (Gruppe)	Alkohol-kranke	Rausch-mittel-Abhängige	Arznei-mittel-Abhängige	Misch-typen *)	insgesamt
	N	N	N	N	N
Universitäts-Kliniken	986	408	171	129	1 694
PLK-Ambulanz	442	157	—	3	602
Öffentliche Beratungsstellen	19 024	6 057	1 619	1 588	28 288
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	3 135	3 114	100	857	7 206
Konfessionelle Beratungsstellen	22 711	2 279	568	1 679	27 237
Selbsthilfegruppen u. ä.	57	465	21	79	622
insgesamt	46 355	12 480	2 479	4 335	65 649

*) Alkoholkranke mit gleichzeitigem Arzneimittel- bzw. Rauschmittel-Mißbrauch

kranken usw. in den einzelnen Einrichtungen fällt.

Die Einzeltatsachen müssen aus der Tabelle abgelesen werden. Beispielsweise versorgen die konfessionellen Beratungsstellen 49 % der beratenen Alkoholkranken in allen Einrichtungen, diese Alkoholkranken machen aber in ihrer eigenen Klientel 83,4 % aller Beratenen aus. Andererseits versorgen die Selbsthilfegruppen und ähnlichen Einrichtungen nur 3,7 % aller rauschmittelabhängigen ambulanten Patienten, diese stellen aber 74,7 % aller von den Selbsthilfegruppen beratenen Klienten dar! Der größte Anteil der Rauschmittelabhängigen (48,5 %) wird in den öffentlichcn Beratungsstellen versorgt, obwohl in deren Klientel die Alkoholiker mit 67,3 % häufiger sind. Der größte Anteil der Arzneimittelabhängigen (65,3 %) wird ebenfalls von den öffentlichen Beratungsstellen betreut, obwohl sie nur 5,7 % von deren Betreuten ausmachen. Am stärksten vertreten sind die Arzneimittelabhängigen in der Gruppe der von den Universitäts-Polikliniken beratenen Patienten (10,1 %).

Uns interessiert die Frage, welche Einrichtungen sich überwiegend mit *Erstberatungen* und anderer-

Tabelle 30

Anzahl beratener Patienten während eines Jahres (1. März 1973 bis 28. Februar 1974), unterteilt in Gruppen von Einrichtungen nach Art der Träger und nach Art des Mißbrauchs

Prozentanteil der Trägergruppe an der Mißbrauchsgruppe (oben), und
Prozentanteil der Mißbrauchsgruppe an der gesamten Klientel der Trägergruppe (unten)

Ambulante Einrichtungen (Gruppe)	Alkoholkranke	Rauschmittel-Abhängige	Arzneimittel-Abhängige	Mischtypen *)	insgesamt
	in %				
Universitätspolikliniken	2,1	3,3	6,9	3,0	2,6
PLK-Ambulanz	1,0	1,2	—	0,1	0,9
Öffentliche Beratungsstellen	*41,0*	**48,5**	**65,3**	*36,6*	**43,1**
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	6,8	*25,0*	4,0	19,8	11,0
Konfessionelle Beratungsstellen	**49,0**	18,3	*22,9*	**38,7**	*41,5*
Selbsthilfegruppen u. ä.	0,1	3,7	0,9	1,8	0,9
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Universitätspolikliniken	58,2	24,1	**10,1**	7,6	100,0
PLK-Ambulanz	**73,4**	26,1	—	0,5	100,0
Öffentliche Beratungsstellen	*67,3*	21,4	5,7	5,6	100,0
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	43,5	*43,2*	1,4	*11,9*	100,0
Konfessionelle Beratungsstellen	**83,4**	8,4	2,1	6,1	100,0
Selbsthilfegruppen u. ä.	9,2	**74,7**	3,4	12,7	100,0
insgesamt	70,6	19,0	3,8	6,6	100,0

*) Alkoholkranke mit gleichzeitigem Arzneimittel- bzw. Rauschmittel-Mißbrauch
Fettgedruckte Zahlen = höchster Anteilswert innerhalb der Mischgruppe (Spalte)
Kursive Zahlen = zweithöchster Anteilswert innerhalb der Mischgruppe (Spalte)

seits mit der nachsorgenden Beratung nach stationärer Behandlung befassen. Die Ergebnisse dieser Befragung liegen in Tabelle 31 vor.

Den größten Anteil Erstberatener und den kleinsten Anteil der fortgesetzten *Nachsorge*-Betreuung zeigen für Alkoholkranke die Universitäts-Polikliniken. Noch niedriger in der Betreuung von Nachsorgefällen liegen die Selbsthilfegruppen. Konfessionelle Beratungsstellen und öffentliche Beratungsstellen liegen an der Spitze der Nachsorge, jedoch relativ niedrig in der Anzahl erstberatener Alkoholkranker. Die Verhältnisse für Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige liegen ähnlich. Die Selbsthilfegruppen weisen einen relativ hohen Satz an *Mehrfach-Beratenen* ohne vorangehende stationäre Therapie auf. Der Anteil Erstberatener ist hier bei den Universitäts-Polikliniken, gefolgt von den Anderen nicht-konfessionellen Beratungsstellen, am höchsten.

Im Vergleich von Alkoholikern mit anderen Abhängigen liegt der Anteil der Erstberatenen bei den Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen höher, der Anteil der nachsorgenden Fürsorge bei den Alkoholkranken höher als bei der Vergleichsgruppe.

Um der *Gesamtanzahl* von Alkoholkranken, Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland näherzukommen, wurde versucht, einen Eindruck über die Anzahl der Klienten zu erhalten, die in den ambulanten Einrichtungen

Tabelle 31

Gesamt-Anzahl der Beratenen und deren Prozent-Anteil an Erstberatenen, in Nachsorge-Beratenen und übrigen Mehrfach-Beratenen, im Kalenderjahr 1973

Ambulante Einrichtungen (Gruppen)		Anzahl der Beratenen (beide Geschlechter)	Davon in Prozent		
			Erstberatene	Mehrfach-Beratene	
				nach stationärer Therapie (Nachsorge)	ohne vorangehende stationäre Therapie
Typ	N				
Alkohol-Kranke (einschließlich Mischtypen)					
Universitäts-Poliklinik	14	1 115	*70,0*	*6,0*	*24,0*
PLK-Ambulanz	4	445	*60,0*	*20,0*	*20,0*
Öffentliche Beratungsstellen	101	20 612	*40,0*	*22,2*	*37,8*
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	47	3 992	*41,7*	*19,6*	*38,7*
Konfessionelle Beratungsstellen	152 *)	24 390	*41,2*	*23,8*	*35,0*
Selbsthilfe-Gruppen u. ä.	15	136	*59,3*	*3,1*	*37,6*
insgesamt ...	333	50 690	*41,6*	*22,2*	*36,2*
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige					
Universitäts-Poliklinik		579	*61,0*	*10,0*	*29,0*
PLK-Ambulanz		157	*43,3*	*20,0*	*36,7*
Öffentliche Beratungsstellen		7 676	*50,2*	*14,4*	*35,4*
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen		3 214	*53,8*	*10,0*	*36,2*
Konfessionelle Beratungsstellen		2 847	*49,9*	*13,5*	*36,6*
Selbsthilfe-Gruppen u. ä.		486	*44,2*	*6,6*	*49,2*
insgesamt ...		14 959	*51,1*	*12,9*	*36,0*
alle Suchtkranken insgesamt ...		65 649	*44,0*	*19,9*	*36,1*

*) ohne „Blaues Kreuz"

je beraten worden sind, für die also eine Karteiunterlage vorliegt. Die Ergebnisse hierzu liegen in Tabelle 32 a vor.

Leider haben nur 72,7 % der befragten Beratungsstellen diese Frage verwertbar beantwortet. In keiner der Einrichtungsgruppen konnte daher eine vollständige Auswertung vorgenommen werden. Wir sind derzeit noch bemüht einen geographischen Bezirk zu finden, von dem diese Meldungen nahezu lückenlos vorliegen, um durch Lokalunter-

Tabelle 32 a

Anzahl Klienten in der Kartei der ambulanten Einrichtungen am 1. März 1974

Ambulante Einrichtungen Typ	N	Beantwortet von [1]) N	Alle Abhängigen Summe A und B	Alle Abhängigen darunter „aktiv"
Universitäts-Poliklinik	14	6	2 338	1 365
PLK-Ambulanz	4	2	3 122	1 272
Öffentliche Beratungsstellen	101	80	87 531	34 376
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	47	34	5 961	3 322
konfessionelle Beratungsstellen	152	113	42 188	16 989
Selbsthilfe-Gruppen u. ä.	15	7	961	664
insgesamt: N	333	242	142 101	57 988
%		(72,7)		(40,8)

[1]) Nur 72,7 % der befragten Einrichtungen beantworteten diese Frage. Deren Antworten wurden in den folgenden Spalten tabuliert.

Tabelle 32 b

Anzahl Klienten in der Kartei der ambulanten Einrichtungen am 1. März 1974

Ambulante Einrichtungen Typ	Alkohol-Kranke (einschließlich Mischtypen [1])) Summe A	Alkohol-Kranke darunter „aktiv"	Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige Summe B	Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige darunter „aktiv"
Universitäts-Poliklinik	1 895	1 116	443	249
PLK-Ambulanz	2 950	1 148	172	124
Öffentliche Beratungsstellen	76 537	28 419	10 994	5 957
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	3 909	1 778	2 052	1 544
konfessionelle Beratungsstellen	36 721	15 005	5 467	1 984
Selbsthilfe-Gruppen u. ä.	153	94	808	570
insgesamt ... %	122 165	47 560	19 936	10 428
N		(38,9)		(52,3)

[1]) Alkoholkranke mit gleichzeitigem Arzneimittel- bzw. Rauschmittel-Mißbrauch

suchung die Daten zu komplettieren und durch Hochrechnung möglicherweise zu realeren Gesamtzahlen zu gelangen.

In allen Einrichtungen zusammengenommen sind am Stichtag 142 101 Abhängige aller Arten registriert gewesen. Davon wurden 40,8 % als „aktiv", im Sinne von noch in Behandlung stehend, noch betreut, noch in Kontakt, gemeldet. In Tabelle 32 b ist die Gesamtzahl aller Abhängigen in Alkoholkranke auf der einen und alle anderen Abhängigen auf der anderen Seite aufgegliedert worden. Es stehen hier über 122 000 Alkoholiker nahezu 20 000 anderen Abhängigen gegenüber. Der Prozentsatz der „aktiven" Karteikarten von 38,9 % bei den Alkoholkranken im Gegensatz zu 52,3 % bei den anderen Abhängigen zeigt, daß die große Differenz zwischen den Absolutzahlen wenigstens zum Teil mit dem Alter der Einrichtungen zusammenhängt: Ältere Einrichtungen haben durch ihr Alter mehr Klienten in ihren Karteien.

Es wird weiterer Arbeit bedürfen, um diese Zahlen zu interpretieren.

2. Beratungen

Die Anzahl der Beratungen in dem Monat, welcher der Befragung der Einrichtungen vorausging, ist in Tabelle 33 zusammengestellt.

Von den gemeldeten insgesamt 26 363 Beratungen des Monats waren 69,1 % alkoholkranken Klienten und 30,9 % rauschmittel- und arzneimittelabhängigen Klienten gewidmet. Sie erfolgten in 29,4 % bei weiblichen und 60,6 % bei männlichen Klienten.

Vergleicht man die Beratungen des letzten Monats mit der mittleren Beratungsfrequenz des vorangehenden Jahres 1973, so ergibt sich ein Anstieg der Anzahl der Beratungen, und zwar besonders auf der Seite der Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen mit einem Zuwachs von 23,9 %.

Tabelle 33

Beratungen im Januar 1974 (ein Monat), unterteilt nach ambulanten Einrichtungen, Geschlecht und Anzahl der Beratungen; Relation der Geschlechter der Beratenen

Ambulante Einrichtungen (Gruppen)	Beratungen im Monat Januar 1974			Relation weiblich : männlich wie 1 : x
	weiblich	männlich	insgesamt	
Alkohol-Kranke (einschließlich Mischtypen)				
Universitäts-Poliklinik	259	413	672	1,6
PLK-Ambulanz	9	55	64	(6,1)
Öffentliche Beratungsstellen	1 984	4 543	6 527	2,3
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	413	1 266	1 679	3,1
Konfessionelle Beratungsstellen	2 443	6 606	9 049	2,7
Selbsthilfegruppen u. ä.	74	163	237	2,2
insgesamt ...	5 182	13 046	18 228	2,5
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige				
Universitäts-Poliklinik	125	165	290	1,3
PLK-Ambulanz	16	26	42	(1,6)
Öffentliche Beratungsstellen	788	1 761	2 549	2,2
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	647	1 530	2 177	2,4
Konfessionelle Beratungsstellen	678	1 346	2 024	2,0
Selbsthilfegruppen u. ä.	320	733	1 053	2,3
insgesamt ...	2 574	5 561	8 135	2,2
Alle Suchtkranken insgesamt	7 756	18 607	26 363	2,4

Tabelle 34

Anstieg der Beratungsfrequenz ambulanter Einrichtungen für Abhängige, 1973/74

Anzahl der Beratungen aller ambulanten Einrichtungen	Beratungen von Abhängigen		alle anderen Klienten	insgesamt
	Alkohol-Kranke (einschließlich Mischtypen)	Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige		
Monats-Mittel 1973	16 633	6 566	5 291	28 490
Januar 1974	18 228	8 138	5 835	32 201
%-Anstieg gegenüber dem Vorjahr	*+9,6*	*+23,9*	*+10,3*	*+13,0*

Diese Zahl muß allerdings aus dem Hintergrund eines Beratungszuwachses von + 10,3 % für alle anderen, nicht abhängigen Klienten der Beratungsstellen gesehen werden. Das bedeutet eine Intensivierung der Beratungsarbeit allgemein, eine besondere der Arbeit mit Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen, aber kein Anstieg in der Intensität der Beratung von Alkoholkranken. Die ambulanten Einrichtungen waren ersucht worden, anzugeben, welcher Anteil ihrer Beratenen nur eine Beratung, 2 bis 5, 6 bis 20 bzw. über 20 Beratungen erhalten hatte. Die Ergebnisse zur *Beratungsfrequenz* liegen in Tabelle 35 vor.

Unter den Alkoholkranken haben danach 24,8 % aller Beratenen nur eine Beratung erhalten. Diese Zahl liegt am günstigsten in den Selbsthilfegruppen, gefolgt von den konfessionellen Beratungsstellen und ist am ungünstigsten bei den Universitäts-Polikliniken (bei denen man „um Rat fragen geht") und den statistisch allerdings unbefriedigenden Ambulanzen an Psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Die nur ein einziges Mal beratenen Rauschmittel- und Arzneimittelabhängigen sind in dieser Gruppe um etwa 5 % häufiger, am häufigsten wiederum in den Universitäts-Polikliniken und PLK-Ambulanzen, am wenigsten häufig jedoch in den konfessionellen Beratungsstellen. Die langfristig betreuten Patienten sammeln sich naturgemäß in den Selbsthilfegruppen, aber auch in den anderen nicht-konfessionellen Beratungsstellen.

Ähnliche Zahlen ergeben sich, wenn man die Anzahl der Klienten mit der Anzahl der Beratungen vergleicht. Dies ist in Tabelle 36 versucht worden, obwohl diese beiden Werte nicht aus genau dem gleichen Zeitraum stammen.

Danach ist die Beratungsfrequenz bei weitem am höchsten bei den Selbsthilfegruppen, gefolgt von einer hohen Zahl für Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige in der Betreuung durch konfessionelle Beratungsstellen. Sie ist am niedrigsten für beide Abhängigen-Gruppen bei den wenigen Ambulanzen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser. Die hohe Zahl der Beratungen bei Selbsthilfegruppen ist sehr wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß es sich bei einem Teil dieser Beratungen um interne Arbeit in Wohngemeinschaften, wie Release und anderen, handelt. Die Verhältnisse sind hier nicht klar durchsichtig.

Tabelle 35

Beratungsfrequenz: Anzahl von Beratungen, die der einzelne Beratene erhalten hat; ausgedrückt in Prozent der Gesamtzahl der beratenen/betreuten Klienten, im Kalenderjahr 1973 unterteilt nach Typ der ambulanten Einrichtungen für Alkoholkranke (oben) und Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige (unten)

Ambulante Einrichtungen (Gruppen)	beratene Patienten N	Anzahl der Beratungen (Angaben in % aller beratenen Klienten)			
		1 Sitzung	2 bis 5 Sitzungen	6 bis 20 Sitzungen	über 20 Sitzungen
Alkohol-Kranke (einschließlich Mischtypen)					
Universitäts-Poliklinik	1 115	*61,6*	*31,3*	*7,1*	—
PLK-Ambulanz	445	*70,0*	*20,0*	*10,0*	—
Öffentliche Beratungsstellen	20 612	*28,1*	*42,7*	*21,6*	*7,6*
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	3 992	*24,2*	*34,5*	*28,9*	*12,4*
konfessionelle Beratungsstellen	24 390	*18,3*	*32,5*	*35,2*	*14,0*
Selbsthilfegruppen u. ä.	136	*8,3*	*30,8*	*11,7*	*49,2*
insgesamt	50 690	*24,8*	*37,1*	*27,5*	*10,6*
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige					
Universitäts-Poliklinik	579	*55,4*	*31,7*	*7,9*	*5,0*
PLK-Ambulanz	157	*64,5*	*26,5*	*7,5*	*1,5*
Öffentliche Beratungsstellen	7 676	*34,2*	*37,1*	*22,7*	*6,0*
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	3 214	*25,6*	*36,0*	*20,0*	*18,4*
konfessionelle Beratungsstellen	2 847	*16,8*	*35,6*	*35,2*	*12,4*
Selbsthilfegruppen u. ä.	486	*20,5*	*20,3*	*25,9*	*33,3*
insgesamt	14 959	*29,7*	*35,7*	*23,9*	*10,7*
alle Suchtkranken insgesamt	65 649	*26,0*	*36,8*	*26,6*	*10,6*

Tabelle 36

Anzahl der beratenen/betreuten Klienten (1. März 1973 bis 28. Februar 1974) und Anzahl der Beratungen (1973) ambulanter Einrichtungen, mit Anzahl der Beratungen pro Klient für Alkohol-Kranke und andere Abhängige

Ambulante Einrichtungen (Gruppen) N	Klienten (Beratene und Betreute) N	Beratungen N	durchschnittliche Anzahl Beratungen pro Klient
Alkohol-Kranke (einschließlich Mischtypen)			
Universitäts-Poliklinik	1 115	3 961	3,6
PLK-Ambulanz	445	775	1,7
Öffentliche Beratungsstellen	20 612	81 982	4,0
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	3 992	16 991	4,3
konfessionelle Beratungsstellen	24 390 *)	93 533 *)	3,8
Selbsthilfegruppen u. ä.	136	2 351	17,3
insgesamt	50 690	199 593	3,9
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige			
Universitäts-Poliklinik	579	1 803	3,1
PLK-Ambulanz	157	354	2,3
Öffentliche Beratungsstellen	7 676	30 979	4,0
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	3 214	15 608	4,9
konfessionelle Beratungsstellen	2 847	22 245	7,8
Selbsthilfegruppen u. ä.	486	7 811	16,1
insgesamt	14 959	78 800	5,3
alle Suchtkranken insgesamt	65 649	278 393	4,2

*) ohne „Blaues Kreuz"

3. Sonderdienste

Die ambulanten Einrichtungen waren gefragt worden, welche Sonderdienste für Abhängige und deren Betreuung sie führen. Es wurde eine größere Zahl von Aktivitäten gemeldet, die in den Tabellen 37 und 38 aufgeführt sind.

Nur 225 von 333 befragten Einrichtungen haben diese Frage beantwortet; man kann annehmen, daß bei den nichtbeantwortenden Einrichtungen keine Sonderdienste vorliegen. Am häufigsten wurden Telefonberatung, Schülerberatung und Lehrprogramme verzeichnet. Außer 43 „Lehrprogrammen" wurde in sechs Fällen die Ausbildung von Drogenberatern gemeldet (s. Tabelle 38).

Die Gruppen der ambulanten Einrichtungen zeigten keine wesentlichen Unterschiede in der Intensität ihrer Sonderdienste.

Tabelle 37

Sonderdienste (Telefonberatung, Schülerberatung, Lehrprogramme, etc.) an ambulanten Einrichtungen für Beratung/Betreuung von Suchtkranken

Ambulante Einrichtungen (Gruppe)		Beantwortet durch	Davon			
Typ	N	N	Telefon-Beratung ja	Schüler-Beratung ja	Lehrprogramme ja	Sonstige *) ja
Universitäts-Poliklinik	14	2		1	1	
PLK-Ambulanz	4	3	2	1		3
Öffentliche Beratungsstellen	101	59	41	20	10	26
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	47	37	26	17	11	15
Konfessionelle Beratungsstellen	152	113	79	41	19	53
Selbsthilfegruppen u. ä.	15	11	7	4	2	8
insgesamt ...	333	225	155	84	43	105

*) Differenzierung: siehe Tabelle 38

Tabelle 38

Weitere „Sonderdienste", die von ambulanten Einrichtungen für die Beratung und Betreuung von Suchtkranken gemeldet wurden

Ambulante Einrichtungen (Gruppen)	Sonstige „Sonderdienste"				
	Gruppenarbeit	Aufklärungsarbeit	Hausbesuche, Familienkreise	Nachsorge	Ausbildung von Drogenberatern
Universitäts-Poliklinik					
PLK-Ambulanz		1	1		1
Öffentliche Beratungsstellen	13	11	1		1
Andere nichtkonfesssionelle Beratungsstellen	5	2	3	3	2
Konfessionelle Beratungsstellen	24	14	12	3	
Selbsthilfegruppen u. ä.	3			3	2
insgesamt ...	45	28	17	9	6

4. Gründungsgeschichte der Einrichtungen

Die ambulanten Einrichtungen waren ferner gefragt worden, seit wann sie in Betrieb sind, denn es erschien möglich, daraus den zeitlichen Ablauf der Bemühungen im Kampf gegen das Suchtproblem in der Bundesrepublik Deutschland zu erkennen. Die Daten sind in Tabelle 39 zusammengestellt.

Aus den dargestellten Zahlen geht das höhere Alter der ambulanten Einrichtungen für Alkoholkranke deutlich hervor. Die in den Tabellen aufgeführten halben Einrichtungen sind solche, bei denen die Beratung von Rauschmittelabhängigen zu der Beratung von Alkoholkranken neu hinzugekommen war, bzw. umgekehrt. Während in den letzten Jahren die Zunahme der reinen Alkohol-Beratungsstellen stagniert hat, ist der Anstieg bei den reinen Beratungsstellen für Rauschmittel- und Arzneimittelabhängige seit 1968, besonders aber seit 1971 deutlich. Der größte Anstieg war jedoch in den für beide Gruppen gemeinsam genutzten ambulanten Einrichtungen zu verzeichnen, mit einem deutlichen Anstieg seit 1969. Eine ähnlich rasche Zunahme ist schon einmal in den Jahren zwischen 1945 und 1954 aufgetreten; damals handelte es sich um die rapide Ausbreitung des Alkoholmißbrauchs nach dem Kriege.

Die Verhältnisse werden deutlicher bei der graphischen Darstellung mit Hilfe der Kurven der Abbildung.

Die Kurvenschar erstreckt sich über den Zeitraum von 1945 bis 1973. Bei den dargestellten Werten handelt es sich nicht um kumulierende Werte, sondern um die Anzahl jährlicher Neugründungen. Ein Anstieg der Kurve bedeutet also nicht eine Vermehrung der Einrichtungen sondern eine Beschleunigung des Tempos der Gründung solcher ambulanten Dienste.

Tabelle 39

Neugründung von ambulanten Einrichtungen für die Beratung/Betreuung Abhängiger von chemischen Substanzen seit vor 1925 bis 1973 (1974 unvollkommen)

— Siehe auch Figur 40 —

Ambulante Einrichtungen Typ	vor 1925	1925 bis 1929	1930 bis 1934	1935 bis 1939	1940 bis 1944	1945 bis 1949	1950 bis 1954	1954 bis 1959
Alkoholkranke (alleinig)								
Universitäts-Polikliniken								
PLK-Ambulanzen		1						
Öffentliche Beratungsstellen	2					4½	7	1
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen								1
Konfessionelle Beratungsstellen	3				1	4	7	4
Selbsthilfe-Gruppen und ähnliches								
Summe ...	5	1			1	8½	14	6
Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige (alleinig)								
Universitäts-Polikliniken								2
PLK-Ambulanzen								
Öffentliche Beratungsstellen								1
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen								
Konfessionelle Beratungsstellen								
Selbsthilfe-Gruppen und ähnliches								
Summe ...								3
Alkoholkranke und Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige (gemeinsam)								
Universitäts-Polikliniken			2			2		1
PLK-Ambulanzen								
Öffentliche Beratungsstellen	1	1	2			5	8	4
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen						1	1	
Konfessionelle Beratungsstellen				2		3	1	4
Selbsthilfe-Gruppen und ähnliches								
Summe ...	1	1	4	2		11	10	9

Summe der obigen drei Tabellen

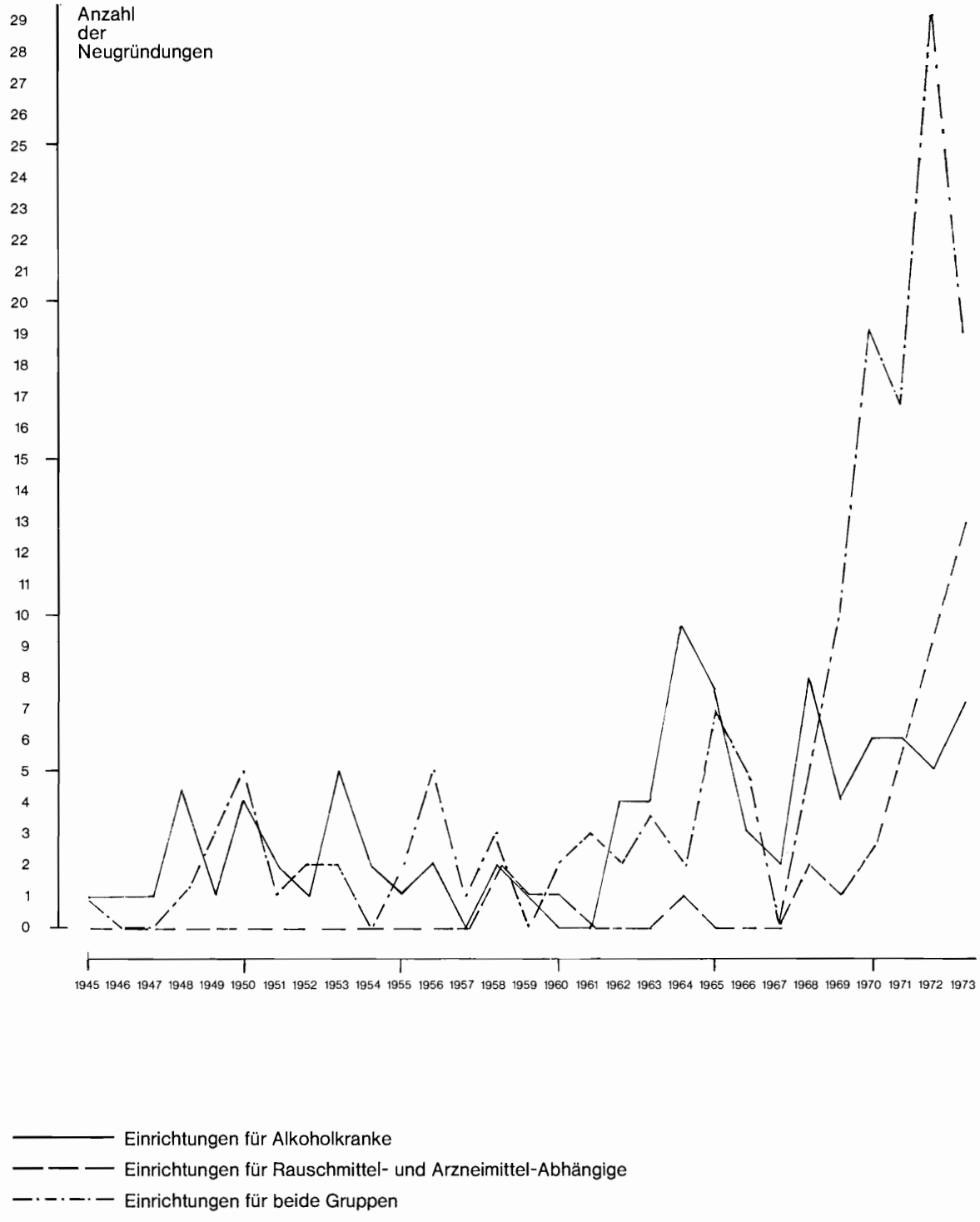
	N	Antwort von N	vor 1925	1925 bis 1929	1930 bis 1934	1935 bis 1939	1940 bis 1944	1945 bis 1949	1950 bis 1954	1954 bis 1959
Universitäts-Polikliniken	14	11		2						
PLK-Ambulanzen	4	3	1							
Öffentliche Beratungsstellen	101	97	3	1	2			9½	15	6
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	47	36						1	1	1
Konfessionelle Beratungsstellen	152	143	3			2	1	7	8	8
Selbsthilfegruppen u. ä.	15	15								
Summe ...	333	305	7	3	2	2	1	17½	24	15

Tabelle 39

1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
		1	1	1½	3½			2	2		2	1	1	
				2	3		1	1		1		1		
		3	3	6	3	3	1	5	2	5	4	3	6	
		4	4	9½	7½	3	2	8	4	6	6	5	7	
1														
											1			1
				1				2		1½	½	3	5	½
											2	1	4	
										1	1	2	3	½
									1		1	3	1	
1				1				2	1	2½	5½	9	13	2
		1				1							1	
1	2	1		1	3			2½		5	5½	3	7	1
					1				1	3	3	8	3	
1	1		3½	1	3	4		2	9	11	5	14	8	
											3	4		2
2	3	2	3½	2	7	5		4½	10	19	16½	29	19	3
1		1				1							1	
											1			1
1	2	2	1	3½	6½			6½	2	6½	8	7	13	1½
				2	2		1	1	1	4	5	10	7	
1	1	3	6½	7	6	7	1	7	11	17	10	19	17	½
									1		4	7	1	2
3	3	6	7½	12½	14½	8	2	14½	15	27½	28	43	39	5

Abbildung 1

Neugründung von ambulanten Einrichtungen für Suchtkranke seit 1945



5. Personal

Die in den ambulanten Einrichtungen therapeutisch tätigen Mitarbeiter wurden in Tabelle 40 tabuliert.

Die Gliederung der Tabelle ist dieselbe wie die der entsprechenden Tabelle 21 für stationäre Einrichtungen. Auch im ambulanten Bereich arbeiten in den erfaßten Institutionen etwa 300 Ärzte und 158,5 Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Auch die Gesamtzahl der therapeutisch Beschäftigten liegt mit 2 388 Mitarbeitern nur wenig unter der der stationären Einrichtungen. Diese Zahlen müßten allerdings durch die als größer zu erwartende Dunkelziffer der ambulanten Einrichtungen und die geringere Rücklaufrate der Fragebogen eigentlich zunächst korrigiert werden. Die Mitarbeiterzahl in den stationären und ambulanten Einrichtungen ist in Tabelle 41 gegenübergestellt worden.

Ein teils beträchtliches Übergewicht bei den ambulanten Diensten von Sozialarbeitern, Exusern und Laienhelfern ist offenbar und entspricht der Struktur und Funktion dieser Einrichtungen. Der Mangel an Soziologen erscheint erstaunlich.

Tabelle 40

Personal mit therapeutischer Tätigkeit (ausgenommen ist Verwaltungs-, Hauspersonal, etc.) in ambulanten Einrichtungen für die Beratung/Betreuung von Abhängigen, am 1. März 1974

Tabelle 40 a

Ambulante Einrichtungen	Fragebogen erhalten; davon Personalfragen beantwortet		Psychiatrische Fachärzte				sonstige Ärzte			
	nein	ja (hiervon Daten)	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Universitäts-Polikliniken	2	12	6,5	5,5	38	50	—	5	—	5
PLK-Ambulanz	1	3	4	2	2	8	—	—	—	—
Öffentliche Beratungsstellen ...	9	92	25,5	16	38	79,5	16	18	33	67
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	—	47	2	4	9	15	1	7	7	15
Konfessionelle Beratungsstellen	10	142	6	—	15	21	14	3	23	40
Selbsthilfegruppen u. ä.	—	15	—	—	1	1	—	3	—	3
insgesamt ...	22	311	44	27,5	103	174,5	31	36	63	130

Tabelle 40 b

Ambulante Einrichtungen	Psychologen				Pädagogen				Soziologen			
	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Universitäts-Polikliniken	1	4	7	12	—	—	—	—	—	—	—	—
PLK-Ambulanz	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Öffentliche Beratungsstellen ...	3	22,5	25	50,5	—	2	5	7	1	2	—	3
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	4	7	7	18	—	6	4	10	—	1	1	2
Konfessionelle Beratungsstellen	7	8	19	34	1	2	6	9	1	—	—	1
Selbsthilfegruppen u. ä.	—	3	1	4	—	4	3	7	—	2	—	2
insgesamt ...	15	46,5	59	120,5	1	14	18	33	2	5	1	8

Tabelle 40 c

Ambulante Einrichtungen	Sozialarbeiter				Beschäftigungstherapeuten				Arbeitstherapeuten			
	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Universitäts-Polikliniken	2	2	3,5	7,5	—	—	—	—	—	—	—	—
PLK-Ambulanz	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Öffentliche Beratungsstellen	90	68	122	280	—	—	2	2	—	2	—	2
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	5	18	18	41	—	2	—	2	1	—	—	1
Konfessionelle Beratungsstellen	82	28	110	220	—	1	1	2	—	—	1	1
Selbsthilfegruppen u. ä.	—	6	4	10	—	2	—	2	—	—	—	—
insgesamt	180	122	258,5	560,5	—	5	3	8	1	2	1	4

Tabelle 40 d

Ambulante Einrichtungen	Krankenpflegeberufe				Geistliche				Exuser			
	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Universitäts-Polikliniken	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—
PLK-Ambulanz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Öffentliche Beratungsstellen	—	—	19	19	—	—	—	—	—	1	—	1
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	3	2	3	8	1	4	7	12	—	35	17	52
Konfessionelle Beratungsstellen	5	1	2	8	17	5	28	50	163	65	19	247
Selbsthilfegruppen u. ä.	—	—	—	—	—	1	2	3	—	11	5	16
insgesamt	8	3	27	38	18	10	37	65	163	112	41	316

Tabelle 40 e

Ambulante Einrichtungen	Laienhelfer				Sonstige			
	A	D	A und D	insgesamt	A	D	A und D	insgesamt
Universitätspolikliniken	1	—	—	1	—	—	2	2
PLK-Ambulanz	—	2	—	2	—	2	—	2
Öffentliche Beratungsstellen	23	12	7	43	15	8,5	9	32,5
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	65	14	12	91	75	21	23	119
Konfessionelle Beratungsstellen	278	83	136	497	30	—	17	47
Selbsthilfegruppen u. ä.	—	32	39	71	—	24	21	45
insgesamt	368	143	194	705	120	55,5	72	247,5

Tabelle 40 f

Ambulante Einrichtungen	Alle Mitarbeiter Summe			
	A	D	A und D	insgesamt
Universitäts-Polikliniken	10,5	16,5	53,5	80,5
PLK-Ambulanz	5	8	3	16
Öffentliche Beratungsstellen	174,5	149	241	564,5
Andere nichtkonfessionelle Beratungsstellen	157	121	108	386
Konfessionelle Beratungsstellen	603	197	377	1 177
Selbsthilfegruppen u. ä.	—	88	76	164
insgesamt	950	579,5	858,5	2 388

A = für Alkohol-Kranke
D = für Rauschmittel- und Arzneimittel-Abhängige
A und D = für beide Gruppen gemeinsam; nicht zu trennen

Tabelle 41

Personal-Vergleich zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen für die Pflege, Betreuung und Beratung von Abhängigen, am 1. März 1974

Berufe, Tätigkeiten	Anzahl der Mitarbeiter		
	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Einrichtungen	insgesamt
Psychiatrische Fachärzte	220	174,5	394,5
Sonstige Ärzte	80	130	210
Psychologen	134	120,5	254,5
Pädagogen	36	33	69
Soziologen	18	8	26
Sozialarbeiter	172	560,5	732,5
Beschäftigungs-Therapeuten	103	8	111
Arbeits-Therapeuten	187	4	191
Krankenpfleger	1 108	38	1 146
Geistliche	85	65	150
Exuser	86	316	402
Laienhelfer	84	705	789
Sonstige Mitarbeiter	224	247,5	471,5
insgesamt	2 537	2 408	4 945

Schlußbemerkungen

Die hier vorgelegten Daten stellen nach unserer Kenntnis den ersten Versuch einer ins einzelne gehende Erfassung der Behandlung und Betreuung von Suchtkranken und Mißbrauchern aller verschiedenen Mißbrauchssubstanzen im Gesamtgebiet der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlins dar.

Von einer Wertung der dargebotenen Daten und von einer verarbeitenden Interpretation der aus ihnen ablesbaren Ergebnisse wird an diesem Orte ausdrücklich Abstand genommen, um einer Meinungsbildung nicht vorzugreifen.

Einige Antworten treten klar hervor, eine Reihe von Fragen bleibt offen, andere Fragen wieder müssen aus den Ergebnissen neu gestellt werden. Wegen des steten Wandels auf diesem Gebiet, und wegen des neuerdings rasch angestiegenen Tempos dieser Wandlungen, ist eine vollständige Erfassung solcher Daten allein schon kaum je möglich.

Der Kollaborationswille der einzelnen Gruppen von Einrichtungen war zwar sehr unterschiedlich, er war jedoch in einzelnen Gruppen so ausgezeichnet, daß für sie vollständige oder nahezu vollständige Daten vorgelegt werden konnten.

Erhöhten Wert erhalten solche Daten erst von einer Wiederholung der Befragung in vernünftig erscheinenden Zeitabständen, die eine Beurteilung der Entwicklung ermöglicht. Es soll hier nicht verfehlt werden, eine solche Wiederholung anzuregen und dringend zu befürworten.

Die Möglichkeiten zu intensiverer und detaillierterer Befragung der Einrichtungen waren leider außerordentlich begrenzt. Die Begrenzung war teilweise freiwillig und kam aus der Erkenntnis, daß ein eingehenderer Fragebogen durch sein Volumen und das geforderte Arbeitsmaß in vielen Fällen die Beantwortung vereitelt hätte. Es mußte auch bedacht werden, daß neben einer allgemeinen Fragebogenscheu gerade bei manchen dieser befragten Einrichtungen Abwehr gegen Befragung ausgelöst wurde, zumal deren Personal in der Bearbeitung solcher Erhebungen nicht oder nur unzureichend geschult war. Es ergab sich ein Kompromiß in Form eines Erhebungsinstrumentes, das von einer möglichst großen Zahl von Einrichtungen möglichst vollständig beantwortet werden konnte. Rückblikkend glauben wir, daß etwa die obere Toleranzgrenze erreicht war.

Die Befragung wurde ferner dadurch erschwert, daß viele der befragten Einrichtungen unter keinerlei amtlicher Kontrolle stehen, durch die ein Rücklauf der Fragebogen hätte garantiert werden können. Wir waren ganz auf die freiwillige Mitarbeit der Einrichtungen angewiesen.

Im Laufe der Arbeit ergab es sich, daß ein großer Teil der Einrichtungen, deren Adressen wir ermittelt hatten, ihren Betrieb eingestellt oder die Betreuung Abhängiger aufgegeben hatte. Die Erstellung einer auf neuesten Stand gebrachten Adressenliste der Einrichtungen, die sich mit der Fürsorge und Betreuung von Abhängigen aller Typen beschäftigen, ist daher im Nachgang dieser Studie geplant.

Bleibt uns die angenehme Pflicht, allen denen unseren aufrichtigen Dank auszudrücken, die an der Sammlung dieser Daten in vielfältiger Weise beteiligt waren.

Die gegenwärtige Situation in der Nachsorge der aus stationärer Behandlung entlassenen Drogenabhängigen („Schwundproblematik")

von

L. Barth, A. Huhn, W. Keup, I. Marckwort

Gliederung

1 **Einleitung, Zielsetzung der Untersuchung**

2 **Untersuchungsmethode**

2.1 Klientel

2.2 Erhebungsinstrumente

2.3 Vorgang der Erhebung

3 **Ergebnisse der Untersuchung aus der Krankengeschichte**

3.1 Struktur der Patientengruppen

3.2 Soziale Schicht der Untersuchten

3.3 Bisherige Ausbildung

3.3.1 Berufstätigkeit vor der Krankenhausaufnahme

3.3.2 Berufstätigkeit vor der Krankenhausaufnahme in Beziehung gesetzt zum Ausbildungsniveau

3.4 Dauer des bisherigen Mittelkonsums

3.5 Vorangegangene stationäre und ambulante Vorbehandlung bzw. Vorbetreuung

4 **Stationäre Behandlung**

4.1 Verweildauer

4.2 Juristische Grundlage der Unterbringungen

4.3 Therapieformen in der Klinik

4.4 Überweisungen in Nachbehandlung bzw. Nachbetreuung

4.5 Wohnungs- und Arbeitsplatzvermittlung

5 **Schicksal der Patienten nach der Entlassung**

5.1 Direkte Informationen („Schwundpatienten")

5.2 Fremdinformationen

5.3 Regelmäßigkeit der Nachbehandlung, aufgesuchte Institutionen

5.4 Regelmäßigkeit der Nachbetreuung, aufgesuchte Institutionen

5.5 Arbeitsaufnahme

5.6 Rückfälligkeit

5.7 Benutzung auch anderer Suchtmittel

5.8 Mißbrauchsbedingte Störungen im katamnestischen Zeitraum

5.9 Suchtbedingte Straffälligkeit

6 **Zusammenfassung**

7 **Schlußfolgerungen**

1 Einleitung, Zielsetzung

Bei insgesamt 100 Drogenabhängigen (50 je Klinik) und 50 Medikamentenabhängigen (25 je Klinik), die in einem bestimmten Zeitraum aus dem Rheinischen Landeskrankenhaus Bonn und der Städtischen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin entlassen worden waren, wurde der Versuch unternommen, sie wieder aufzufinden und nachzuuntersuchen.

Der katamnestische Zeitraum beträgt ein Jahr (± vier Monate).

Der eigentliche Untersuchungsauftrag galt der Gruppe der Rauschmittelabhängigen, während die Untersuchung der Arzneimittelabhängigen zum Vergleich hinzugefügt wurde.

Der Untersuchung zugrunde gelegt wurde die allgemein geltende Einteilung:

Abhängigkeit von

Alkohol

Arzneimitteln

Rauschmitteln etc.

Drogen

chemischen Stoffen

Das Projekt soll Aufschluß darüber bringen, inwieweit sämtliche angewandten therapeutischen Maßnahmen, also nicht nur die stationäre Behandlung, sondern auch die Vor- bzw. Nachbetreuung und -behandlung effizient waren und wie viele der Patienten trotz eingehender Bemühungen nicht mehr auffindbar waren („Schwundproblematik").

Von besonderer Bedeutung sind daher die Antworten auf folgende Fragen:

1.1 Wieviele der Patienten wurden vorbetreut bzw. -behandelt und durch wen geschah dies?

1.2 Wieviele der Patienten wurden nachbetreut bzw. nachbehandelt und durch wen?

1.3 Wieviele wurden rückfällig?

1.4 Wieviele mußten innerhalb des katamnestischen Zeitraumes wieder stationär behandelt werden?

1.5 Wieviele litten im katamnestischen Zeitraum an suchtbedingten körperlichen oder psychischen Störungen? Wurden diese Störungen ausreichend behandelt?

1.6 Wieviele wurden suchtbedingt straffällig?

1.7 Wie hoch ist der Anteil derer, die unauffindbar blieben?

2 Untersuchungsmethode

2.1 Klientel

Die aus dem Entlassungszeitraum stammenden Patienten wurden in Form einer unausgelesenen Stichprobe der Untersuchung zugeführt (random sample). Die Entlassungsdiagnosen gehörten sämtlich den ICD-Nummern 304.0 bis 304.9 an.

Als *Drogenabhängige* werden im folgenden Patienten bezeichnet, die Opium-Alkaloide und deren Derivate, synthetische Analgetica mit morphinähnlicher Wirkung, Cocain, Haschisch und Marihuana, Halluzinogene, Weckamine und/oder industrielle Lösungsmittel konsumierten.

Als *Medikamentenabhängige* gelten diejenigen, die Barbiturate, andere Schlafmittel, Beruhigungsmittel, nicht morphinähnlich wirkende Schmerzmittel sowie deren Kombinationspräparate gebrauchten.

Diese Einteilung bzw. Abgrenzung erfolgte nach bestem Wissen, im wesentlichen nach der Haupt-Mißbrauchssubstanz bei Polytoxikomanie, zeitlich nach dem letztbenutzten Hauptmittel.

2.2 Erhebungsinstrumente

Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe eines semistandardisierten Interviews; der *Datenerfassung* und -auswertung diente ein Fragebogen mit insgesamt 92 Fragenkomplexen. Die Fragen enthielten bis zu zehn mögliche Alternativ-(Ja/Nein)-Antworten, wobei gelegentlich Mehrfachantworten möglich waren und einzelne Antworten im Klartext aufgeführt wurden.

Der *Fragebogen* gliederte sich in drei Abschnitte:

a) *Daten aus der Krankengeschichte:* Angaben zur Person, Alter, Geschlecht, Familienstand, Sozialschicht, Ausbildung, Berufsstand, ferner zur Dauer der Suchtkrankheit und evtl. anderer psychischer Leiden, über die vorangegangenen stationären und ambulanten Behandlungen bzw. Betreuungen, schließlich Daten zur jetzigen stationären Behandlung wie Einweisungsmodus, Dauer der Behandlung, Diagnose, Überweisung zur Nachbehandlung und Nachbetreuung, Wohnungs- und Arbeitsplatzvermittlung.

b) *Daten zur Nachbehandlung und Nachbetreuung im katamnestischen Zeitraum:* Arbeits- und Lebensverhältnisse, Art und Häufigkeit der Nachbehandlung bzw. -betreuung und deren Beurteilung durch den Patienten und/oder seine Umgebung, Art und Form etwa wieder aufgetretenen Mittelmißbrauchs, evtl. Tod im katamnestischen Zeitraum.

c) *Auftreten von mißbrauchsbedingten Störungen im katamnestischen Zeitraum:* Art der Störungen, Art der Behandlung, evtl. Wiederaufnahme in stationäre Behandlung, suchtbedingte Delinquenz.

2.3 Vorgang der Erhebung

Die Untersuchung wurde von eigens dafür ausgewählten Mitarbeitern (Ärzten, Psychologen) durchgeführt.

Es soll nicht versäumt werden, an dieser Stelle Herrn Diplompsychologen Weber, Berlin, Frau Dr. Schnurr, Frau Sozialarbeiterin Daners, Herrn Dr. Bimpong-Buta, Herrn Dr. Müller, Herrn Dr. Roberz, sämtlich Bonn, besonderen Dank für die mühevolle Arbeit auszusprechen.

Um die Patienten wieder aufzufinden und von ihnen selbst oder ihren Bezugspersonen *Informationen* über ihr Verhalten im katamnestischen Zeitraum zu erhalten, wurde wie folgt vorgegangen:

a) Die Patienten erhielten unter ihrer Entlassungsadresse die schriftliche Bitte, sich mit den Untersuchern in Verbindung zu setzen;

b) die Entlassungsadressen wurden aufgesucht, wenn sich der Patient nicht gemeldet hatte, um ihn selbst doch noch sprechen zu können oder von der Umgebung (Familie, Nachbarn) etwas über seinen Verbleib zu erfahren;

c) Behörden (etwa Gesundheitsämter, Polizeidienststellen, Bewährungshelfergruppen) wurden befragt, ob sie Kenntnis über das weitere Ergehen noch nicht aufgefundener Patienten hätten und auch in Justizvollzugsanstalten wurde nachgeforscht;

d) um Drogenabhängige oder deren Freunde zu treffen, wurde die „Szene" aufgesucht, d. h. Jugendlokale, Drogenumschlagplätze o. ä.

3 Ergebnisse der Untersuchung (aus der Krankengeschichte)

Um eine bessere Übersicht über das umfangreiche Datenmaterial zu erreichen, werden die zusammengefaßten Ergebnisse im folgenden in tabellarischer Form dargestellt.

3.1 Struktur der Patientengruppen

Zu nächst wird in Tabelle 1 ein Überblick über die *Struktur der beiden Patientengruppen* gegeben (N = 150)

Tabelle 1

Angaben zu den Personengruppen

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Zahl der entlassenen Patienten	100	50
Altersgruppen:		
unter 15 Jahren	1	—
15 bis 19 Jahre	25	—
20 bis 25 Jahre	58	5
26 bis 30 Jahre	10	1
31 bis 35 Jahre	4	10
36 bis 40 Jahre	—	7
41 bis 45 Jahre	2	13
46 bis 50 Jahre	—	6
über 50 Jahre	—	8
Durchschnittsalter in Jahren	22,0	40,5
Männliche Patienten	86	18
Weibliche Patienten	14	32
Familienstand:		
ledig	90	13
verheiratet	7	23
getrennt/geschieden/verwitwet	3	14

Die Erhebung bestätigte, was schon aus früheren Untersuchungen bekannt ist: Das Durchschnittsalter der Medikamentenabhängigen ist mit 40,5 Jahren fast doppelt so hoch wie das der Drogenabhängigen (22,0 Jahre). 94 % der Drogenabhängigen waren bis 30 Jahre alt, während 88 % der Medikamentenabhängigen über 30 Jahre alt waren.

Verheiratet waren bei den Drogenabhängigen nur 7 % gegenüber 46 % der Medikamentenabhängigen. Ein Einfluß des Alters auf dieses Verhältnis ist offenbar.

Auch die Geschlechtsverteilung erwies sich als typisch: Bei den Drogenabhängigen überwogen die männlichen Patienten mit 86 %, bei den Medikamentenabhängigen die weiblichen mit 64 %.

3.2 Soziale Schicht der Untersuchten

Die *soziale Schicht* der Patienten wurde eingeschätzt nach der Ausbildung (bei Frauen gegebenenfalls nach dem Beruf des Ehemannes, bei Minderjährigen nach dem des Vaters bzw. des Erziehungsberechtigten.

Tabelle 2

Schichtzugehörigkeit

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Soziale Schicht		
Unterschicht	37	21
unter Mittelschicht	38	18
obere Mittelschicht	16	8
Oberschicht	9	3

Die Unterschicht (z. B. Arbeiter, Angestellter in sehr einfacher Tätigkeit) und die untere Mittelschicht (z. B. Facharbeiter, Vorarbeiter, Handwerker, Beamter oder Angestellter in bescheidener Position) waren in beiden Gruppen praktisch gleich stark vertreten: Drogenabhängige = 75 %, Medikamentenabhängige = 78 %.

3.3 Bisherige Ausbildung

Die bisherige Ausbildung der Patienten läßt sich aus der Tabelle 3 ablesen:

Tabelle 3

Ausbildungsniveau

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Ausbildung		
Schüler	9	—
Lehrlinge/Studenten	10	1
abgeschlosse Berufsausbildung	31	26
abgebrochene Berufsausbildung	33	4
keine Berufsausbildung	17	19

Noch in Ausbildung befanden sich 19 % der Drogenabhängigen, jedoch nur 2 % der Medikamentenabhängigen. Keine bzw. eine abgebrochene Berufsausbildung hatten 50 % der Drogenabhängigen und 46 % der Medikamentenabhängigen.

Eine Berufsausbildung abgeschlossen hatten 31 % der Drogenabhängigen und 52 % der Medikamentenabhängigen.

3.3.1 Berufstätigkeit vor der Krankenhausaufnahme

Zur Zeit der Krankenhausaufnahme ergab sich für die *Berufstätigkeit* folgende Verteilung:

Tabelle 4

Berufliche Tätigkeit vor der Aufnahme

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Berufsstand (z. Z. der Aufnahme)		
in Ausbildung	11	1
ungelernter/angelernter Arbeiter	16	12
Facharbeiter	19	8
Angestellter	6	9
Beamter	—	—
Selbständiger	1	1
Rentner/Pensionär	—	4
Gelegenheitsarbeiter („Jobber")	16	1
ohne Beruf	31	14

Nach eigenen Angaben gingen 42 % der Drogenabhängigen und 60 % der Medikamentenabhängigen einer Berufstätigkeit nach, während 47 % der Drogenabhängigen und 30 % der Medikamentenabhängigen ohne Beruf waren oder nur Gelegenheitsarbeiten verrichteten.

3.3.2 Berufstätigkeit vor der Krankenhausaufnahme in Beziehung gesetzt zum Ausbildungsniveau

In Tabelle 5 wird die *Berufstätigkeit vor der Krankenhausaufnahme in Beziehung gesetzt zum Ausbildungsniveau.*

Tabelle 5

Fragen des beruflichen Abstiegs

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Vgl. jetziger Beruf — Ausbildung		
unter Ausbildungsniveau	22	3
im Ausbildungsniveau ..	29	26
über Ausbildungsniveau ..	—	—
kein Vergleich möglich, da keine Berufstätigkeit	48	21
gänzlich unbekannt	1	—

Bei der Auswertung ergab sich, daß nur 29 % der Drogenabhängigen, aber 52 % der Medikamentenabhängigen entsprechend ihrem Ausbildungsniveau tätig waren.

3.4. Dauer des bisherigen Mittelkonsums

Einen Überblick über die *Dauer des bisherigen Mittelkonsums* gibt Tabelle 6.

Tabelle 6

Gesamtdauer des bisherigen Mittelkonsums

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Konsumdauer		
bis zu 1 Jahr	8	9
1 bis 2 Jahre	30	9
3 bis 5 Jahre	56	18
6 bis 10 Jahre	5	8
11 bis 15 Jahre	—	3
über 15 Jahre	1	3

Die meisten Patienten (86 % der Drogenabhängigen und 54 % der Medikamentenabhängigen) waren zwischen ein und fünf Jahren mittelabhängig, wobei die Konsumdauer im Zeitraum zwischen drei und fünf Jahren überwog (56 bzw. 36 %). Bei den Medikamentenabhängigen nahmen 28 %, bei den Drogenabhängigen 6 % länger als fünf Jahre ihre Suchtmittel zu sich.

3.5 Vorangegangene stationäre und ambulante Vorbehandlung bzw. Vorbetreuung

Tabelle 7 gibt Auskunft über *vorangegangene stationäre und ambulante Vorbehandlungen bzw. Vorbetreuung.*

Tabelle 7

Vorbehandlung bzw. Vorbetreuung

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Früher in psychiatrischer stationärer Behandlung ..	76	39
Ambulant vorbehandelt	36	35
Ambulant vorbetreut	54	20

Der Anteil der Patienten, die sich schon früher in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden hatten, ist in beiden Gruppen fast gleichmäßig hoch: Drogenabhängige = 76 %, Medikamentenabhängige = 78 %. Ambulant vorbehandelt wurde hingegen unterschiedlich: Drogenabhängige 36 %, Medikamentenabhängige 70 %.

Ambulant vorbetreut (etwa durch Gesundheitsamt, Suchtberatungsstelle. Selbsthilfegruppe o. ä.) wurden 54 % der Drogenabhängigen und 40 % der Medikamentenabhängigen.

4 Stationäre Behandlung

Während die bisher aufgeführten Daten und Tabellen sich auf Angaben zur Vorgeschichte bezogen, wird im folgenden auf die *stationäre Behandlung* eingegangen.

4.1 Verweildauer

Angaben über die *Verweildauer* im Krankenhaus finden sich in Tabelle 8.

17 % der Drogenabhängigen und 16 % der Medikamentenabhängigen befanden sich lediglich ein bis sieben Tage in der Klinik. Die häufigste Verweildauer lag zwischen ein und sechs Wochen (47 % Drogenabhängige, 58 % Medikamentenabhängige). Über einen Zeitraum zwischen sieben und 26 Wochen wurden 26 % der Drogenabhängigen und 32 % der Medikamentenabhängigen behandelt, während länger (bis zu zwei Jahren) nur 10 % der Drogenabhängigen in der Klinik blieben.

Tabelle 8

Verweildauer in der Klinik

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Behandlungsdauer		
1 bis 7 Tage	17	8
1 bis 6 Wochen	47	29
7 bis 12 Wochen	13	9
13 bis 26 Wochen	13	7
7 bis 12 Monate	7	—
1 bis 2 Jahre	3	—

4.2 Juristische Grundlage der Unterbringungen

Die *juristische Grundlage* der stationären Behandlungen geht aus Tabelle 9 hervor.

Tabelle 9

Einweisungsmodus

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Zwangsunterbringung	72	22
Freiwillig	28	28

72 % der Drogenabhängigen, aber nur 44 % der Medikamentenabhängigen waren nach den Bestimmungen des BGB oder des StGB untergebracht, die übrigen hatten sich freiwillig in Behandlung begeben.

4.3 Therapieformen in der Klinik

Die verschiedenen Formen der in der Klinik durchgeführten *Therapie* sind aus Tabelle 10 ersichtlich.

Tabelle 10

Stationäre Therapie

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Psychoparmaka	54	28
Beschäftigungstherapie	36	15
Arbeitstherapie	19	4
Psychotherapie verschiedene Formen	6	7

54 % der Drogenabhängigen und 56 % der Medikamentenabhängigen wurden mit Psychopharmaka behandelt. Beschäftigungstherapie wurde bei 36 % der Drogenabhängigen und 30 % der Medikamentenabhängigen eingesetzt, Arbeitstherapie bei 19 % der Drogenabhängigen und 4 % der Medikamentenabhängigen, während die verschiedenen Formen der Psychotherapie (Einzel-, Gruppen-, Verhaltens-, Familientherapie u. a.) nur bei 6 % der Drogenabhängigen und 14 % der Medikamentenabhändigen Anwendung fanden.

4.4 Überweisungen in Nachbehandlung bzw. Nachbetreuung

Tabelle 11 zeigt auf, in wievielen Fällen *Überweisung in Nachbehandlung bzw. Nachbetreuung* erfolgte.

Tabelle 11

Überweisung bei Entlassung

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
In Nachbehandlung überwiesen	40	22
In Nachbetreuung überwiesen	54	27

In Nachbehandlung (Hausarzt, Nervenarzt, Ambulanz) überwiesen wurden nur 40 % der Drogenabhängigen und 44 % der Medikamentenabhängigen, zur Nachbetreuung (Gesundheitsamt, Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe o. ä.) jeweils 54 %.

4.5 Wohnungs- und Arbeitsplatzvermittlung

Weiterführende Maßnahmen wie *Wohnungs- und Arbeitsplatzvermittlung* durch die Kliniken erfolgte bei den Drogenabhängigen nur in 4 % der Fälle, bei den Medikamentenabhängigen überhaupt nicht.

5 Schicksal der Patienten nach der Entlassung

Die folgenden Angaben beziehen sich auf den katamnestischen Zeitraum und geben Auskunft über das *Schicksal der Patienten nach der Entlassung*.

5.1 Direkte Informationen („Schwundpatienten")

Zunächst gibt Tabelle 12 Aufschluß über die Art der von den Patienten *direkt erhaltenen Information* und die Anzahl der nicht mehr Auffindbaren *(„Schwundpatienten")*.

Tabelle 12

Informationen durch Patienten selbst

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Interview	58	25
Telefonische Information	7	—
Schriftliche Information	3	—
Verstorben	4	—
Nicht erreicht	28	25

Mit 58 % der Drogenabhängigen und 50 % der Medikamentenabhängigen konnte ein Interview geführt werden. Nach den uns vorliegenden Informationen sind im katamnestischen Zeitraum 4 % der Drogenabhängigen *verstorben*. *Nicht erreichbar* (unauffindbar) blieben 28 % der Dogenabhängigen und 50 % der Medikamentenabhängigen.

5.2 Fremdinformationen

Tabelle 13 verdeutlicht die Art der gewonnenen *Fremdinformationen*.

Nur über 20 % der Drogenabhängigen und über 22 % der Medikamentenabhängigen ließ sich überhaupt nichts in Erfahrung bringen.

Tabelle 13

Informationen *) über Patienten durch Andere

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Keine Informationen	20	11
Angehörige	16	13
Arzt/Krankenhaus	23	33
Suchtberatung/Selbsthilfegruppe	12	1
Polizei/Justiz	24	1
Bekannte/Freunde	24	—

*) Mehrfachangaben waren möglich

5.3 Regelmäßigkeit der Nachbehandlung bzw. Nachbetreuung

In Tabelle 14 wird die *Regelmäßigkeit der Nachbehandlung in Beziehung gesetzt zu den von den Patienten aufgesuchten therapeutischen Einrichtungen.*

Von den Drogenabhängigen machten 59 %, von den Medikamentenabhängigen 64 % von der Möglichkeit einer Nachbehandlung Gebrauch. Die Patienten (Drogenabhängige wie Medikamentenabhängige) suchten vorwiegend den Hausarzt auf und zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unregelmäßig oder selten. Nervenärzte wurden von beiden Gruppen kaum konsultiert.

Tabelle 14

Regelmäßigkeit der Nachbehandlung in Beziehung gesetzt zu den Nachbehandlungseinrichtungen

Regelmäßigkeit der Nachbehandlung	Hausarzt		Nervenarzt		Krankenhaus/ Ambulanz		insgesamt	
	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
unregelmäßig	22	7	2		3		27	7
8 bis 14 Tage		4	6	3	7	1	13	8
1 × Monat		4	1	2	1		2	6
1 × Quartal	1	1		1			1	2
seltener	15	9			1		16	9
insgesamt	38	25	9	6	12	1	59	32

5.4 Regelmäßigkeit der Nachbetreuung, aufgesuchte Institutionen

Tabelle 15 zeigt die *Regelmäßigkeit der Nachbetreuung in Beziehung gesetzt zu den von den Patienten aufgesuchten Institutionen.*

Tabelle 15

Regelmäßigkeit der Nachbetreuung in Beziehung gesetzt zu den Institutionen

Regelmäßigkeit der Nachbetreuung	Selbsthilfegruppe		Suchtberatung		Sozialarbeiter		Gesundheitsamt		insgesamt	
	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
unregelmäßig	10	1	6		7	1	14	6	37	8
8 bis 14 Tage	4	1	6		4		1	1	15	2
1 x Monat	2		4		2	1	2		10	1
1 x Quartal								1		1
seltener	7		3		4		13	14	27	14
insgesamt	23	2	19		17	2	30	22	79	26

69 % der Drogenabhängigen und 66 % der Medikamentenabhängigen wurden nachbetreut, einige sogar von mehreren Stellen gleichzeitig oder alternierend. Die Tabelle weist nur die am häufigsten in Anspruch genommenen Möglichkeiten aus; dabei lagen die Gesundheitsämter mit 30 Nennungen bei Drogenabhängigen und 22 bei Medikamentenabhängigen an der Spitze. Drogenabhängige suchten auch in 23 Fällen Selbsthilfegruppen, in 19 Fällen Suchtberatungsstellen und in 17 Fällen Sozialarbeiter auf, während lediglich vier Medikamentenabhängige von solchen Möglichkeiten Gebrauch machten. Wie schon bei den Nachbehandlungen blieben auch die Nachbetreuungen meist unregelmäßig bzw. selten (bei den Drogenabhängigen 64 von 79, bei den Medikamentenabhängigen 22 von 26 Nennungen).

5.5 Arbeitsaufnahme

Ob und wann im katamnestischen Zeitraum eine *Arbeitsaufnahme* erfolgte, geht aus Tabelle 16 hervor.

Nicht erfaßt wurden hierbei Schüler und Studenten. Mit Sicherheit nahmen 37 % der Drogenabhängigen und 40 % der Medikamentenabhängigen keine Berufstätigkeit auf. Innerhalb von 6 Monaten arbeiteten 26 % der Drogenabhängigen und 22 % der Medikamentenabhängigen, 3 bzw. 4 % nahmen später noch eine Beschäftigung an.

Tabelle 16

Arbeitsaufnahme nach der Entlassung

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Arbeitsaufnahme nach		
0 bis 7 Tagen	9	2
1 bis 4 Wochen	7	7
1 bis 6 Monaten	10	2
nach 6 Monaten	3	2
keine Arbeitsaufnahme	37	20
unbekannt	29 **)	17

**) Nicht erfaßt sind Schüler und Studenten

5.6 Rückfälligkeit

In der Tabelle 17 wird die Häufigkeit der *Rückfälligkeit* im katamnestischen Zeitraum dargestellt.

Tabelle 17

Rückfälligkeit im katamnestischen Zeitraum

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
nicht rückfällig	10	9
rückfällig	75	29
unbekannt	15	12

Die Untersuchung ergab, daß 75 von 100 der Drogenabhängigen und 58 von 100 der Medikamentenabhängigen mit Sicherheit rückfällig wurden. Lediglich 10 % der Drogenabhängigen und 18 % der Medikamentenabhängigen blieben frei von Suchtmitteln. Das Suchtverhalten der übrigen ließ sich nicht in Erfahrung bringen.

5.7 Benutzung auch anderer Suchtmittel

Die Tabelle 18 läßt erkennen, in welchem Umfang die beiden Patientengruppen auch *andere Suchtmittel* konsumierten.

Tabelle 18

Von den Abhängigen benutzte bzw. mitbenutzte Suchtmittel (polytroper Mittelkonsum)

	vor Aufnahme	nach Entlassung
Drogenabhängige		
Drogen	100	82
Alkohol	63	61
Medikamente	63	50
Medikamentenabhängige		
Medikamente	50	27
Alkohol	42	27
Drogen	1	3

63 % der Drogenabhängigen nahmen auch Alkohol und/oder Medikamente vor der Klinikaufnahme zu sich, im katamnestischen Zeitraum nahmen nur noch 50 % Medikamente und 61 % Alkohol auf. Die Medikamentenabhängigen benutzten vor der Aufnahme in 2 % Drogen und in 84 % Alkohol, im katamnestischen Zeitraum betrugen die entsprechenden Zahlen 6 % bzw. 54 %.

5.8 Mißbrauchsbedingte Störungen im katamnestischen Zeitraum

Wie Tabelle 19 ausweist, ist bei den beiden Patientengruppen im katamnestischen Zeitraum eine Vielzahl *mißbrauchsbedingter Störungen* aufgetreten.

Tabelle 19

Mißbrauchsbedingte Störungen im katamnestischen Zeitraum

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Art der aufgetretenen Störungen **)		
psychisch	41	20
internistisch	43	14
sonstige	2	4

**) Mehrfachantworten waren möglich

Auch hier waren Mehrfachantworten möglich.

41 % der Drogenabhängigen und 40 % der Medikamentenabhängigen litten unter psychischen Störungen, bei 43 % der Drogenabhängigen und 28 % der Medikamentenabhängigen traten internistische, bei 2 % der Drogenabhängigen und 8 % der Medikamentenabhängigen sonstige (z. B. chirurgische) Komplikationen auf.

Betrachtet man die Tabelle 19 a, so ist offensichtlich die *Behandlung mißbrauchsbedingter Störungen* unzulänglich geblieben, wenn man bedenkt, daß 21 % der Drogenabhängigen überhaupt nicht behandelt wurden (1 % der Medikamentenabhängigen) und 19 % der Drogenabhängigen sowie 24 % der Medikamentenabhängigen den Hausarzt zu Rate zogen. Nur wenige (3 % Drogenabhängige und 10 % Medikamentenabhängige) suchten einen Nervenarzt auf, 3 % der Drogenabhängigen einen anderen Facharzt, 6 % der Drogenabhängigen und 2 % der Medikamentenabhängigen begaben sich in ein allgemeines Krankenhaus, 3 % der Drogenabhängigen und 6 % der Medikamenten kehrten zur entlassenden Institution zurück.

Tabelle 19a

Behandlung mißbrauchsbedingter Störungen im katamnestischen Zeitraum

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
keine Behandlung	21	1
Hausarzt	19	12
Nervenarzt	3	5
sonstiger Facharzt	3	—
allg. Krankenhaus	6	1
entlassende Institution	3	3
anderes Krankenhaus	2	2

5.9 Suchtbedingte Straffälligkeit

Suchtbedingte Straffälligkeit im katamnestischen Zeitraum wird in Tabelle 20 ausgewiesen.

Tabelle 20

Suchtbedingte Delinquenz im katamnestischen Zeitraum

	Drogenabhängige	Medikamentenabhängige
Straffälligkeit		
keine	32	40
vorhanden aber nicht verfolgt	17	2
schwebende Verfahren	17	2
abgeurteilt durch Geldbuße	—	1
abgeurteilt durch Freiheitsstrafe	17	—
Widerruf von Bewährungsfrist	1	—
unbekannt	16	5

Soweit bekannt wurde, sind 32 % der Drogenabhängigen und 80 % der Medikamentenabhängigen nicht delinquent geworden. 17 % der Drogenabhängigen und 4 % der Medikamentenabhängigen wurden straffällig, ohne daß dies offenbar wurde. Bei 16 % der Drogenabhängigen und 10 % der Medikamentenabhängigen blieb das Legalverhalten unbekannt, bei den übrigen schwebten zum Zeitpunkt der Untersuchung noch Verfahren oder waren bereits Verurteilungen erfolgt bzw. der Widerruf einer Bewährungsfrist verfügt.

6 Zusammenfassung

Betrachtet man die vorgelegten Untersuchungsergebnisse über unausgewählte Gruppen von 100 Drogen- und 50 Medikamentenabhängigen, die in einem bestimmten Zeitraum 1972/73 aus dem Rheinischen Landeskrankenhaus Bonn und der Städtischen Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin entlassen worden sind, so ergibt sich, daß im „katamnestischen Zeitraum" (ein Jahr ± vier Monate) 20 % der Drogenabhängigen und 22 % der Medikamentenabhängigen nicht mehr aufgefunden werden konnten, d. h. es kam trotz intensiver Bemühungen weder ein direkter Kontakt mit ihnen zustande noch konnten irgendwelche Fremdinformationen über sie erhalten werden (sogenannte „Schwundproblematik").

Die Angaben, die die Wiederaufgefundenen machten, lassen erkennen, daß sowohl die Vorbetreuung und -behandlung als auch die Nachbetreuung und -behandlung unzulänglich blieben, und daß ebenso die stationäre Therapie in den meisten Fällen keinen Erfolg zeitigte.

Mindestens 75 % der Drogenabhängigen und 58 % der Medikamentenabhängigen wurden rückfällig. Mit einiger Sicherheit blieben aber nur 10 % der Drogenabhängigen und 18 % der Medikamentenabhängigen nach der Klinikentlassung frei von Suchtmitteln.

4 % der Drogenabhängigen sind im katamnestischen Zeitraum verstorben, und zwar sämtlich an direkten oder indirekten Folgen des Mittelmißbrauchs.

Die Kliniken überwiesen nur 40 % der Drogenabhängigen und 44 % der Medikamentenabhängigen in ärztliche Nachbehandlung und jeweils 54 % in irgendeine Form der Nachbetreuung. 59 % der Drogenabhängigen und 64 % der Medikamentenabhängigen begaben sich in Nachbehandlung, vorwiegend beim Hausarzt, aber die Behandlungen fanden in der Mehrzahl der Fälle unregelmäßig und selten statt. Ähnlich verhielt es sich bei den tatsächlich erfolgten Nachbetreuungen: 69 % der Drogenabhängigen und 66 % der Medikamentenabhängigen machten von einer solchen Möglichkeit Gebrauch, allerdings ebenfalls unregelmäßig und selten. Die Nachbetreuungen oblagen in der Mehrzahl der Fälle den Gesundheitsämtern, die sicherlich nicht ausreichend für diese Aufgabe ausgestattet sind.

Mehr als die Hälfte der Untersuchten beider Gruppen benutzten vor der Aufnahme neben ihrem bevorzugten Suchtmittel auch andere psychotrope Substanzen, so die Drogenabhängigen auch Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel und Weckamine, die Medikamentenabhängigen vorwiegend Alkohol. Nach der Klinikentlassung ging der polytrope Mittelkonsum unerheblich zurück.

Infolge des Mittelmißbrauchs erkrankte fast die Hälfte aller Abhängigen im katamnestischen Zeitraum an psychischen und/oder körperlichen Störungen, die entweder gar nicht oder unzulänglich behandelt wurden, wenn man von der geringen Zahl absieht, die fachärztliche Hilfe oder Krankenhausbehandlung in Anspruch nahmen.

Nur 32 % der Drogenabhängigen sind im katamnestischen Zeitraum mit einiger Sicherheit nicht delinquent geworden, demgegenüber stehen 78 % der Medikamentenabhängigen.

37 % der Drogenabhängigen und 40 % der Medikamentenabhängigen nahmen im katamnestischen Zeitraum keine Arbeitstätigkeit auf, soweit es sich in Erfahrung bringen ließ.

Die untersuchte Klientel, die sich aus jungen Drogenabhängigen und älteren Medikamentenabhängigen zusammensetzt, entstammt zu ¾ der sozialen Unter- und unteren Mittelschicht. Nur 31 % der Drogenabhängigen und 52 % der Medikamentenabhängigen hatten eine Berufsausbildung abgeschlossen, 47 % der Drogenabhängigen und 30 % der Medikamentenabhängigen waren zur Zeit der Klinikaufnahme ohne Beruf oder verrichteten Gelegenheitsarbeiten. Lediglich 29 % der Drogenabhängigen und 52 % der Medikamentenabhängigen waren entsprechend ihrem Ausbildungsniveau tätig.

7 Schlußfolgerungen

Will man die Behandlungs- und Betreuungsergebnisse verbessern, so muß man sich sicherlich rechtzeitig und intensiv der Gefährdeten, die jetzt überwiegend aus den sozial niedrigen Schichten stammen, annehmen und präventive Maßnahmen ausarbeiten; z. B. nicht nur Information, sondern auch Gruppenarbeit mit Labilen und Gestörten, die es rechtzeitig zu erkennen gilt, muß entwickelt werden.

Die Vorbehandlung und -betreuung derjenigen, die bereits Mittelkonsum betreiben, muß intensiviert und von Fachkräften durchgeführt werden. Ebenso gilt es, die Nachbetreuung und -behandlung auszubauen und kompetente Stellen hierfür einzusetzen, ohne die jede stationäre Behandlung Stückwerk bleiben muß.

Die stationäre Therapie muß im psychotherapeutischen Bereich ausgebaut werden, denn die bisher üblichen Maßnahmen der konventionell arbeitenden Nervenklinik sind sicherlich nicht geeignet, das Suchtverhalten der Abhängigen effektiv zu beeinflussen, insbesondere wenn die Nachbehandlung und Nachbetreuung nicht gesichert sind bzw. unzulänglich bleiben.

Die hier untersuchten Gruppen von Mittelabhängigen wurden mit wenigen Ausnahmen nur körperlich entzogen, während ihre psychische Abhängigkeit von den Suchtmitteln weiter bestand, ohne daß geeignete weiterführende Maßnahmen der psychischen Entwöhnung zur Verfügung standen, die sich mit dieser Variante des Suchtproblems befassen konnten. Zur Zeit sind Hausärzte und Gesundheitsämter mit einer solchen Aufgabe betraut und überfordert.

Setzt man die vor dem Untersuchungszeitraum erfolgten stationären psychiatrischen Behandlungen der Probanden mit denen im katamnestischen Zeitraum in Bezug, so drängt sich der Begriff der „Drehtürpsychiatrie" auf: Es läßt sich erwarten, daß — wenn keine Behandlungskette eingerichtet wird — die Mittelabhängigen immer wieder in die Klinik eingewiesen werden müssen, solange Nachbetreuung und Nachbehandlung insuffizient bleiben. Dieses Problem ist seit langem auch aus der Behandlung von Alkoholikern bekannt.

Die hohe Zahl von „Schwundpatienten" ($^1/_5$ aus jeder Gruppe) spricht dafür, daß die Nachsorgeeinrichtungen unfähig waren oder nicht zum Zuge kamen, um die aus den Kliniken Entlassenen aufzufangen — dabei darf aber nicht übersehen werden, daß die Kliniken in einer Vielzahl der Fälle überhaupt keine Überweisungen an Nachsorgeeinrichtungen vornahmen.

Gestufte und erfolgreiche Resozialisierung ist bisher nur in einigen Einrichtungen mit ausgewähltem Patientengut möglich (nur Freiwillige, die unter erheblichem Leidensdruck stehen), müßte aber auch unter ungünstigen Bedingungen (Zwangseinweisung, Behandlungsunwilligkeit) verbessert werden können. Dazu ist zur Zeit nötig ein qualifizierteres Behandlungsangebot, das die Motivation zur Abkehr vom Suchtverhalten hervorzurufen imstande ist.

Könnte man bessere stationäre sowie Vor- und Nachsorgeeinrichtungen anbieten, wäre die Anzahl derer, die sich freiwillig einer Behandlung unterziehen und sie auch durchhalten würden, sicherlich höher, als es jetzt der Fall ist. Es wäre allerdings gewiß illusorisch, zu erwarten, daß man eine Erfolgsquote von 100 % erreichten könnte. Sucht ist eine psychische Störung, die auf kürzestem Wege momentane Bedürfnisbefriedigung verschafft. Es wird auch beim besten Behandlungsangebot immer einige geben, die sich jeder Therapie gegenüber als unzugänglich erweisen. Diese Zahl aber auf ein Minimum zu reduzieren, sollte Anliegen aller derer sein, die mit dem Drogenproblem befaßt sind — Therapeuten, Betreuer und nicht zuletzt die Instanzen, die die Behandlungseinrichtungen zu finanzieren helfen.

Dazu ist es notwendig, die Einrichtung von Fachkliniken und Fachambulanzen, die engere Zusammenarbeit aller mit der Behandlung von Suchtkranken befaßten Stellen und vor allem die Verstärkung der Nachsorgeeinrichtungen, die die gestufte Ausführung aus der einengenden Klinikbehandlung auf dem Weg über die Nachsorge in die völlige Freiheit gewährleisten, mit Nachdruck zu betreiben. Kaum einem Süchtigen gelingt der Sprung aus der Einengung in der Klinik in die Anforderungen des täglichen Lebens ohne den Rückgriff auf süchtiges Verhalten, also den Rückfall, sobald sich Belastungssituationen ergeben, wenn nicht tatkräftige Hilfe und psychische Führung zur Verfügung stehen.

Überblick über die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Europa

von

Dr. A. R. May †

Regional Officer for Mental Health
Regional Office for Europe
World Health Organization
Kopenhagen, Dänemark

I. Einleitung

Das in diesem Überblick verwendete Material wurde aus mehreren Quellen zusammengestellt. Hauptsächlich aber auf den Ergebnissen eines Fragebogens, der vom Europabüro der Weltgesundheitsorganisation durchgearbeitet und von den zentralen Behörden von 30 Mitgliedstaaten der Region in den Jahren 1970 bis 1972 so gut als möglich ergänzt wurde. Die Genauigkeit der Angaben weist Mängel auf, wie sie von einer internationalen Untersuchung dieser Art zu erwarten sind, besonders, wenn sie Dienste umfassen, die in weit voneinander abweichenden sozialen und ökonomischen Bedingungen wurzeln und die während ihrer Entwicklung verschiedenen historischen und traditionellen Einflüssen ausgesetzt waren. Dies macht Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern nicht nur schwierig, sondern sogar fragwürdig. Darüber hinaus erschweren das Fehlen standardisierter Kriterien und einer standardisierten Terminologie, z. B. im Hinblick auf die Organisation und die Funktionen der Einrichtungen und auf Ausbildung und Qualifikation des Personals, die Vergleichsmöglichkeiten. Schließlich finden sich Lücken und Mängel in den der jeweiligen Regierung zur Verfügung stehenden Informationen, so daß in vielen Fällen nur ungefähre Schätzungen oder Annäherungen anstelle detaillierter Angaben treten können. Dies trifft besonders für Daten über extramurale, ambulante oder poliklinische Dienste zu und beeinträchtigt nicht nur die Qualität der Information, inwieweit die Patienten diese Einrichtungen benutzen, sondern läßt auch keine genauen Angaben über die Anzahl, Qualifikation und Verteilung des Personals zu. Fast die einzigen, einigermaßen genauen und vollständigen Zahlen sind über psychiatrische Krankenhäuser und ihre Dienste zu erhalten.

Die oben formulierten Vorbehalte treffen natürlich nicht im selben Ausmaß auf nationale (im Gegensatz zu internationalen) Berichte zu, bei denen die Anwendung einheitlicher nationaler Kriterien und die Erhebung spezieller Daten Qualität und Verwendbarkeit die Information verbessern können. Dennoch muß man sich vergegenwärtigen, daß die WHO-Untersuchung nur solche Antworten auf einfache grundsätzliche Fragen suchte, die man als Minimalvoraussetzungen für Planung und Organisation nationaler Dienste ansehen kann. Die Schwierigkeiten sind natürlich für die nationalen Behörden föderalistisch verfasster Länder und dort, wo die Privatpraxis einen erheblichen Anteil des jeweiligen nationalen Dienstes ausmacht, größer. Letzlich wird jedoch die Datensammlung auf jeder Verwaltungsebene von der Effektivität der zu diesem Zweck geschaffenen Einrichtung und von der Gebundenheit an die speziellen Informationskanäle abhängen.

Trotz der Mängel, die dem jeweiligen Gesundheitsinformationssystem anhaften, bemühten sich alle Länder ernsthaft, den Fragebogen des Regionalbüros so vollständig wie möglich zu beantworten.

Außer auf diese Hauptinformationsquelle stützt sich der vorliegende Bericht auf Kenntnisse über die Situation in vielen europäischen Ländern, die bei persönlichen Diskussionen mit den für das Vorgehen und die Verwaltung dieser Dienste Verantwortlichen und aus den Berichten der WHO-Gutachter und temporären Berater gewonnen wurden.

II. Organisation und Verwaltung von Diensten

Die Struktur des psychiatrischen Gesundheitsdienstes wird von vielen Faktoren bestimmt, insbesondere von geographischen, sozialen, ökonomischen, politischen, kulturellen und historischen Faktoren. Diese nationalen Charakteristika formen nicht nur die endgültige Gestalt der Dienste, sondern beeinflussen auch ihre Entwicklung. Nichtsdestoweniger müssen wir daran denken, daß alle Länder trotz der Eigenart ihrer nationalen Dienste die gleichen Probleme bei der Versorgung und im Umgang mit denjenigen Bevölkerungsteilen haben, die zweifellos psychisch krank oder behindert sind. So kommt es, daß in weiten Bereichen beim Umgang mit den schwereren Formen der Geisteskrankheit oder schweren geistigen Behinderung oft eine überraschende Ähnlichkeit der Maßnahmen verschiedener Regierungen festzustellen ist. Nur im Detail, wie beim Abstecken des Zuständigkeitsbereichs und im Ausmaß der Versorgung der leichteren Erkrankungen oder beim Festsetzen der Grenzen der psychiatrischen Zuständigkeit in Randbezirken des öffentlichen Gesundheitsinteresses, wo medizinische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt erscheinen können, unterscheiden sich die Länder wesentlich. Die *Qualität* der Versorgung der Geisteskranken wirft

jedoch noch andere Fragen auf. Entsprechende Antworten muß man in den Prioritäten suchen, die den psychiatrischen Gesundheitsdiensten in der nationalen Wohlfahrtspolitik zugestanden werden und in der öffentlichen Bereitschaft, fachlichen Rat bezüglich therapeutischer Entwicklungen und der Bedürfnisse der Gemeinden anzunehmen.

Wie immer die organisatorische Struktur beschaffen sein mag, jede hat positive und negative Seiten. Stark zentralisierte Verwaltungen, z. B. solche, die für alle psychiatrischen Gesundheitsbelange, einschließlich Ernennung und Verteilung des Personals, zuständig sind, können auf der Grundlage standardisierter nationaler oder regionaler Daten leicht umfassend planen. Dieses streng kontrollierte System vermag jedoch leicht örtliche Initiativen und Experimente zu entmutigen und sich als so unflexibel erweisen, daß es technischen Fortschritt verhindert und Entscheidungen verzögert. Jedenfalls wird in einem solchen System der Fortschritt gleichmäßig über das ganze behördliche Zuständigkeitsgebiet auf dem Niveau des am wenigsten entwickelten Teiles gehalten. Andererseits können dezentralisierte, locker organisierte Systeme hervorragende Orts- oder Gemeindedienste hervorbringen, die man jedoch unmöglich in nationalem Umfang reproduzieren kann, weil der dafür nötige Verwaltungsapparat fehlt. Beispiele dieser beiden Verwaltungssysteme sind in *Tabelle 1* aufgeführt.

Tabelle 1

Zuständigkeitsbereich der Behörden für die Verwaltung von Diensten für psychiatrische Patienten in 31 europäischen Ländern [1])

Land	besondere Gruppen		
	Geisteskrankheit	Kinder und Jugendliche	Alterskranke
Algerien	öffentliches Gesundheitswesen Regionale Gesundheitsbehörde	öffentliches Gesundheitswesen Nationales Erziehungsministerium	öffentliches Gesundheitswesen
Österreich		Bezirksabteilung für Gesundheitsfürsorge	
Belgien [2])	öffentliches Gesundheitswesen Arbeitsministerium	öffentliches Gesundheitswesen Erziehungsministerium Arbeitsministerium	öffentliches Gesundheitswesen
Bulgarien	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium Sozialfürsorge Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium und Sozialfürsorge
Tschechoslowakei	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium und Sozialfürsorge
Dänemark	Innenministerium Bezirks- und Stadtbehörden	Innenministerium Bezirks- und Stadtbehörden	Innenministerium Bezirks- und Stadtbehörden
Bundesrepublik Deutschland	Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Staatsministerien für öffentliches Gesundheitswesen	Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Staatsministerien für öffentliches Gesundheitswesen	Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Staatsministerien für öffentliches Gesundheitswesen
Finnland	Ministerium für Soziales und Gesundheit private und freie Körperschaften	Ministerium für Soziales und Gesundheit private und freie Körperschaften	Ministerium für Soziales und Gesundheit

[1]) Wenn nichts anderes vermerkt wird, bedeutet Gessundheitsministerium das *nationale* Gesundheitsministerium und Erziehungsministerium das *nationale* Erziehungsministerium usw.

[2]) Behörden mit eindeutiger Zuständigkeit auf der nationalen Ebene.

Tabelle 1

von geistesgestörten Patienten			geistig Behinderte	Sammlung statistischer Daten
Alkoholiker	Drogensüchtige	Straffällige		
öffentliches Gesundheitswesen Regionale Gesundheitsbehörde		öffentliches Gesundheitswesen	öffentliches Gesundheitswesen Regionale Gesundheitsbehörde	öffentliches Gesundheitswesen Regionale Gesundheitsbehörde
Bezirksabteilung für Gesundheitsfürsorge	Bezirksabteilung für Gesundheitsfürsorge	Justiz	Bezirksabteilung für Gesundheitsfürsorge	Bezirksabteilung für Gesundheitsfürsorge (für geistig Behinderte)
öffentliches Gesundheitswesen	öffentliches Gesundheitswesen	öffentliches Gesundheitswesen Justiz	öffentliches Gesundheitswesen Erziehungsministerium Arbeitsministerium	öffentliches Gesundheitswesen Arbeitsministerium
Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium und Sozialfürsorge Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium
Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Innenministerium	Gesundheitsministerium Innenministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium und Sozialfürsorge Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium und Sozialfürsorge
Innenministerium Bezirks- und Stadtbehörden Justiz private Körperschaften	Innenministerium Bezirks- und Stadtbehörden private Körperschaften	Justiz	Nationale Wohlfahrtsbehörde	Gesundheitsministerium
Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Staatsministerien für öffentliches Gesundheitswesen	Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Staatsministerien für öffentliches Gesundheitswesen	Bundesministerium für Justiz Staatsministerien für Justiz	Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Staatsministerien für öffentliches Gesundheitswesen	Statistisches Bundesamt Statistische Staatsbehörde
Ministerium für Soziales und Gesundheit private und freie Körperschaften	Ministerium für Soziales und Gesundheit private und freie Körperschaften	Ministerium für Soziales und Gesundheit Justiz	Ministerium für Soziales und Gesundheit Erziehungsministerium Hilfsorganisation der Nationalkirche private und freie Körperschaften	Ministerium für Soziales und Gesundheit

noch: Tabelle 1

Land	besondere Gruppen		
	Geisteskrankheit	Kinder und Jugendliche	Alterskranke
Frankreich	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit
Griechenland	Sozialfürsorge Soziales Sicherheitsinstitut private und freie Organisationen	Sozialfürsorge Soziales Sicherheitsinstitut private und freie Organisationen	Sozialfürsorge
Ungarn	öffentliches Gesundheitswesen Justizministerium	öffentliches Gesundheitswesen	öffentliches Gesundheitswesen
Island	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Städtische soziale Wohlfahrtsfürsorge
Irland	Gesundheitsministerium Nationale Rehabilitationsbehörde örtliche Gesundheitsbehörden private und freie Körperschaften	Gesundheitsministerium Nationale Rehabilitationsbehörde örtliche Gesundheitsbehörden private und freie Körperschaften	Gesundheitsministerium örtliche Gesundheitsbehörde private und freie Körperschaften
Italien	Provinzregierung	Provinzregierung	Provinzregierung
Luxemburg	öffentliches Gesundheitswesen private Organisationen	öffentliches Gesundheitswesen Nationales Erziehungsministerium Religiöse Orden private Organisationen	öffentliches Gesundheitswesen private Organisationen
Malta	...	...	...
Marokko	Gesundheitsministerium freie Körperschaften	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium

... keine Daten erhältlich

noch: Tabelle 1

von geistesgestörten Patienten			geistig Behinderte	Sammlung statistischer Daten
Alkoholiker	Drogensüchtige	Straffällige		
Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit	Justiz	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit Erziehungsministerium	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit Nationales Institut für Gesundheit und medizinische Forschung
Sozialfürsorge private und freie Organisationen	Sozialfürsorge	Sozialfürsorge Justiz	Sozialfürsorge Soziales Sicherheitsinstitut Erziehungsministerium private und freie Organisationen	Sozialfürsorge Soziales Sicherheitsinstitut Erziehungsministerium private und freie Organisationen
öffentliches Gesundheitswesen Justizministerium		öffentliches Gesundheitswesen Justizministerium	öffentliches Gesundheitswesen	öffentliches Gesundheitswesen Erziehungsministerium
Gesundheitsministerium Städtische soziale Wohlfahrtsfürsorge	Gesundheitsministerium	Justizministerium	Gesundheitsministerium Erziehungsministerium Hilfsvereinigung für geistig Behinderte	Gesundheitsministerium
Gesundheitsministerium örtliche Gesundheitsbehörde private und freie Körperschaften	Gesundheitsministerium örtliche Gesundheitsbehörde private und freie Körperschaften	Gesundheitsministerium Erziehungsministerium Justizministerium örtliche Gesundheitsbehörde	Gesundheitsministerium Nationale Rehabilitationsbehörde Erziehungsministerium örtliche Gesundheitsbehörde private und freie Körperschaften	Gesundheitsministerium Erziehungsministerium Medizinisch-soziale Forschungsbehörde örtliche Gesundheitsbehörde
Provinzregierung		Justizministerium	Provinzregierung Erziehungsministerium	Provinzregierung Gesundheitsministerium
öffentliches Gesundheitswesen private Organisationen	öffentliches Gesundheitswesen private Organisationen	Justizministerium	öffentliches Gesundheitswesen Nationales Erziehungsministerium Religiöse Orden private Organisationen	öffentliches Gesundheitswesen Nationales Erziehungsministerium (für geistig Behinderte) private Organisationen
...	...	...	...	...
Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Justizministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium

noch: Tabelle 1

Land	besondere Gruppen		
	Geisteskrankheit	Kinder und Jugendliche	Alterskranke
Niederlande	Sozial- und öffentliches Gesundheitswesen private Körperschaften	Sozial- und öffentliches Gesundheitswesen Justizministerium private Körperschaften	Sozial- und öffentliches Gesundheitswesen private Körperschaften
Norwegen	Gesundheits- und Sozialministerium freie Körperschaften	Gesundheits- und Sozialministerium freie Körperschaften	Gesundheits- und Sozialministerium freie Körperschaften
Polen	Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge Bund für die Zusammenarbeit der Behinderten	Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge Erziehungsministerium Justizministerium	Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge
Portugal	Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt Religiöse Orden private und freie Körperschaften	Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt	
Rumänien	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium
Spanien	PANAP [3]) Erziehungsministerium Arbeitsministerium Provinzbehörden private und freie Körperschaften	PANAP Erziehungsministerium Provinzbehörden private und freie Körperschaften	Provinzbehörden private und freie Körperschaften
Schweden	Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt Bezirksrat	Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt Bezirksrat	Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt Bezirksrat örtliche Behörden

[3]) Nationales „patronato" für psychiatrische Hilfe (PANAP): Sie verfügt nur über 3 000 von 40 000 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern.

noch: Tabelle 1

von geistesgestörten Patienten			geistig Behinderte	Sammlung statistischer Daten
Alkoholiker	Drogensüchtige	Straffällige		
Sozial- und öffentliches Gesundheitswesen Justizministerium Ministerium für Kultur, Erholung und Sozialarbeit private Körperschaften	Sozial- und öffentliches Gesundheitswesen Justizministerium	Sozial- und öffentliches Gesundheitswesen Justizministerium	Sozial- und öffentliches Gesundheitswesen Ministerium für Kultur, Erholung und Sozialarbeit private Körperschaften	Sozial- und öffentliches Gesundheitswesen Erziehungsministerium Ministerium für Kultur, Erholung und Sozialarbeit
Gesundheits- und Sozialministerium freie Körperschaften	Gesundheits- und Sozialministerium freie Körperschaften	Justizministerium	Gesundheits- und Sozialministerium Erziehungsministerium freie Körperschaften	Gesundheits- und Sozialministerium
Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge freie Körperschaften		Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge Justizministerium	Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge Erziehungsministerium Bund für die Zusammenarbeit der Behinderten	Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge Erziehungsministerium Justizministerium
Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt	Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt	Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt	Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt Religiöse Orden private und freie Körperschaften	...
Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Innenministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium Arbeitsministerium
PANAP Erziehungsministerium Provinzbehörden private und freie Körperschaften	PANAP Erziehungsministerium Arbeitsministerium Justizministerium Provinzbehörden private und freie Körperschaften	Justizministerium	PANAP Erziehungsministerium Provinzbehörden private und freie Körperschaften	PANAP
Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt Nationale Behörde für Erziehung Nationale Behörde für Umerziehung Bezirksrat örtliche Behörden	Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt Nationale Behörde für Erziehung Nationale Behörde für Umerziehung Bezirksrat örtliche Behörden	Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt Nationale Behörde für Umerziehung	Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt Nationale Behörde für Erziehung Bezirksrat	Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt

noch: Tabelle 1

Land	besondere Gruppen		
	Geisteskrankheit	Kinder und Jugendliche	Alterskranke
Schweiz	Kanton Fachliche Vereinigungen private Körperschaften	Kanton örtliche Gesundheitsbehörden fachliche Vereinigungen private Körperschaften	Kanton örtliche Gesundheitsbehörden fachliche Vereinigungen private Körperschaften
Türkei	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Erziehungsministerium freie Körperschaften	
Großbritannien (England und Wales)	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit Ministerium für Erziehung und Wissenschaft Innenministerium	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit
Großbritannien (Nordirland)	Ministerium für innere Angelegenheiten Krankenhausbehörde örtliche Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörden private Körperschaften	Krankenhausbehörde örtliche Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörden Erziehungsministerium	Krankenhausbehörde örtliche Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörden
Großbritannien (Schottland)	Gesundheits- und Innenministerium örtliche Krankenhausbehörden Verwaltungsbehörden Erziehungsministerium (Abteilung für Sozialarbeit) örtliche Behörden kirchliche Behörden	Gesundheits- und Innenministerium örtliche Krankenhausbehörden Verwaltungsbehörden Erziehungsministerium (Abteilung für Sozialarbeit) örtliche Behörden	Gesundheits- und Innenministerium örtliche Krankenhausbehörden Verwaltungsbehörden Erziehungsministerium (Abteilung für Sozialarbeit) örtliche Behörden kirchliche Behörden
UdSSR	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Ministerium für Sozialfürsorge der Republiken
Jugoslawien	Gesundheitsministerium Wohlfahrtsministerium	Gesundheitsministerium Wohlfahrtsministerium	Gesundheitsministerium Wohlfahrtsministerium

noch: Tabelle 1

von geistesgestörten Patienten			geistig Behinderte	Sammlung statistischer Daten
Alkoholiker	Drogensüchtige	Straffällige		
Kanton örtliche Gesundheitsbehörden fachliche Vereinigungen private Körperschaften	Kanton fachliche Vereinigungen private Körperschaften	Kanton fachliche Vereinigungen private Körperschaften	Kanton örtliche Gesundheitsbehörden fachliche Vereinigungen private Körperschaften	Kanton örtliche Gesundheitsbehörden
Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium
Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit Innenministerium	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit Ministerium für Erziehung und Wissenschaft Arbeitsministerium private und freie Körperschaften	Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit
Krankenhausbehörde	Krankenhausbehörde	Ministerium für innere Angelegenheiten	Krankenhausbehörde Erziehungsministerium örtliche Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörden	Ministerium für innere Angelegenheiten Krankenhausbehörde
Gesundheits- und Innenministerium örtliche Krankenhausbehörden Verwaltungsbehörden Erziehungsministerium (Abteilung für Sozialarbeit) örtliche Behörden kirchliche Behörden	Gesundheits- und Innenministerium örtliche Krankenhausbehörden Verwaltungsbehörden Erziehungsministerium (Abteilung für Sozialarbeit) örtliche Behörden	Gesundheits- und Innenministerium örtliche Krankenhausbehörden Verwaltungsbehörden Erziehungsministerium (Abteilung für Sozialarbeit) örtliche Behörden	Gesundheits- und Innenministerium örtliche Krankenhausbehandlung Verwaltungsbehörden Erziehungsministerium (Abteilung für Sozialarbeit) örtliche Behörden kirchliche Behörden	Gesundheits und Innenministerium örtliche Krankenhausbehörden Verwaltungsbehörden Erziehungsministerium (Abteilung für Sozialarbeit) örtliche Behörden
Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium	Gesundheitsministerium Ministerium für Sozialfürsorge der Republiken Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium Statistische Zentralstelle
Gesundheitsministerium Wohlfahrtsministerium Justizministerium	Gesundheitsministerium Wohlfahrtsministerium	Wohlfahrtsministerium Justizministerium	Wohlfahrtsministerium Erziehungsministerium	Gesundheitsministerium Wohlfahrtsministerium

Diese Tabelle führt jedes Land der Europa-Region der WHO, die nationalen Behörden und privaten Organisationen auf, die für die Verwaltung von Diensten für Geisteskranke, für verschiedene besondere Patientengruppen und für die Zusammenstellung der statistischen Angaben im Bereich des psychiatrischen Gesundheitswesens zuständig sind. Sie zeigt die beachtliche Anzahl von Behörden, die in jedem Land für die psychiatrischen Gesundheitsdienste zuständig sind, und damit die Ebene der administrativen Entscheidungen. In föderalistisch verfaßten Ländern und in Ländern mit dezentralisierter Verwaltung z. B. ist die Organisation und Kontrolle der Dienste den Provinz- oder Landesbehörden übertragen, wie in Österreich, Dänemark, der Bundesrepublik Deutschland, Italien, Spanien, Schweden, der Schweiz, in Großbritannien und Nordirland. Unter ihnen gibt es jedoch wiederum Unterschiede im Ausmaß der Autonomie der regionalen oder Provinzbehörden gegenüber der Zentralregierung bezüglich der Gesundheitsdienste. Es mag zwar eine umfassende nationale Ähnlichkeit in Übereinstimmung mit nationaler Gesetzgebung und allgemeiner Politik geben, aber durch den Ausbau und die Personalausstattung der Einrichtungen können lokale Behörden eine Kontrolle ausüben, die die Entwicklung der Dienste grundlegend beeinflußt und bis zu einem gewissen Grad auch ihre Qualität. Tatsächlich bestehen die Hauptvorteile, die straff zentralisierten Verwaltungssystemen eigen sind, wahrscheinlich in der Möglichkeit, einheitliche Maßstäbe für einen akzeptablen Dienst für alle Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten und nationale Statistiken zu gewinnen, aus denen sich Prioritäten im Bereich der Planung ergeben können. Die Vorteile zentraler Regierungskontrollen sind natürlich nicht immer gewiß, aber immerhin möglich. In Großbritannien hat es lange gedauert, bis durch die Einführung eines nationalen „Hospital Advisory Service" annehmbare Richtlinien der Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern gesichert wurden. Dieser ist auch für die zentrale Kontrolle der Personalstruktur und -anwerbung für medizinische Fachgebiete und für die gerechte Verteilung der spärlichen Arbeitskräfte zuständig.

Ungeachtet ihrer Verantwortung, die von den verschiedenen Einstellungen zu speziellen Patientengruppen, wie Drogenabhängigen und geistig Behinderten, abhängt, haben die meisten Länder die Kontrolle über ihre psychiatrische Gesundheitspolitik einer autonomen Abteilung ihrer nationalen Gesundheits- oder Wohlfahrtsbehörden übertragen. Einige gemeinsame Züge der nationalen Programme für psychische Gesundheit sind in *Tabelle 2* zusammengefaßt. Sie zeigt, daß in anderen Ländern, wie der Bundesrepublik Deutschland, Italien, Spanien und der Schweiz die zentrale Verwaltungskontrolle der Dienste gering ist, was spezielle Probleme bei der Formulierung und Ausführung der nationalen Gesundheitspolitik aufwirft. Die Tabelle zeigt auch, daß staatliche Einrichtungen im Bereich der Psychiatrie besonders die Struktur der Dienste in Osteuropa kennzeichnen und dort eine wichtige Rolle bei der Festlegung der nationalen Politik spielen. Andererseits gibt es Unterschiede in der Größe und so vielleicht im Einfluß und Zuständigkeitsbereich autonomer psychiatrischer Gesundheitsabteilungen in Zentralministerien, die die unterschiedlichen Prioritäten bezüglich der psychischen Gesundheitsfürsorge in den nationalen Gesundheitsdiensten widerspiegeln. Die meisten Länder berichten darüber, daß eine formulierte Darstellung der psychiatrischen Gesundheitspolitik vorliegt, die das psychiatrische Gesundheitsprogramm tragen soll. Wo die Politik im Parlament in Gesetzen oder Verordnungen festgelegt wird (z. B. in Skandinavien, Frankreich), ist die Wahrscheinlichkeit, daß sie auch wirklich beschlossen und innerhalb einer vernünftigen Zeit durchgesetzt wird, größer, als wenn sie nur Gegenstand eines Übereinkommens interessierter Kreise oder der Ausformung fachlicher Ratschläge ist (z. B. Belgien, Italien). Ohne die Mitwirkung und Unterstützung der nationalen politischen Behörden, die konkurrierende Ansprüche ausbalancieren und die Durchführbarkeit von Programmen angesichts der ökonomischen Möglichkeiten, der Verteilung der Arbeitskräfte und der nationalen Entwicklungspläne abschätzen können, wird die Durchsetzung der Politik sehr wahrscheinlich verzögert oder begrenzt.

Aus der Vielzahl nationaler Behörden, die für die psychiatrischen Dienste und die Verwaltungsaufgaben zuständig sind, geht hervor, wie dringend erforderlich Koordination auf nationaler Ebene ist (siehe Tabellen 1 und 2). Sogar in stark zentralisierten Ländern, wo alle Gruppen geistig gestörter Patienten in den Zuständigkeitsbereich nur eines Ministeriums fallen, erfordern die sozialen Begleiterscheinungen der Geisteskrankheit zumindest Zusammenarbeit mit nationalen und auch mit örtlichen Sozial- und Wohlfahrtseinrichtungen. An präventiven, kurativen oder rehabilitativen Diensten für Patienten ist im allgemeinen mehr als eine Behörde beteiligt, von der Rekrutierung und der Ausbildung des Personals ganz zu schweigen. Der Informationsmangel und die ihn begleitenden Gefahren zusätzlicher Politik und verzögerter Entscheidungen können die Planung und Funktion der Dienste ernsthaft gefährden. Annähernd die Hälfte der Länder hat in diesem Bericht das Vorhandensein interministerieller oder interdepartmentaler Koordination oder gemeinsamer politischer Ausschüsse angegeben, während die andere Hälfte über keine derartigen Einrichtungen berichtete. Vergleichsstudien in bezug auf die Organisation geronto-psychiatrischer Dienste und die Dienste für geistig Behinderte des Europabüros der WHO scheinen zu bestätigen, daß Teilbereiche des Gesundheitssystems oft ganz unabhängig voneinander arbeiten. Dieses kann ineffizient sein oder eine Vergeudung von Personal bedeuten. Die Entwicklung und Verbesserung von Mechanismen zur Koordination in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten sollte eine der ersten Aufgaben für Planer sein. Die Erstellung adäquaten und relevanten Datenmaterials hängt von dieser Koordination ab.

Tabelle 2

Struktur der nationalen psychiatrischen Gesundheitsprogramme aus 29 europäischen Ländern [1])

Über das Vorhandensein oder Fehlen von acht Faktoren der Struktur psychiatrischer Gesundheitsprogramme der Regierungen

Land	Unabhängige Regierungsabteilungen oder Sektion ist zuständig	formulierte psychiatrische Gesundheitspolitik	beratende Gremien der Planung		Komitees zur Koordination zwischen den Abteilungen, um das Vorgehen zu erleichtern	Regionalisierungsplan für die Verwaltung der Dienste	Evaluation auf der Basis des psychiatrischen Gesundheitsprogramms	Forschungsinstitution der nationalen psychiatrischen Gesundheitsfürsorge
			immer	ad hoc				
Algerien	×	× [2])		×		×	×	
Belgien		× [2])		×		× [3])		
Bulgarien	×	×	×	×	×	×	×	×
Tschechoslowakei	×	×		×		×	×	×
Dänemark	×	×	×	×	×	×	×	
Bundesrepublik Deutschland		× [2])		×		× [4])		×
Finnland	×	×		×	×	×	×	
Griechenland	×	× [2])			×	× [2])		
Ungarn	×	×		×		×	×	×
Island	×			×				
Irland	×	×		×	×			×
Italien		× [2])				×		
Luxemburg	×			×	×			
Malta	×	× [2])				×		
Marokko	×	× [2])	×			×	×	
Niederlande	×	×	×	×	×	×		
Norwegen	×	×		×	×	×	×	×
Polen	×	×	×	×	×	×	×	×
Portugal	×	×	×			×		
Rumänien	×	×	×	×		×	×	×
Spanien	×			×	×			×
Schweden	×	×	×	×	×	×	×	
Schweiz						×		
Türkei	×	×						
Großbritannien England und Wales	×	×	×	×	×	×	×	×
Nordirland	×	×				× [5])	×	× [6])
Schottland	× [7])	×	×	×	×	×	×	×
UdSSR	×	×	×		×	×	×	×
Jugoslawien	×	×	×	×	×	×		×

[1]) Von Österreich und Frankreich liegen keine Angaben vor.
[2]) In Vorbereitung.
[3]) Nur in einigen Landesteilen.
[4]) Regionalisierung nur für psychiatrische Krankenhäuser.
[5]) Ministry of Health and Social Services.
[6]) Forschungsinstitute der Universitäten (auf nationaler Ebene).
[7]) Die psychiatrischen Krankenhäuser werden verwaltet vom Scottish Home and Health Department; die gemeindepsychiatrischen Dienste vom Scottish Education Department.

Tabelle 3

Mitglieder der nationalen freiwilligen Vereinigungen für psychische Gesundheit, aufgeteilt nach Patientengruppen größerer Bedeutung

Land	Gesamtzahl der freiwilligen Vereinigungen	Patientengruppen größerer Bedeutung						
		Geisteskranke [2]	Geistesbehinderte	Kinder und Jugendliche	Alterskranke	Alkoholiker	Drogensüchtige	Straffällige
Algerien	2	2						
Österreich	5	2		1		1	1	
Belgien	13 [3]	6	2			3	1	1
Bulgarien	1					1		
Tschechoslowakei	0							
Dänemark	15	1	1	1	1	4	6	1
Bundesrepublik Deutschland	17	4	3	1	2	4	2	1
Finnland	14	4	1	6	2		1	
Griechenland	9	6		1		2		
Ungarn	0							
Island	5	1	1	1		2		
Irland	5	2	1	1		1		
Luxemburg	5	2 [4]	1 [4]	1		1		
Marokko	1	1						
Niederlande	21	14	1	2			2	1	1
Norwegen	8	4	1	2	1			
Polen	6	4	1			1		
Portugal	10	9	1					
Rumänien	0							
Spanien	11	1	10					
Schweden	7	4				1	1	1
Schweiz	9	7	2					
Türkei	6	6						
Großbritannien								
England und Wales	8	4	1	2	[5]	1	[5]	
Nordirland	5	1	1	1		1	1	
Schottland	7	3		1		3		
UdSSR	1	1						
Jugoslawien	7	1	1	2		3		

[1]) keine Angaben aus Frankreich, Italien, Malta
[2]) Allgemeine psychiatrische Gesundheitsdienste einschließlich Psychohygiene und Fachvereinigungen
[3]) Angaben beziehen nur große nationale Vereinigungen ein.Zusätzlich gibt es noch mehr als 100 örtliche Vereinigungen
[4]) Vereinigungen für Geisteskranke und geistig Behinderte, Erwachsene und Kinder werden nach ihrem Hauptarbeitsgebiet aufgeführt.
[5]) viele örtliche Vereinigungen

Freie Organisationen

Tabelle 3 zeigt die Anzahl der freien psychiatrischen Gesundheitsorganisationen in jedem Land, aufgeschlüsselt nach Patientengruppen, mit denen sie sich hauptsächlich beschäftigen. Die angegebenen Zahlen können nur als Annäherungswerte betrachtet werden, denn natürlich sind Einzelheiten über freie Einrichtungen in einigen Ländern nicht immer leicht in Erfahrung zu bringen. Ein wichtiges Element in der Gesamtversorgung ist der Einfluß der Gemeinden auf Gesundheitsdienste durch freie Einrichtungen. Dies zeugt von öffentlichem Interesse, hilft die öffentliche Einstellung zu ändern und zu steuern und lenkt die Aufmerksamkeit der Behörden auf bestimmte Aspekte der Bedürfnisse von Patienten. Der Arbeitsbereich der freien Einrichtungen erstreckt sich auf eine Vielfalt von Problemen, die von Bedeutung für die Gemeinde und ihre kranken Mitglieder sind, z. B. auf das Gebiet der Öffentlichkeitsarbeit, der Gesundheitserziehung, auf die Bereitstellung von Einrichtungen und deren Ausstattung, der personellen Ausstattung der Dienste und auf die Ausbildung von Aushilfskräften. Das hat zum Ergebnis, daß sie die Möglichkeiten der Gemeinden vergrößern helfen und einen beträchtlichen Anteil zur umfassenden Planung der Dienste beitragen können.

Freie Organisationen haben wahrscheinlich die größte Wirksamkeit auf der Ebene der örtlichen Gemeinden. Dort vertreten sie sehr effektiv die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien, indem sie an die zuständigen Behörden die Forderung stellen, Mängel der Dienste zu beheben, und indem sie die Kluft zwischen fachlicher und gemeindenaher Betrachtung von Gesundheits- und Sozialproblemen überbrücken. Sie sind insbesondere effektiv, indem sie dazu beitragen, soziale Determinanten der psychischen Erkrankung zu erkennen, z. B. indem sie der sozialen Isolation in dafür anfälligen Gruppen entgegenwirken, indem sie soziale Krisen feststellen und indem sie den chronisch Kranken Unterstützung und den Bedürftigen soziale Rehabilitation gewähren.

Mangelnde Koordination der freien Einrichtungen und der offiziellen Dienste verhindert die volle Ausnützung ihres Potentials. Dies ist ein Problem in den meisten Ländern, und man hat dafür verschiedene Lösungen angeboten. In Großbritannien beschäftigen viele Krankenhäuser bezahlte Organisatoren, um freiwillige Helfer bestmöglichst und am effektivsten einzusetzen. In den Niederlanden und anderswo gibt die Regierung Zuschüsse, denn freie Einrichtungen helfen bei der Förderung der Zusammenarbeit zwischen Staatsdiensten und einer Vielzahl von Gemeindeorganisationen. In Norwegen sind freie Organisationen voll in die regionalisierten psychiatrischen Gesundheitsdienste integriert und wirken dort als Interessengruppen, die neue Programme anregen und daneben selbst viele Dienste einrichten, die der Regierungskontrolle unterworfen sind.

Die Gesetzgebung im Bereich der Psychiatrie

Obwohl Einweisungsverfahren unter Einbeziehung der Polizei und des Gerichts häufig dazu führen, daß die Patienten in einem späten Stadium der Erkrankung zur Behandlung kommen, wenn die Aussichten einer effektiven Behandlung bereits schlechter geworden sind, und obwohl dieser gesetzliche Zwang den Patienten stigmatisiert und die Furcht vor der Geisteskrankheit und psychiatrischen Krankenhäusern im öffentlichen Bewußtsein vertieft, werden wahrscheinlich dennoch mindestens ein Viertel der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern in Europa gesetzlich festgehalten. Genaue Zahlen für die Europa-Region fehlen, aber es ist bekannt, daß in einzelnen Ländern der Großteil der Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser je nach der nationalen Gesetzgebung auf Grund entsprechender Bestimmungen untergebracht ist.

In einer Untersuchung, die vom Regional-Büro der WHO im Jahre 1955 durchgeführt wurde, fand man, daß die psychiatrischen Gesundheitsdienste in den meisten europäischen Ländern mit Gesetzen arbeiteten, die um die Jahrhundertwende erlassen wurden. *Tabelle A* zeigt, daß heute 17 europäische Länder Gesetze im Bereich der Psychiatrie haben, die nach 1950 erlassen wurden, und daß einige Länder sogar diese neuen Gesetze revidiert oder modifiziert haben, und zwar in Übereinstimmung mit modernen Konzepten, die den ärztlichen wie den juristischen Aspekt der Einweisung ins Krankenhaus gleichermaßen berücksichtigen und die den Rechten des einzelnen, der betreut werden muß, genauso viel Aufmerksamkeit widmen, wie den Maßnahmen zum Schutz der Gesellschaft. Die neuere Gesetzgebung versucht, den psychiatrischen Patienten die gleiche Stellung wie den Patienten im Allgemeinkrankenhaus zu geben und die Zahl der psychiatrischen Patienten, die zwangsweise zurückgehalten werden müssen, auf ein Minimum zu reduzieren. Die Gesetzgebung für psychisch Kranke muß natürlich der Tatsache Rechnung tragen, daß einige Patienten der Gesellschaft gerade deshalb Schwierigkeiten machen, weil ihre Krankheit ihnen die Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung raubt. In ihrem eigenen Interesse muß für die zwangsweise Behandlung Vorsorge getroffen werden. Andererseits muß die Gesellschaft gegen geistesgestörte Straftäter geschützt werden, und die Bestimmungen für die zwangsweise Einweisung dieser Gruppe sind mehr oder weniger in allen Ländern die gleichen. Über die Frage, ob diese Personengruppe in gesicherten Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser oder in Gefängniskrankenhäusern behandelt wird, sind nur wenige Angaben zu erhalten.

Es gibt eine Entwicklung in Richtung der formlosen Einweisung in psychiatrische Krankenhäuser und der formlosen Entlassung, wie die Beobachtung der jährlichen Statistiken zeigt, z. B. in Großbritannien, den skandinavischen Ländern, in den Niederlanden und einigen Ländern Osteuropas. Diese Entwicklung

Tabelle A

Gesetzgebung auf dem Gebiet der Psychiatrie bezüglich der Zwangseinweisung

Land	bis 1900	1901 bis 1929	1930 bis 1949	1950 bis 1959	1960 +
Österreich				1957	
Belgien	1870 [1])				
Bulgarien					1968 [2])
Tschechoslowakei					1966 [3])
Dänemark			1938		1970 [4])
Finnland				1952	
Frankreich	1838 [5])			1953 [6])	
Deutschland	1898				
Griechenland			1934		
Ungarn					1966
Island			1947		
Irland					1961
Luxemburg	1880				
Marokko				1959	
Niederlande		1929 [7])			
Norwegen					1961
Polen					1969
Portugal					1963
Rumänien					1965
Spanien			1931		
Schweden					1966 [8])
England					1959
Nord-Irland					1961
Schottland					1960
Rußland					1965

[1]) Gesetz von 1850, abgeändert 1870
[2]) 1970 für Alkoholiker und Drogenabhängige
[3]) Gesetz von 1961, abgeändert 1966
[4]) Gesetz von 1969, abgeändert 1970 (geistig Behinderte)
[5]) Spätere Abänderungen
[6]) für Drogenabhängige
[7]) daneben Insanity-Gesetz von 1841, ergänzt 1884 und 1904
[8]) Gesetz für geistig Behinderte 1967

ist zum großen Teil Folge der modernen Gesetzgebung auf dem Gebiet des psychiatrischen Gesundheitswesens, wenn wohl auch folgende Faktoren Einfluß haben könnten: Ausmaß und Art privater psychiatrischer Versorgung, die Angemessenheit des Personals und der Einrichtungen in psychiatrischen Gesundheitsdiensten und das Klima der öffentlichen Meinung.

Allgemeine Schlußfolgerungen

Aus dieser Darstellung der Organisationsstruktur der psychiatrischen Gesundheitsdienste lassen sich gewisse Schlüsse ziehen. Zunächst einmal ist es klar, daß die Struktur eines Landes nicht unbedingt auf ein anderes übertragen werden kann, denn die Form der Dienste ist weitgehend durch die nationalen

Merkmale der politischen, ökonomischen und sozialen Strukturen bestimmt. Dennoch gibt es gewisse Grundlagen, die auf die Verwaltung aller Dienste zutreffen. Da so viele verschiedene Behörden mit Diensten für psychisch Kranke zu tun haben, ist die Koordination der Bemühungen seitens der betroffenen Behörden von größter Wichtigkeit. Die Politik wird zentral bestimmt und stützt sich auf fachlichen Rat, aber die praktische Durchführung der Politik wird zwischen allen interessierten Parteien ausgehandelt. Die Öffentlichkeit muß gewöhnlich auf lokaler Ebene ermutigt werden, sich an der Planung der Dienste für alle Teile der Gemeinde, einschließlich anfälliger Gruppen und derjenige, die sozial abhängig oder benachteiligt sind, zu beteiligen.

Effiziente Organisation hängt von der Sammlung und Analyse einheitlicher Daten ab, während das Aufrechterhalten einer angemessenen Patientenversorgung fachbezogene Ausbildung des Personals und angemessene Kapitalinvestitionen für die Einrichtungen erfordert. Zur Realisierung dieser Ziele bedarf es gewisser zentraler Kontrollen durch die Behörde, die für die Finanzierung und Planung der Dienste verantwortlich ist. Andererseits sollte zu lokalen Experimenten und der Ausschöpfung von Gemeindemitteln ermutigt und nicht durch exzessive Kontrolle behindert werden. Im allgemeinen befürworten alle Länder ein gewisses Maß an Dezentralisierung und die Übertragung der Verantwortung an Ortsbehörden, aber die jetzt zunehmende Bedeutung der psychiatrischen Gesundheitsdienste innerhalb der öffentlichen Gesundheitsdienste zeigt, daß man Entscheidungen über ihre Entwicklung mit der gesamten staatlichen Planung der Gesundheits- und Wohlfahrtssysteme in Beziehung setzen muß. Tatsächlich ist der ständige Wandel der öffentlichen Gesundheitsprobleme — die Betonung liegt jetzt weniger auf akuten und ansteckenden Krankheiten, als vielmehr auf der wachsenden Bedeutung chronischer Leiden mit Rückfallgefahr — für die Zunahme staatlicher Leitung und Kontrolle der psychiatrischen Gesundheitsdienste verantwortlich, die noch bis vor kurzem ein hohes Maß an Autonomie unter der Obhut örtlicher Behörden genossen. Diesen Werdegang kann man z. B. an den nationalen Entwicklungen in Großbritannien, in Frankreich und in Norwegen sehen. Selbst dort, wo die Verantwortung den örtlichen Behörden übertragen wird, ist die Ausweitung oder Modifikation der Dienste der Kontrolle der Zentralregierung unterworfen.

III. Die Struktur der Dienste

Der Fragebogen sollte insbesondere zwei Hauptentwicklungsrichtungen des psychiatrischen Gesundheitswesens in der Europa-Region in den letzten Jahren untersuchen: Erstens die Betonung der extramuralen Einrichtungen als Hauptkomponente der gemeindeorientierten Dienste und zweitens die Entwicklung von speziellen Diensten für ausgewählte Patientengruppen. In Ländern, in denen die Gesundheits- und Sozialdienste weniger gut entwickelt und die ökonomischen Möglichkeiten beschränkt sind, ist die Klassifikation und Unterteilung der Patienten nach Kriterien, wie Alter, Diagnose oder besonderen Bedürfnissen nicht so ausgeprägt wie in Ländern, die großzügig Personal und Einrichtungen zur Differenzierung der Dienste für bestimmte Patientengruppen zur Verfügung stellen können. Personalmangel in Ländern wie Algerien oder Marokko schränkt die Entwicklung extramuraler Dienste noch weiter ein, und die psychiatrische Hauptversorgung bleibt den psychiatrischen Krankenhäusern überlassen, die die Patienten nach Geschlecht und dem Grad der notwendigen Überwachung aufteilen, aber meistenteils keine Rücksicht auf diagnostische Kriterien nehmen. In Ländern mit gut funktionierenden psychiatrischen Gesundheitsdiensten und besonders in Ländern mit gut entwickelten extramuralen Behandlungsmöglichkeiten anstelle der psychiatrischen Krankenhäuser gibt es zunehmend mehr Spezialistendienste, was sich in den Ausbildungsmöglichkeiten für Spezialisten und dem Angebot besonderer Einrichtungen für bestimmte Patientengruppen niederschlägt. Im Interesse der Patienten wäre es wünschenswert, Kinder von Erwachsenen, Behinderte von Psychotikern und akut Kranke von den chronisch Behinderten getrennt zu behandeln. Mit noch besseren finanziellen Mitteln wäre es möglich, noch feiner zu differenzieren, z. B. Spezialdienste für Jugendliche, für geronto- psychiatrische Patienten und für Alkoholiker und Drogensüchtige einzurichten. Das Ausmaß der Differenzierung schwankt von Land zu Land, aber allen scheint diese ein wünschenswertes Ziel zu sein. Dies entspricht auch dem Fortschritt der Wissenschaft und unserem besserem Verständnis für die Bedürfnisse der Patienten.

Differenzierung der Dienste

Da kein Land genaue Angaben machen konnte, in welchem Ausmaß spezielle Patientengruppen in besonderer Behandlung waren, forderte man sie statt dessen auf, eine Schätzung vorzulegen, ob *weniger als 10 %* der spezifischen Patientengruppe, ob *zwischen 11 % und 90 %* oder *mehr als 90 %* in getrennten poliklinischen, tagesklinischen oder stationären Einrichtungen, aufgegliedert nach dem speziellen Zweck, behandelt wurden. Aus den Antworten ergibt sich ein sehr allgemeiner Anhalt, welche Patientengruppen in welchen Ländern so unterschieden werden.

Tabelle 4 und Abbildung 1 fassen die Schätzungen aller Länder nach Patientengruppen und Art der Dienste zusammen. Wie erwartet, hängt der Differenzierungsgrad vom Vorhandensein von Arbeitskräften und Einrichtungen ab. Am weitesten fortgeschritten war er in einer Gruppe von Ländern, wie den Niederlanden, Norwegen, Schweden, der Schweiz und Großbritannien, die auch zu den Ländern mit den meisten Psychiatern und der höchsten Zahl von Betten pro Bevölkerungseinheit gehören. Andererseits berichten Algerien, Marokko, Spanien und die Türkei, wo die Mittel für die psychiatrischen Gesundheitsdienste beschränkt sind, nur von einem niedrigen Anteil spezialisierter Behandlungsmöglichkeiten. In osteuropäischen Ländern spiegelt sich das Bemühen, die extramuralen Dienste auszuweiten und das Arbeitskräftepotential zu vergrößern, in

einer erheblichen Differenzierung der Dienste, besonders für geisteskranke Kinder und Alkoholiker wider.

Die gesonderte Behandlung von *Kindern* ist in Europa weit gediehen und wird stärker gefördert als bei jeder anderen Patientengruppe. Alle Länder melden einen gewissen Stand differenzierter Behandlung an *poliklinischen* Diensten für Kinder, und in mehr als der Hälfte der Länder werden dabei mehr als 90 % der Patienten erfaßt. Es gibt noch 5 Länder, die weniger als 10 % der *stationären* Einrichtungen für Kinder bereitstellen, obwohl in einigen die private psychiatrische Versorgung ein wesentliches Element darstellt. Tagesklinische Dienste sind im allgemeinen überall nur spärlich vertreten.

Die gesonderte Behandlung von Jugendlichen ist weit weniger verbreitet. Sie kommt häufiger in poliklinischen als in stationären Einrichtungen vor. Dies spiegelt wahrscheinlich den gegenwärtigen Trend wider, emotionale Probleme Jugendlicher zu behandeln, während der Patient zu Hause verbleibt, statt ihn stationär aufzunehmen, obwohl ihn das vielleicht zeitweilig aus der belastenden Situation entfernen würde.

Alkoholiker sind die zweite große Gruppe neben den Kindern, für die Sondereinrichtungen sowohl in Krankenhäusern als auch in Polikliniken bestehen. Diese Sondereinrichtungen weisen auf viele Faktoren hin: Alkoholiker sind eine zahlenmäßig wichtige Gruppe in den psychiatrischen Krankenhäusern vieler Länder. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sind manchmal viele Zwangseingewiesene unter ihnen: Viele freie Gemeindedienste widmen ihnen ihre Hauptaufmerksamkeit und können besondere Versorgungs- und Behandlungseinrichtungen stellen. Gesonderte Einrichtungen für Alkoholiker scheinen weniger gut eingeführt zu sein.

Sehr wenige gesonderte Einrichtungen gibt es für *gerontopsychiatrische Patienten*, und die existierenden sind größtenteils stationäre. Es ist nicht bekannt, bis zu welchem Grad körperlich Kranke und chronisch Kranke erfaßt werden. Es ist vielleicht überraschend, daß so wenige Länder über tages-

Tabelle 4

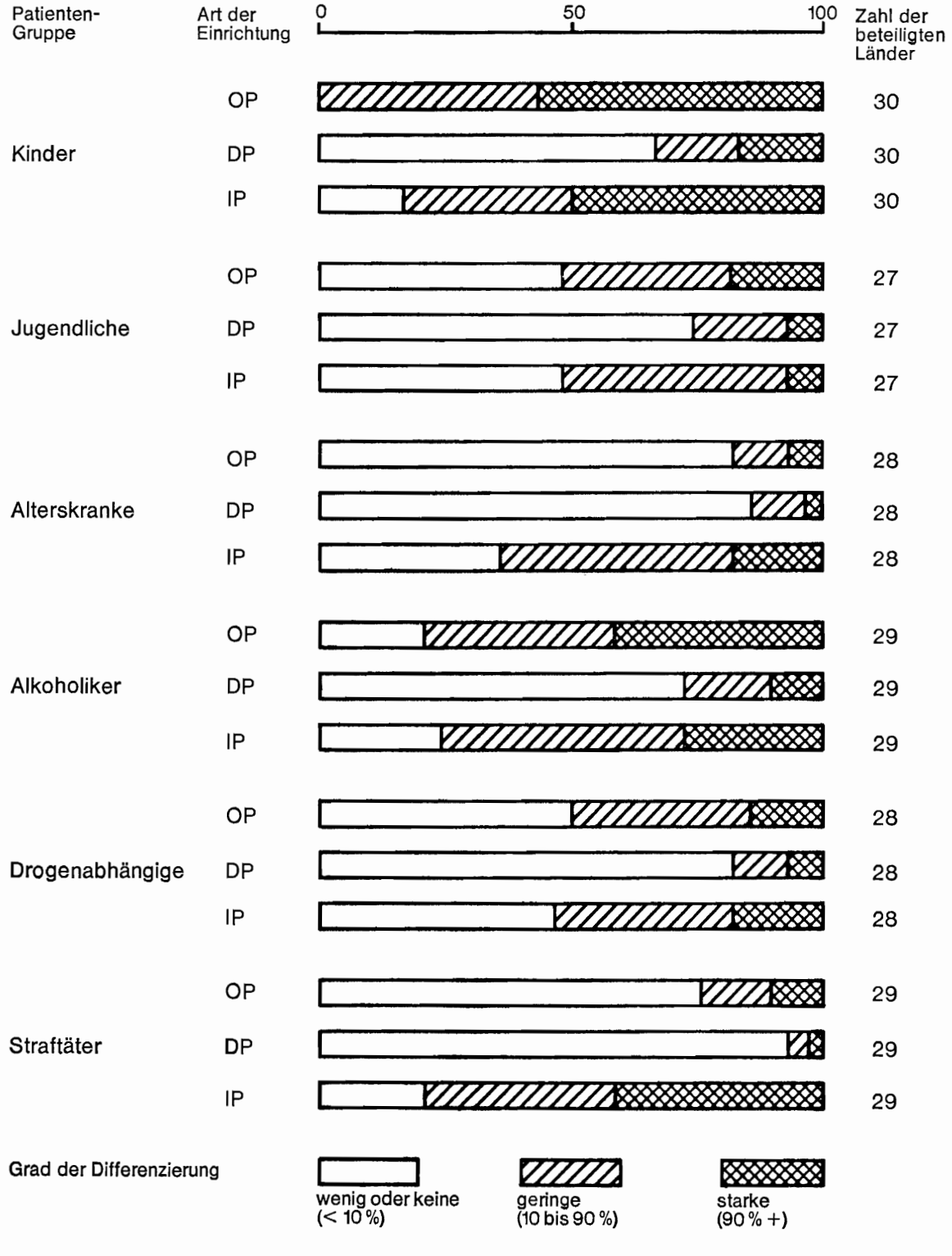
Geschätzter Stand der Differenzierung der Patientenbehandlung

(ausgedrückt durch die Prozentzahlen jeder Patientengruppe, die in besonderen Einrichtungen nach dem Zweck unterteilt behandelt werden)

Patientengruppe	Art der Einrichtung	Differenzierung			Anzahl der beteiligten Länder
		< 10 %	10 bis 90 %	> 90 %	
Kinder	Poliklinik	*0*	*13*	*17*	30
	Tagesklinik	*20*	*5*	*5*	30
	stationär	*5*	*10*	*15*	30
Jugendliche	Poliklinik	*13*	*9*	*5*	27
	Tagesklinik	*20*	*5*	*2*	27
	stationär	*13*	*12*	*2*	27
Alte Patienten	Poliklinik	*23*	*3*	*2*	28
	Tagesklinik	*24*	*3*	*1*	28
	stationär	*10*	*13*	*5*	28
Alkoholiker	Poliklinik	*6*	*11*	*12*	29
	Tagesklinik	*21*	*5*	*3*	29
	stationär	*7*	*14*	*8*	29
Drogenabhängige	Poliklinik	*14*	*10*	*4*	28
	Tagesklinik	*23*	*3*	*2*	28
	stationär	*13*	*10*	*5*	28
Straffällige	Poliklinik	*22*	*4*	*3*	29
	Tagesklinik	*27*	*1*	*1*	29
	stationär	*6*	*11*	*12*	29

Abbildung 1

Prozentangabe über den Anteil der beteiligten Länder, in denen spezielle Patientengruppen in gesonderten poliklinischen (OP), tagesklinischen (DP) und stationären Einrichtungen (IP) behandelt werden, die sich nach dem Behandlungsziel unterscheiden, nach Grad der Differenzierung



klinische Einrichtungen für diese Gruppe berichten, obwohl doch die tagesklinische Behandlung eine nützliche Alternative zur Krankenhausbehandlung darzustellen scheint.

Gesonderte Behandlung für *geistesgestörte Straftäter* gibt es in den meisten Ländern, weil die gesetzliche Forderung nach zwangsweiser Zurückhaltung strenge und ständige Beobachtung verlangt. Für poliklinische Beobachtung (vermutlich nachsorgende) ist wenig gesorgt.

Die Aufteilung in Gruppen für gesonderte Behandlung beginnt im Krankenhaus mit der Einteilung der Patienten nach Geschlecht und Alter und später nach therapeutischen Erfordernissen. Die Einteilung in therapeutische Kategorien spiegelt gewissermaßen die Entwicklung eines liberaleren Systems anstelle des custodialen wider, aber dies wird wiederum durch die Gesetzgebung beeinflußt, und durch Art und Menge der Mittel. Dennoch ist das Ausmaß, in dem Behandlung in Sondergruppen möglich ist, ein sehr grober Hinweis auf das Entwicklungsniveau der Dienste, und Fortschritte in dieser Richtung kann man tatsächlich in den Diensten aller Länder verfolgen, da das wachsende Interesse daran der zunehmenden Wichtigkeit des Bereichs der psychischen Gesundheit entspricht.

Nationale Züge der Einrichtungen für Geisteskranke

Die verschiedenen Arten von Einrichtungen jedes Landes für Geisteskranke zeigt *Tabelle 5.*

Es ist nur angegeben, wieviel Einrichtungen es auf 100 000 Einwohner gibt. Die Größe der Einrichtungen, etwa als Angabe der Anzahl der Betten oder Plätze und ihre geographische Verteilung sind nicht berücksichtigt. Diese Begrenzung der Daten rührt daher, daß viele Länder keine genauen Einzelheiten erheben konnten, wenn die Einrichtungen nicht durch das Gesundheitsministerium, sondern z. B. durch religiöse Körperschaften oder andere nationale oder lokale Behörden kontrolliert oder geführt wurden. Eine weitere Schwierigkeit erwächst aus dem Fehlen übereinstimmender Kriterien, ob z. B. Genesungsheime, Heime oder Übergangsheime, die psychiatrische Patienten beherbergen, als psychiatrische Einrichtung gezählt werden sollten oder nicht. Aus den angeführten Gründen sind die Daten in Tabelle 5 nicht vergleichbar. Außerdem ist es auch nicht leicht, zwischen ambulanten und tagesklinischen Einrichtungen zu unterscheiden. In der Tschechoslowakei z. B. können 5 bis 10 % aller stationär geführten Patienten das Krankenhaus während der Nacht verlassen und werden in Wirklichkeit behandelt wie in einer tagesklinischen Einrichtung anderer Länder. Die Situation ist in Polen ähnlich, und in der UdSSR werden viele Polikliniken so geführt, daß man sie anderswo als Tageskliniken einstufen würde. Die Zahlen über poliklinische Einrichtungen sind vielleicht am wenigsten verläßlich. Sie sind schwierig zu erfassen, wenn die benutzten Räumlichkeiten mehreren Zwecken dienen, z. B., wenn ambulante Patienten zu nicht festgesetzten Zeiten auf den Stationen der psychiatrischen Krankenhäuser behandelt werden. Außerdem können mehrere Behörden Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Schließlich wird die ambulante Versorgung in einigen Ländern zum großen Teil von Privatärzten geleistet.

Obwohl also die Daten in Tabelle 5 strengen Einschränkungen unterliegen, ist es doch möglich, einige interessante Schlüsse zu ziehen, die sich mit nationalen Angaben, die indirekt aus anderen Daten gewonnen wurden, decken. Die Anzahl *aller Einrichtungen,* z. B. (Polikliniken, Tageskliniken und Kliniken) erstreckt sich von 0,3 pro 100 000 Einwohner in Marokko und der Türkei, wo Psychiater und Krankenhausbetten knapp sind, bis zu 10 pro 100 000 in Irland mit einem hohen Schlüssel von Psychiatern und Betten. Dieser Unterschied kann natürlich die Folge von Ungenauigkeiten sein, aber er wird wahrscheinlich hier die relative Verfügbarkeit der Einrichtungen kennzeichnen. Die Tabelle zeigt, daß Island, Irland, Norwegen und Schweden insgesamt über 8 bis 10 Einrichtungen pro 100 000 Einwohner verfügen. Diese Länder haben auch ähnlich hohe Schlüsselzahlen für Psychiater (nämlich 10,8, 8,7, 10,0 und 11,2 pro 100 000 Einwohner), und bei der Zahl der psychiatrischen Patienten finden wir, Island ausgenommen, das gleiche. Von den Ländern mit einem guten System der Datensammlung, jedoch weniger als zwei Einrichtungen pro 100 000 Einwohner, haben Bulgarien und Rumänien relativ wenig Psychiater und psychiatrische Betten, während in Griechenland, Luxemburg und Spanien mit vielen Psychiatern ein wesentlicher Anteil dieser Ärzte private Praxen unterhält.

Poliklinische Einrichtungen

Das ganze Konzept der poliklinischen Dienste und ihre Beziehung zur stationären Behandlung hat sich während der letzten 20 Jahre geändert. Die Einführung der Psychopharmakatherapie, die gewaltige Ausweitung der Sozialdienste und der Wandel der öffentlichen Haltung gegenüber der Geisteskrankheit haben zur Entwicklung der poliklinischen Behandlung von einem hauptsächlich diagnostischen, oder supportiv nachsorgenden Dienst, zu einer völlig selbständigen Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtung beigetragen, die mit angemessenem Personal und in Zusammenarbeit mit tagesklinischen Einrichtungen zum Angelpunkt des psychiatrischen Gesundheitsdienstes in den Gemeinden werden kann. Da die Polikliniken als selbständiger Teil der Dienste innerhalb der Gemeinde arbeiten und nicht Ausläufer der psychiatrischen Krankenhäuser sind, eignen sie sich besonders, um Verbindungen mit örtlichen Einrichtungen und mit dem Patienten und seinen Angehörigen in deren natürlicher sozialer Umgebung anzuknüpfen. Im Vergleich zu den künstlichen Bedingungen der traditionellen psychiatrischen Krankenhausbehandlung liegt der Vorteil für den Patienten im ständigen Kontakt mit der Gemeinschaft, an die er sich wieder anpassen muß, und in der fachlichen Beobachtung seiner Krankheit ohne den Bruch durch die Krankenhausaufnahme. Daß diese Vorteile erkannt werden, wird aus der psychiatrischen Gesundheitspolitik vieler europäischer Länder deutlich. Tabelle 5 zeigt, daß es in den meisten Ländern eine stationäre Einrichtung für je

Tabelle 5

Zusammensetzung aller psychiatrischen Einrichtungen für Geisteskranke

Anzahl der poliklinischen, tagesklinischen und stationären Einrichtungen auf 100 000 Einwohner

Land	Anzahl der Einrichtungen auf 100 000 Einwohner				Anzahl der Psychiater auf 100 000 Einwohner a)	Gesamtzahl der Betten für Geisteskranke auf 1 000 Einwohner
	poliklinisch	tagesklinisch	stationär	insgesamt		
Algerien	0,35	—	0,17	0,52	0,2	0,5
Österreich	...	...	0,3	...	4,8	1,6
Belgien	0,8 x	1,4	2,0	4,2 x	8,1	4,4
Bulgarien	0,9	0,2	0,8	1,9	3,7	1,1
Tschechoslowakei	3,5	0,1	0,8	4,4	5,2	1,9
Dänemark	2,4 x	0,4	1,2	4,0 x	10,9	2,4
Bundesrepublik Deutschland	...	...	0,4	...	4,7	1,8
Finnland	2,0	0,1	2,8	4,9	8,5	4,7
Frankreich	1,9	0,1	0,7	2,7	3,3	2,5 x
Griechenland	.	0,02	0,8	1,2 x	6,1	1,6
Ungarn	2,1	—	0,4	2,5	6,1	1,2
Island	2,0	1,0	5,4	8,4	10,8	2,4
Irland	6,9	1,4	1,7	10,0	8,7	5,8
Italien	...	...	0,4	...	2,6	2,2
Luxemburg	0,6	0,3	0,9	1,8	6,2	3,4
Malta	0,9	—	0,6	1,5	3,1	4,6
Marokko	0,2	—	0,1	0,3	0,2	0,2
Niederlande	1,7	1,5	1,2	4,4	6,7	3,0
Norwegen	1,8	1,4	5,6	8,8	10,0	4,8
Polen	2,7	0,2	0,5	3,4	6,1	1,6
Portugal	1,5	0,2	0,4	2,1	2,9	1,1
Rumänien	0,8	—	0,5	1,3	2,3	0,8
Spanien	1,3	—	0,5	1,8	4,0	1,5
Schweden	4,2	0,5	4,2	8,9	11,2	4,9
Schweiz	1,0	...	1,1	2,1 x	11,6	2,9
Türkei	0,04 x	—	0,3	0,3 x	1,4	0,2
Großbritannien						
England und Wales	3,0	0,7	0,9	4,6	5,3	2,8
Nordirland	3,9 x	0,3	0,8	5,0 x	8,7	3,5
Schottland	.	...	0,9	...	7,7	4,0
UdSSR	0,9	...	0,2	1,1 x	5,9	1,1
Jugoslawien	2,2	1,1	0,9	4,2	4,3	0,8

... keine Angaben erhältlich
x Teilangaben
. Teilangaben, Anteil nicht berechnet
— keine oder unbedeutende Anzahl
a) Bedeutung der Fußnoten siehe Tab. 12

50 000 oder sogar weniger Einwohner gibt, während fortlaufende jährliche Statistiken über die Gesamtzahl der Besuche in Polikliniken oder Ambulanzen, z. B. für die Tschechoslowakei, Finnland, Frankreich und Großbritannien zeigen, daß jedes Jahr mehr Patienten auf diese Weise behandelt werden. Deshalb ist es schwer verständlich, warum, angesichts der Bedeutung der ambulanten Behandlung in der Gesamtstruktur der psychiatrischen Gesundheitsdienste, so viele Länder Schwierigkeiten hatten, die folgenden Angaben zu machen: Anzahl der poliklinischen Einrichtungen, die durchschnittliche Anzahl von Stunden oder Sprechzeit pro Woche; die Frequentierung durch die Patienten, und die Zahl der Psychiater und der anderen, in diesen Einrichtungen Beschäftigten.

Tabelle 6 zeigt, daß Österreich, die Bundesrepublik Deutschland und Italien nicht in der Lage waren, die Anzahl ihrer poliklinischen Einrichtungen anzugeben, während weitere 6 Länder (Belgien, Dänemark, Griechenland, Türkei, Nordirland und Schottland) nur Teildaten liefern konnten. Trotzdem konnten nur 14 der 22 Länder, die über ihre Polikliniken Bescheid wußten, vollständige Angaben über die jährliche Zahl von Behandlungen geben, und davon konnten wiederum nur 6 alle Einzelheiten über die in diesen Einrichtungen arbeitenden Psychiater mitteilen. Aufgrund der durch den Fragebogen gewonnenen Ergebnisse wird also der Anschein erweckt, daß ungefähr 1/3 der Länder der Europa-Region kein vollständiges Verzeichnis ihrer poliklinischen Einrichtungen geben können, während 1/3 nur unvollständige Daten über die Zahl der diese Dienste in Anspruch nehmenden besitzen. In Ländern, wo Privatpraxen in verschiedenem Umfang zur poliklinischen Versorgung der Geisteskranken beitragen, gibt es Daten zwangsläufig nur in begrenztem Umfang, und diese können eigentlich nicht mit den Zahlen aus Ländern verglichen werden, in denen alle Dienste durch den Staat bereitgestellt werden. Das Problem, Angaben von Privatärzten zu erhalten, erfordert weitere Untersuchungen.

Tabelle 6 gibt die Daten über die Inanspruchnahme poliklinischer Einrichtungen in zweierlei Hinsicht: Jährliche Zahl der Behandlungen pro 100 000 Einwohner und die Verhältniszahl der gesamten jährlichen poliklinischen Behandlungen pro 100 stationäre Behandlungstage. Die meisten der Länder, die jährliche Behandlungsstatistiken liefern konnten, liegen im Bereich zwischen 3 000 und 6 000 Behandlungen pro 100 000 Einwohner oder etwa 10 bis 20 poliklinische Konsultationen pro Tag über ein Einzugsgebiet von 100 000 Einwohner. Aus der praktischen Erfahrung der Kapazität von Polikliniken im durchschnittlichen Gemeindedienst könnte man solche Zahlen vielleicht erwarten, aber sie geben natürlich keine Auskunft darüber, ob es sich um kurze Konsultationen chronischer Fälle oder längere Konsultationen bei neuen Fällen handelt.

Man könnte zu Vergleichszwecken eine Behandlung in der Poliklinik auffassen als einen Tag poliklinischer Behandlung eines einzelnen Patienten. Die Verhältniszahlen in Tabelle 6 von poliklinischen Behandlungen pro 100 stationäre Behandlungstage sollen einen groben Anhaltspunkt für das Verhältnis zwischen poliklinischen und stationären Diensten in den einzelnen Ländern geben. *Tabelle 6* und *Abbildung 2* zeigen, daß in Bulgarien, der Tschechoslowakei, Polen, Rumänien und Jugoslawien das Verhältnis zugunsten der poliklinischen Dienste ausfällt. Das steht im Einklang mit dem erklärten Ziel, die poliklinischen Dienste in diesen osteuropäischen Ländern zu fördern und in einem gewissen Gegensatz zur Situation in Westeuropa. Obwohl die Ziele der poliklinischen Dienste begrifflich abgesteckt werden können, wenn sie wissenschaftlich bewertet und ihr Beitrag evaluiert werden soll, sind doch genauere Informationen notwendig, um die folgenden Fragen zu beantworten: Welche Merkmale unterscheiden poliklinische Patienten von denen, die stationär behandelt werden? Von welchen Stellen werden die poliklinischen Patienten überwiesen? Welche Merkmale kennzeichnen die poliklinische Behandlung? Und können poliklinische Dienste die stationäre Behandlung ersetzen? Es ist schwierig, den Rahmen für ein nationales Datensystem für Polikliniken abzustecken, das nicht nur die Arbeit der Polikliniken, sondern auch ihre Funktion innerhalb des Gesamtsystems der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge darstellen könnte, denn die Aufgaben der Polikliniken variieren sehr stark innerhalb und zwischen den einzelnen Ländern. Die Bedeutung, die man den poliklinischen Diensten beimißt, veranlaßte das Regionalbüro zu einer Studie darüber, inwieweit sich international vergleichbare Daten aus einer Reihe von Kliniken, die mit verschiedenen Zielsetzungen in verschiedenen Ländern arbeiteten, gewinnen ließen. (1) Die Studie zeigte, daß man auf der Basis übereinstimmender Kriterien eine detaillierte Beschreibung der Einrichtungen und die folgenden Informationen sammeln konnte: Die demographischen Daten der Patienten, die überweisenden Stellen, die diagnostischen Kategorien, die Art der Behandlung und die Ergebnisse nach drei Monaten. Die Studie zeigte eine große Vielfalt der Personalstruktur und der Arbeit der Polikliniken ebenso wie der Überweisungskanäle. Sie trug auch dazu bei, in allen Kliniken eine Gruppe von Patienten zu identifizieren, die nur einmal zur Erstuntersuchung kam und dann ausblieb. Diese Fälle stellen zeitlich eine große Belastung dar, und doch bleibt das Ergebnis der Intervention unbekannt. Diese und ähnliche Ergebnisse lohnen weitere Untersuchungen. Obwohl die Studie zeigte, daß man die Daten jedes einzelnen Patienten vervollständigen kann, macht die Fülle des Materials, das schon allein eine Klinik liefert, solch ein Vorgehen auf nationaler Ebene undurchführbar und sollte deshalb am besten auf Modelle, repräsentativ für verschiedene Dienste, beschränkt werden.

Tagesklinische Einrichtungen

Die Unterscheidung zwischen poliklinischen und tagesklinischen Einrichtungen ist nicht leicht zu treffen. Bei der Befragung, die diesem Überblick zugrunde liegt, wurden tagesklinische Einrichtungen auf zwei Arten beschrieben:

1. Einrichtungen, in denen Patienten nicht leben, sondern sich zum Zweck psychiatrischer Behand-

Tabelle 6

Poliklinische Einrichtungen (OP), Personal- und Konsultationszahl von 31 Ländern

Land	Anzahl der OP-Einrichtungen (insgesamt)	Anzahl der OP-Einrichtungen auf 100 000 Einwohner	Anzahl der Psychiater in poliklin. Einrichtungen auf 100 000 Einwohner	jährliche Zahl der Konsultationen		Verhältnis *)
				insgesamt	auf 100 000 Einwohner	
Algerien	49	0,35	...	16 540 x	.	.
Österreich	...	...	...	...	...	...
Belgien	73 x	0,8 x	...	15 516 x	.	0,17
Bulgarien	74	0,9	...	355 723	4 177	22,7
Tschechoslowakei	502	3,5	1,9	1 001 287	6 971	15,9
Dänemark	116 x	2,4 x	...	70 000 x	.	.
Bundesrepublik Deutschland	...	...	...	...	...	...
Finnland	95	2,0	1,3	213 860	4 551	3,15
Frankreich	976	1,9	2,0 x	735 134	1 454	1,9
Griechenland	30 x	. x	1,9 *	11 024 x	.	.
Ungarn	215	2,1	1,4	90 044 x	.	.
Island	4	2,0	...	13 094	6 438	14,6
Irland	200	6,9	...	140 000	4 854	2,5
Italien	...	...	...	...	...	...
Luxemburg	2	0,6	2,4	1 185	350	0,3
Malta	3	0,9	...	11 933	3 697	2,4
Marokko	25	0,2	...	40 000	265	3,6
Niederlande	214	1,7	1,7 x	62 704 *	.	0,5 *
Norwegen	70	1,8	1,0	6 505 x	.	.
Polen	874	2,7	1,4	1 808 354	5 535	12,9
Portugal	145	1,5	...	...	...	...
Rumänien	164	0,8	1,3	1 289 402	6 332	27,7
Spanien	423	1,3	1,6 *	...	...	...
Schweden	339	4,2	...	840 000	10 492	9,0
Schweiz	62	1,0	...	...	...	...
Türkei	16 x	0,04 x	...	...	.	.
Großbritannien						
England und Wales	1 488	3,0	...	1 544 802	3 163	3,4
Nordirland	59 x	3,9 x	0,9	41 606 x	2 730	2,4 x
Schottland	20 x	.	...	138 201 x	.	.
UdSSR	2 122	0,9	...	...	...	...
Jugoslawien	440	2,2	0,5	886 255	4 355	16,8

*) Anzahl der poliklinischen Konsultationen

330[a] x Anzahl der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen für psychisch Kranke in nichtpsychiatrischen Krankenhäusern

a 330 Tage wurden unter der Annahme berechnet, 90 % der Betten seien belegt

* Schätz- und Annäherungszahl

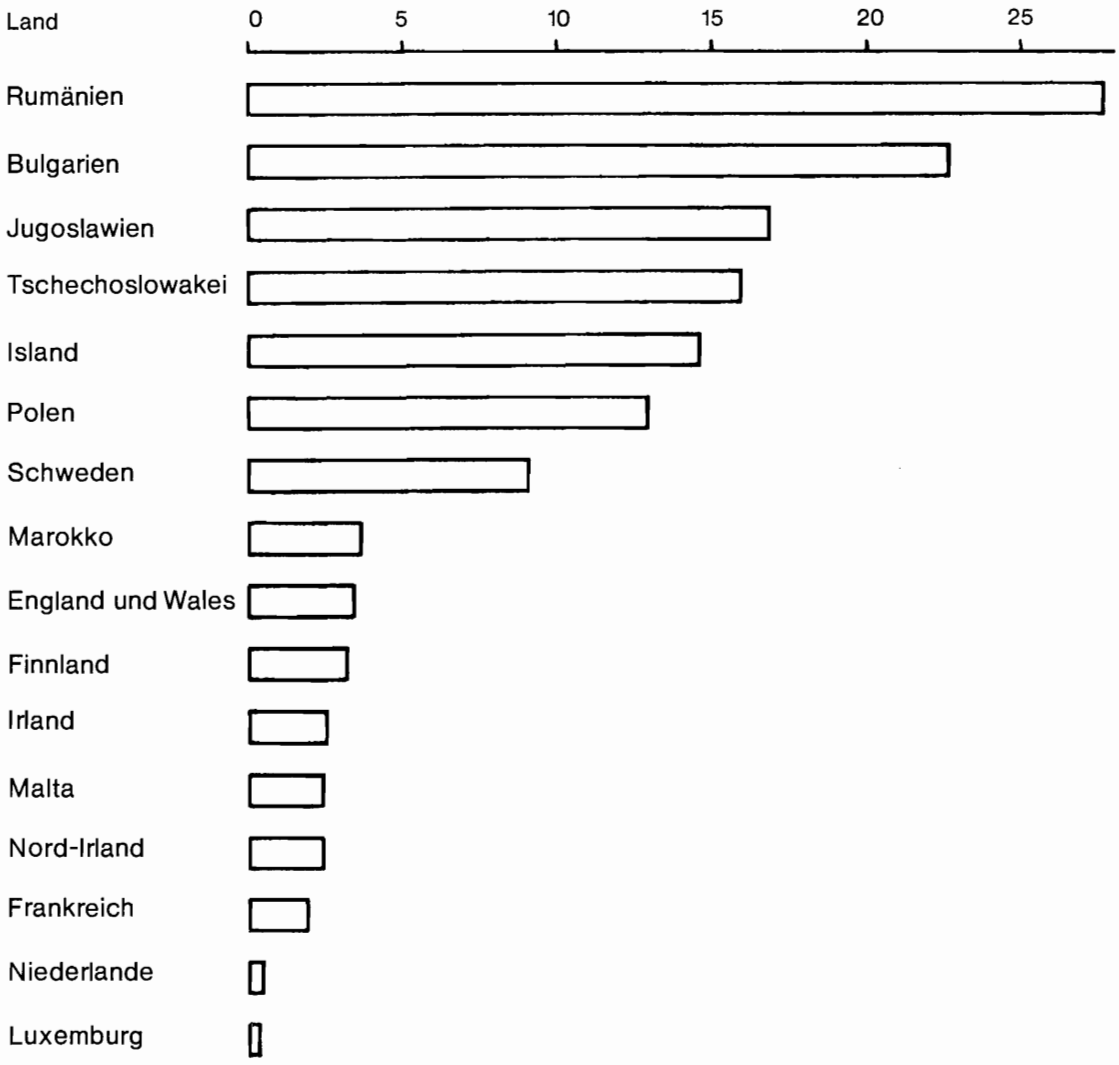
x Teilangaben

... keine Angaben erhältlich

. nicht berechnet

Abbildung 2

Anzahl der poliklinischen Besuche pro 100 Tage stationärer Behandlung durch psychiatrische Einrichtungen



lung über vier bis acht Stunden während mehrerer Tage in der Woche aufhalten und mit dem Personal und anderen Patienten an Gruppenaktivitäten teilnehmen. Diese Behandlungsform wird vielleicht von den Tagesabteilungen der Krankenhäuser angeboten;

2. Einrichtungen, in denen die Patienten nicht leben, sondern die sie, hauptsächlich zur Ausbildung und Beschäftigung oder sozialer Aktivitäten wegen aufsuchen, einschließlich beschützender Werkstätten, Übungszentren und Patientenkooperativen usw.

Tagesklinische Einrichtungen sind ein vergleichsweise neuer Teil der psychiatrischen Gesundheitsdienste. Sie bestehen erst seit etwa 30 Jahren, und sogar innerhalb des gleichen Landes gibt es Unterschiede bezüglich der behördlichen Zuständigkeit. Während Informationen über tagesklinische Einrichtungen, die Patienten *behandeln,* im allgemeinen zugänglich sind, weil diese von den Gesundheitsbehörden unterhalten werden, sind Informationen über Einrichtungen, die nur soziale oder Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, weit schwerer zu erhalten. Diese Einrichtungen stehen z. B. unter der Leitung von Gewerkschaften, von Elternvereinigungen oder von Jugend-, Justiz-, Sozial-, Erziehungs-, Kultur- oder Arbeitsministerien. *Tabelle 5* zeigt, daß es in sieben europäischen Ländern keine tagesklinischen Einrichtungen gibt und daß in weiteren sechs keine Daten darüber erhältlich waren. Weitere Nachforschungen ergaben, daß nur 17 von 31 Ländern die Zahl der in diesen Zentren zur Verfügung stehenden Plätze ange-

ben, und nur neun irgendwelche Angaben über die Zahl der sie aufsuchenden Patienten machen konnten.

Zum großen Teil hängt die Durchführbarkeit tagesklinischer Behandlung von der günstigen Verkehrslage ab, und so sind diese Dienste in städtischen Gebieten mit einem guten öffentlichen Verkehrssystem eher anzutreffen. Tagesklinische Einrichtungen entstehen heute in immer größerem Ausmaß in Verbindung mit Polikliniken, Ambulanzen oder psychiatrischen Gesundheitszentren, die zusammen die Basis für die Arbeit des psychiatrischen Gesundheitsdienstes der Gemeinden bilden. Bis jetzt gibt es nur wenige Studien, die zeigen, welche Gruppen von Patienten in Tageskliniken erfolgreich behandelt werden können. Nationalen Statistiken nach nimmt ihre Zahl jedoch ständig zu, und die Analyse ihrer Funktion als eine Komponente des psychiatrischen Gesundheitssystems ist wichtig für die Planung lokaler Dienste.

Stationäre Einrichtungen, psychiatrische Krankenhäuser

Moderne psychiatrische Gesundheitsdienste versuchen, den Patienten, soweit die Art und das Stadium seiner Erkrankung dies erlauben, in der gewohnten Umgebung seiner Familie, unterstützt durch eine Reihe geeigneter extramuraler Einrichtungen, zu behandeln. In zunehmendem Maße wird die Behandlung im Krankenhaus als letzter Ausweg angesehen, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten versagen. Aber wenn ein Patient eingewiesen wird, sollte sein Krankenhausaufenthalt nur so lange dauern, bis sein Zustand stabilisiert ist, unter Umständen mit späteren kurzen Wiederaufnahmen, wenn er nicht als poliklinischer oder Tagespatient behandelt werden kann. Die Möglichkeiten der poliklinischen Behandlung mit Psychopharmaka in Verbindung mit psychosozialer Unterstützung und aktiver Rehabilitation auf dem Wege der Beschäftigung haben Untersuchungen der Insassen psychiatrischer Krankenhäuser angeregt. Dabei zeigte sich oft, daß Langzeitpatienten entlassen werden könnten, wenn es irgendeine alternative Unterbringungsmöglichkeit in der Gemeinde gäbe, während andere in geriatrische oder Krankenhäuser für chronisch Kranke verlegt werden könnten, wenn Betten zur Verfügung ständen. Aber die stationäre Behandlung wird auch weiterhin für drei größere Kategorien von Patienten nötig sein, nämlich für die akut Kranken, die nicht anderswo behandelt werden können, solche chronisch psychiatrischen Patienten, die nicht außerhalb einer beschützenden Umgebung leben können, und die psychisch kranken Straftäter, die in ihrem Verhalten zu unkontrolliert sind, um sie ohne Gefahr zu entlassen. Die erste Gruppe kann in psychiatrischen Abteilungen normaler Krankenhäuser behandelt werden, während die zweite Gruppe chronischer Patienten oft besser in Pflegeheimen oder beschützenden Heimen untergebracht wäre.

Entschlossene und wohldurchdachte Versuche der sozialen und industriellen Rehabilitation von psychiatrischen Langzeitpatienten in verschiedenen Ländern während der letzten zehn Jahre haben weitere Möglichkeiten für die Reintegration chronisch psychiatrischer Patienten in die Gemeinde erbracht. Wenn es gelingt, die Anzahl der chronischen Krankenhauspatienten auf diese Art und Weise erfolgreich zu vermindern, so wäre dieses Problem ja ein für allemal gelöst. Aber auch wenn ihr Anteil nicht zur selben Höhe ansteigt wie in der Vergangenheit, wird das Reservoir der chronischen Patienten wahrscheinlich den umfassenden Abbau der traditionellen psychiatrischen Kliniken während der nächsten 10 bis 20 Jahre hemmen, wenn es auch vernünftig erscheint, die Möglichkeit zu erörtern, einen Teil der gegenwärtigen Belegung durch andere Gruppen von chronisch kranken oder behinderten Patienten zu ersetzen. Unabhängig vom Grund für die Verminderung der Patientenbelegung von psychiatrischen Krankenhäusern und den Methoden, um dies zu erreichen, hat die Entwicklung hin zur extramuralen und ambulanten Behandlung die Vorherrschaft des psychiatrischen Krankenhauses als Fundament psychiatrischer Behandlung gebrochen, und es so zu nur einer Einrichtung im Netz alternativer Angebote für Diagnose, Therapie und Rehabilitation in der Gemeinde gemacht. Dennoch sind alle Länder noch weit davon entfernt, einen umfassenden Gemeindedienst nach ihren Vorstellungen einzurichten und personalmäßig auszustatten. Inzwischen sollte man bedenken, daß sie alle stark auf den Beitrag der psychiatrischen Krankenhäuser angewiesen sind, nicht zuletzt als Hauptquelle der Statistiken über Behandlung und Therapie der psychisch Kranken, auch wenn diese nur ein sehr schiefes und begrenztes Bild der Möglichkeiten, die einem modernen psychiatrischen Dienst zur Verfügung stehen, entwerfen können.

Die optimale Größe eines psychiatrischen Krankenhauses war viele Jahre lang umstritten. 1953 schlug das „Expert Committee on Mental Health" der WHO als günstigste Größe 300 bis 600 Betten vor und empfahl, man sollte keine neuen Krankenhäuser mit mehr als 1 000 Betten bauen, um so die Entwicklung einer therapeutisch wirksamen Krankenhausgemeinschaft zu fördern und die Einteilung der Patienten nach der erforderlichen Behandlung zu ermöglichen.

Die vorliegende Studie beschäftigte sich auch im einzelnen mit der Größe der schon bestehenden Krankenhäuser; die Ergebnisse sind in *Tabelle 7* und *Abbildung 3* dargestellt. Es gibt sehr wenige Krankenhäuser mit mehr als 2 000 Betten — 11 unter den insgesamt etwa 1 300 Krankenhäusern, die wir überblicken —, und 20 von 27 der oben genannten Länder haben keine Krankenhäuser dieser Größe, obwohl aus Österreich, der Bundesrepublik Deutschland, Polen und der UdSSR keine Zahlen vorliegen. Krankenhäuser zwischen 1 000 und 2 000 Betten sind zahlreicher. Sie umfassen fast 1/5 aller psychiatrischen Krankenhäuser in Europa. In Frankreich (43,7 %), Nordirland (42,9 %), Schweden (33,3 %) und England und Wales (31,9 %) stellen diese Krankenhäuser mehr als 1/4 aller psychiatrischen Krankenhausplätze im Lande; andererseits gibt es in Bulgarien, Finnland, Island, Norwegen und Portugal keine Krankenhäuser mit einer Bettenkapazität größer als 1 000. Es scheint heute so zu

Tabelle 7

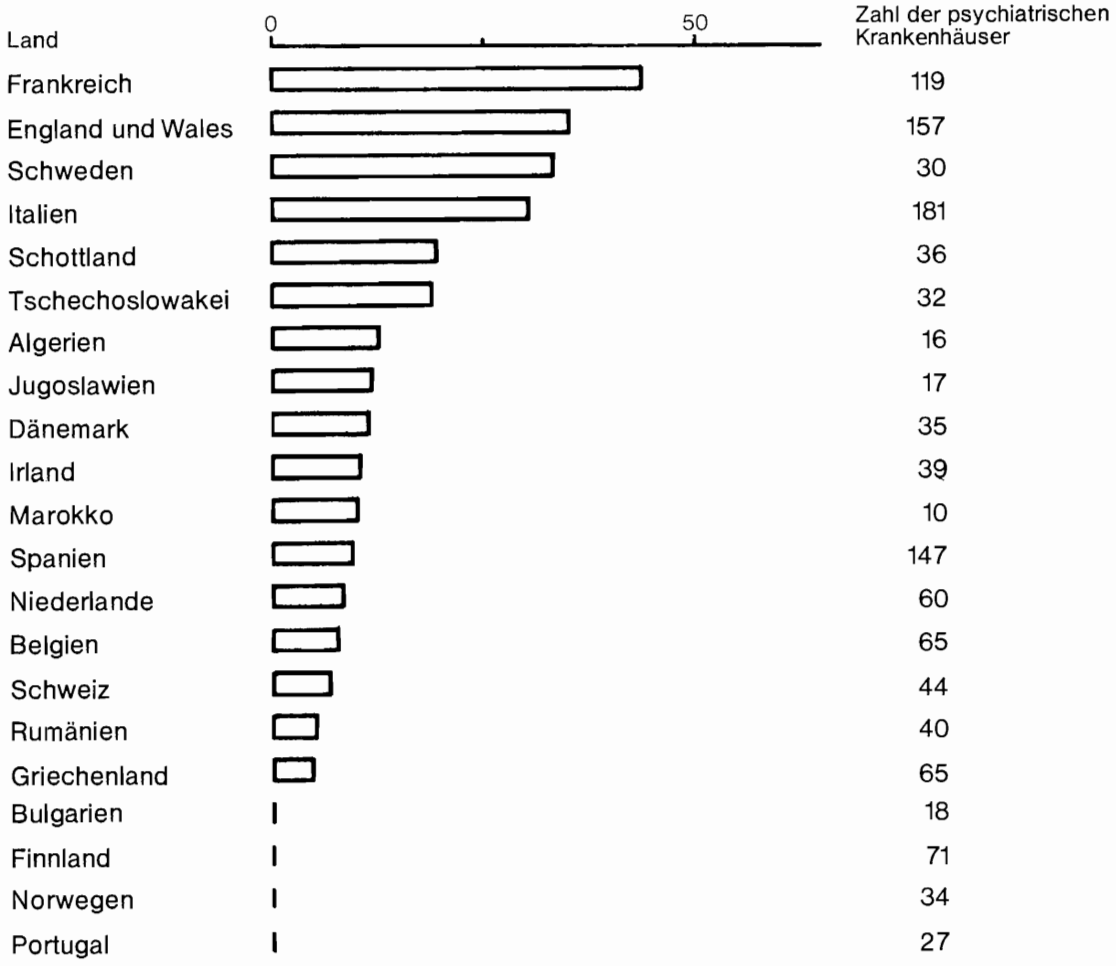
Verteilung der Anzahl der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern

Land	Anzahl der Betten					Anzahl der psychiatrischen Krankenhäuser
	weniger als 100	100 bis 500	501 bis 1 000	1 001 bis 2 000	mehr als 2 000	
Algerien	9	5	—	1	1	16
Österreich	...	...	...	...	...	...
Belgien	18	22	20	5	—	65
Bulgarien	4	13	1	—	—	18
Tschechoslowakei	10	12	4	6	—	32
Dänemark	14	13	4	4	—	35
Bundesrepublik Deutschland	...	...	...	...	...	[150]
Finnland	11	49	11	—	—	71
Frankreich	—	24	43	52	—	119
Griechenland	44	17	1	1	2	65
Ungarn	2	2	—	1	—	5
Island	—	1	—	—	—	1
Irland	15	10	10	4	—	39
Italien	80	18	28	55	...	181
Luxemburg	—	—	—	1	—	1
Malta	—	—	—	1	—	1
Marokko	4	5	—	—	1	10
Niederlande	21	9	25	5	—	60
Norwegen	15	15	4	—	—	34
Polen	...	...	...	...	...	[56]
Portugal	9	9	9	—	—	27
Rumänien	18	16	4	1	1	40 [a]
Spanien	77	38	18	14	—	147
Schweden	—	6	14	10	—	30
Schweiz	13	20	8	3	—	44
Türkei	3	3	1	—	1	8
Großbritannien						
England und Wales	31	25	46	50	5	157
Nordirland	1	—	3	3	—	7
Schottland	8	12	9	7	—	36
UdSSR	...	...	...	...	...	...
Jugoslawien	—	9	6	2	—	17
insgesamt	407	353	269	226	11	1 266 [b]
prozentuale Verteilung	32,1	27,9	21,2	17,9	0,9	100,0

a) einschließlich der Krankenhäuser für Kinder und geistig gestörte Straftäter
b) [ ] nicht eingeschlossen
... keine Angaben erhältlich

Abbildung 3

Anteil in % der psychiatrischen Krankenhäuser mit mehr als 1 000 Betten in europäischen Ländern mit mehr als 10 psychiatrischen Krankenhäusern



Länder mit weniger als 10 psychiatrischen Krankenhäusern

Ungarn, Irland, Luxemburg, Malta, Türkei, Nord-Irland

Keine Angaben aus:

Albanien, Österreich, Bundesrepublik Deutschland, Polen, UdSSR

sein, daß in 13 europäischen Ländern mehr als 10 % der psychiatrischen Krankenhäuser mehr als 1 000 Betten haben, obwohl einige dieser Länder sich bemühten, die Kapazität durch Unterteilung ihrer großen Krankenhäuser in kleinere selbständige Abteilungen, einhergehend mit einer Verkleinerung ihrer Einzugsgebiete, zu reduzieren. Andere Länder, wie Großbritannien, haben sich zum Ziel gesetzt, die Zahl der Betten in ihren großen Krankenhäusern zu vermindern, zur gleichen Zeit ihre extramuralen Dienste auszuweiten und statt dessen psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern zu schaffen. Andererseits ist es ermutigend zu sehen, daß mehr als die Hälfte aller psychiatrischen Krankenhäuser in Europa weniger als 1 000 Betten haben, und die Mehrzahl davon sogar weniger als 500.

Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern

In allen Ländern sind die meisten Betten für Geisteskranke noch in psychiatrischen Krankenhäusern. Psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkranken-

häusern gibt es seit kurzem, aber sie erregten sowohl das Interesse der Fachleute als auch der Öffentlichkeit, weil sie eine so überlegene Alternative gegenüber dem psychiatrischen Krankenhaus darstellen, das, wenn auch ungerechtfertigterweise, als Verwahrungsort chronischer Langzeitpatienten mit schlechter Prognose angesehen wird. Psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sind praktisch das genaue Gegenteil des traditionellen psychiatrischen Krankenhauses:

Sie sind klein, sie liegen in einer Einrichtung, die von der Gemeinde als der Mittelpunkt medizinischer Fachkenntnisse angesehen wird, sie fördern das Weiterbestehen des Kontaktes zwischen den Patienten und ihren Angehörigen. Wegen ihrer Größe müssen sie eine selektive Aufnahmepolitik betreiben mit hohem Durchgang und ohne chronische Patienten. Sie haben einen günstigen Personalschlüssel. Sie sind gewöhnlich mit poliklinischen und tagesklinischen Diensten verbunden, die die Kontinuität der Behandlung nach der Entlassung gewährleisten und sind so günstig gelegen, daß sie die Gemeinde, Sozial- und Fürsorgeeinrichtungen mobilisieren können. Vor allem haftet ihnen nicht der Makel und die Furcht an wie den riesigen, isolierten Institutionen, und ihre Patienten haben die gleichen Rechte und Privilegien wie die körperlich

Tabelle 8

Abteilungen für psychiatrische Patienten in nicht psychiatrischen Krankenhäusern nach Bettenzahl aufgeschlüsselt

Land	Bettenzahl					Anzahl der Abteilungen
	weniger als 20	20 bis 50	51 bis 100	101 bis 200	mehr als 200	
Algerien	...	1	3	2	...	6
Belgien	1	4	2	1	...	8
Bulgarien	...	5	5	1	...	11
Tschechoslowakei	...	9	9	8	1	27
Dänemark	3	11	2	3	—	19
Finnland	6	5	4	1	—	16
Griechenland	—	—	1	1	...	2
Ungarn	5	10	18	8	...	41
Island	1	—	1	—	—	2
Irland	1	4	—	—	1	6
Malta	—	—	—	—	1	1
Marokko	2	1	—	1	—	4
Niederlande	4	6	5	4	—	19
Norwegen	1	14	14	—	—	29
Polen	2	8	10	2	1	23
Portugal	1	1	5	—	—	7
Rumänien	...	12	10	6	9	37
Spanien	3	9	2	1	—	15
Schweden	13	24	16	2	—	55
Großbritannien						
England und Wales	47	46	25	23	8	149
Nordirland	1	2	—	—	—	3
Schottland	1	4	1	1	2	9
Jugoslawien	5	24	18	6	9	62
Anzahl der Abteilungen	97	200	151	70	33	551

... Daten nicht erhältlich
— keine Abteilungen

Kranken. Eine Gefahr liegt natürlich darin, daß sich möglicherweise zwei Versorgungssysteme ausbilden, daß nämlich akute Fälle mit guter Prognose für das Allgemeinkrankenhaus ausgewählt werden und schwerere Fälle mit zweifelhafter Prognose dem weniger günstigen therapeutischen Milieu der traditionellen psychiatrischen Krankenhäuser überlassen werden. Dem entgegnen jedoch die Befürworter der Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, daß praktisch alle Fälle von psychischer Störung, die in einer Gemeinde auftreten, auf der Abteilung behandelt werden können: Die Auswahl für die eine oder andere Art der Behandlung muß von den Bedürfnissen des Patienten abhängen, und noch braucht man die Langzeitbehandlung in einem beschützenden Krankenhaus für einen Teil der chronisch rezidivierenden psychisch Kranken. Bei allem Für und Wider sollte man zwei Tatsachen nicht vergessen: Erstens, in allen Ländern gibt es gegenwärtig mehr Betten in traditionellen psychiatrischen Krankenhäusern als in psychiatrischen Abteilungen; zweitens, Länder mit Erfahrungen in bezug auf die Leistungsfähigkeit psychiatrischer Abteilungen als ins Gewicht fallende stationäre Behandlungsmöglichkeit begannen ihre Anzahl zu vergrößern und bestanden darauf, daß die Versorgung der psychisch Kranken von nun an in allen neuen Plänen für Allgemeinkrankenhäuser berücksichtigt wird. Offenbar ist die Zeit gekommen, kritische Untersuchungen über die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser anzustellen.

Einzelheiten über psychiatrische Abteilungen, ihre Aufnahmen und Entlassungen, ihre Personalstruktur usw. sind manchmal schwer zu erhalten, wenn die Statistiken entweder mit den psychiatrischen Krankenhäusern oder dem Allgemeinkrankenhaus gemeinsam gemacht werden. Es ergeben sich auch Definitionsschwierigkeiten, da in Ländern mit privater Behandlung eine beträchtliche Anzahl von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen in Wirklichkeit in Kliniken oder Abteilungen, die nicht offiziell als psychiatrische Einrichtungen gekennzeichnet sind, behandelt werden, und diese Fälle überhaupt nicht in den referierten Statistiken über psychische Krankheiten erscheinen. Tatsächlich sind Daten über psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nur in Ländern mit dem System individueller Krankengeschichten und einer zentralisierten Organisation der psychiatrischen Gesundheitsdienste erhältlich.

Die Verteilung psychiatrischer Abteilungen nach ihrer Größe in 23 Ländern ist auf *Tabelle 8* dargestellt. 97 Abteilungen hatten weniger als 20 Betten, die Mehrzahl davon waren in Großbritannien, aber die meisten Abteilungen fallen in die Größenordnung zwischen 20 und 50 Betten. Nach Meinung von Erfahrenen stellt dies wahrscheinlich die Minimalgröße für eine lebensfähige selbständige Abteilung dar und außerdem die Größe, die sich noch in ein multidisziplinäres Gemeinde- oder ein allgemeines Distriktkrankenhaus einplanen läßt. Acht Länder berichteten über Abteilungen mit mehr als 200 Betten, aber es scheint, daß diese in den meisten Fällen medizinischen Akademien angeschlossen sind und Lehrzwecken dienen. Aus Rumänien wird berichtet, daß sechs von insgesamt neun großen Abteilungen mehr als 500 Betten haben, ihre Unterscheidung von psychiatrischen Krankenhäusern ist lediglich theoretisch, aber vielleicht kennzeichnen sie eine Entwicklung, die auch in anderen Ländern zu bemerken ist, nämlich das psychiatrische Krankenhaus mit einem bereits bestehenden Allgemeinkrankenhaus zu verbinden, so daß es per Definition zur psychiatrischen Abteilung wird. *Tabelle 9* zeigt, daß in den meisten europäischen Ländern die Betten in

Tabelle 9

Anzahl der Betten in psychiatrischen Abteilungen an nichtpsychiatrischen Krankenhäusern als Prozentsatz aller Betten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen

%	Anzahl der Länder	Länder
weniger als 5	10	Portugal, Irland, Belgien, Griechenland, Spanien, Großbritannien-Nordirland, Portugal, Finnland, Marokko, Schottland
5 bis 10	6	England und Wales, Frankreich, Niederlande, Dänemark, Algerien, Schweden
11 bis 20	5	Tschechoslowakei, Bulgarien, Norwegen, Bundesrepublik Deutschland, Malta
21 bis 30	3	Türkei, Rumänien, Irland
mehr als 30	2	Jugoslawien, Ungarn

Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern 10 % oder weniger aller psychiatrischen Betten ausmachen. Im großen und ganzen scheinen die Länder Osteuropas die Entwicklung psychiatrischer Abteilungen weiter getrieben zu haben als die Länder Westeuropas.

Die Variationsbreite der mitgeteilten Größen psychiatrischer Abteilungen läßt eine kritische Beurteilung ihrer Funktion im Netz der Einrichtungen eines psychiatrischen Gesundheitsdienstes der Gemeinde und auch die Einschätzung ihrer Kosteneffektivität, insbesondere im Fall sehr kleiner Abteilungen, notwendig erscheinen.

Psychiatrischer Bettenschlüssel

Betten sind bei Statistikern und bei der Verwaltung gleichermaßen beliebt. Betten kann man nicht nur leicht zählen, ihre Anzahl kann bei Berechnungen, die sich mit Patientengruppen, diagnostischen Kategorien, Personalstruktur, Kosten usw. befassen, manipuliert werden, um vergleichbare Schätzzahlen, wie Effizienz der Dienste, der Arbeitslast und die Verteilung der Mittel liefern zu können. Leider macht in der Praxis das Bettenzählen für statistische Zwecke Schwierigkeiten bei der Festlegung, was ein *psychiatrisches* Bett ist. Ein Bett könnte man nach dem Zweck der Einrichtung, in der es steht, definieren; oder nach der medizinischen Fachrichtung des Arztes, der für den Patienten in diesem Bett verantwortlich ist; oder nach der Krankheit, deretwegen der Patient behandelt wird. Jede dieser Definitionen wäre tauglich, das psychiatrische Bett" im psychiatrischen Krankenhaus oder der psychiatrischen Abteilung zu kennzeichnen; aber die Erfahrung zeigt, daß es keineswegs einheitliche Meinungen gibt im Hinblick auf die geistig Behinderten und die Patienten mit psychischen Erkrankungen, die in Pflegeheimen oder Heimen oder auf medizinischen Stationen allgemeiner Krankenhäuser behandelt werden. Die Definition wird ziemlich wichtig in jenen Ländern, die stark daran interessiert sind, die Betten in psychiatrischen Krankenhäusern zu vermindern, wenn zur gleichen Zeit Alternativversorgung angeboten, aber nicht gezählt wird.

Tabelle 10 und Abbildung 4 geben den psychiatrischen Bettenschlüssel pro 100 000 Einwohner, wie immer sie definiert sein mögen, in Krankenhäusern und Abteilungen und in „anderen Wohneinrichtungen" wieder, obwohl aus den obengenannten Gründen die letztgenannten Daten die aktuelle Situation zu günstig darstellen dürften. Betten in Einrichtungen für die geistig Behinderten werden separat aufgeführt, obwohl diese Information nicht in allen Ländern zu erhalten war. Die Variationsbreite bei der Bettenversorgung (35fache Unterschiede bei 31 Ländern) zeigt eine gewisse Beziehung zur *Gesamt*zahl der in den Gesundheitsdiensten jedes Landes vorhandenen Betten. *Tabelle 11 und Abbildung 5* zeigen, daß Länder wie Irland, Schweden, Finnland und Norwegen mit einer hohen Gesamtbettenzahl auch einen hohen Anteil davon der Psychiatrie zuordnen; im Gegensatz dazu stellen Algerien, Marokko und die Türkei mit einer niedrigen Gesamtzahl von Gesundheitseinrichtungen nur einen kleinen Teil der Betten der Psychiatrie zur Verfügung. Es gibt jedoch bezeichnende Ausnahmen. Belgien und Dänemark, die mehr als 50 % ihrer Gesundheitseinrichtungen der psychischen Gesundheit einräumen, sind unter den Ländern mit der niedrigsten Gesamtbettenzahl; andererseits überlassen Österreich, die Bundesrepublik Deutschland und UdSSR weniger als 20 % ihrer Gesamtbettenzahl den psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen, obwohl ihre Gesamtversorgung viel besser als in Belgien und Dänemark ist. Offensichtlich hängt der Anteil der Betten, die ein Land seinen psychiatrischen Gesundheitsdiensten bereistellt, ebenso von politischen Entscheidungen und anderen Faktoren, wie dem Vorhandensein extramuraler Dienste ab, wie auch von der Gesamtversorgung des Landes mit Krankenhausbetten; und die Länder sind auf verschiedenen Wegen zu dem gekommen, was sie für angemessen halten.

1953 beschloß die 3. WHO Expert Committee on Mental Health (3), daß der Minimalbedarf an Betten für die kustodiale Behandlung und Pflege schwerster Fälle psychiatrischer Störungen in jeder Gemeinde ein Bett auf 10 000 Einwohner wäre. Zu dieser Zeit verfügten die meisten westeuropäischen Länder über 3 Betten auf 1 000, und die Expertengruppe nahm an, daß für alle schweren Grade die höhere Zahl wahrscheinlich realistischer sei, auch wenn man extramurale Gemeindedienste unterstütze. Was man vor 20 Jahren für eine vernünftige Schätzung hielt, wird jedoch heute keineswegs mehr als solche angesehen, besonders in Ländern, deren ambulante Dienste gut ausgebaut sind und wo man geriatrische Patienten gesondert behandelt. Nach der Erfahrung einiger Länder dürfte sich wohl 0,5 bis 1 Bett auf 1 000 Einwohner schließlich als ausreichend für die Behandlung aller Arten von geistigen Störungen erweisen. So haben die Länder an der Spitze der Abbildung 4 wahrscheinlich ein zu großes Angebot an psychiatrischen Betten, während die, die am Ende rangieren, zu wenig haben. Verallgemeinerungen aufgrund einer einzigen Datenerhebung sind jedoch nicht zulässig. Wenn die geographische Situation z. B. mit spärlicher ländlicher Bevölkerung und schlechten Verkehrsverbindungen einhergeht, wird die Krankenhausbehandlung zu einer praktischeren Angelegenheit als die extramuralen Einrichtungen; im Endergebnis hängt die Art des angebotenen Dienstes von Personalangebot und -verteilung ab. Es ist jedoch klar, daß die Aussagefähigkeit des überbewerteten Schlüssels „Betten auf 1 000" als Indikator eines ausreichenden Dienstes in Frage gestellt werden muß.

In Großbritannien z. B. ist es jetzt erklärtes Ziel, den gegenwärtigen Bettenschlüssel auf 0,5 bis 1 Bett pro 1 000 Einwohner für akute und subakute psychiatrische Krankheiten zu senken. Für chronische Fälle wird man noch ein weiteres Bett auf 1 000 in Heimen brauchen, aber große psychiatrische Krankenhäuser sollen abgebaut und schließlich als solche abgeschafft werden. Eine ähnliche Politik der Reduktion von Betten wird in Irland durchgeführt, das den höchsten psychiatrischen Bettenschlüssel in Europa hat; tatsächlich ist die Zahl der Betten in den letz-

Tabelle 10

Anzahl der Betten für psychiatrische Patienten auf 1 000 Einwohner, aufgeschlüsselt nach der Art der stationären Einrichtung

Land	Betten in Krankenhäusern und Abteilungen	Betten in anderen stationären Einrichtungen	Betten in Einrichtungen für geistig Behinderte	Gesamtzahl
Albanien	0,6	...	...	0,6
Algerien	0,5	...	0,0	0,5
Österreich	1,6	...	...	1,6
Belgien	2,8	1,6	...	4,4
Bulgarien	0,5	0,6	1,0	2,1
Tschechoslowakei	1,3	0,6	1,0	2,9
Dänemark	2,3	0,1	1,9	4,3
Bundesrepublik Deutschland	1,8	...	...	1,8
Finnland	4,4	0,3	0,6	5,3
Frankreich	2,3	0,2	0,7	3,2
Griechenland	1,6	...	0,0	1,6
Ungarn	0,7	0,5	0,9	2,1
Island	1,3	1,1	1,3	3,7
Irland	5,8	0,0	1,5	7,3
Italien	2,2	...	0,2	2,4
Luxemburg	3,0	0,4	1,3	4,7
Malta	4,6	...	0,2	4,8
Marokko	0,2	...	...	0,2
Niederlande	2,9	0,1	1,4	4,4
Norwegen	2,6	2,2	1,4	6,2
Polen	1,3	0,3	1,1	2,7
Portugal	1,1	0,0	0,0	1,1
Rumänien	0,7	0,1	0,1	0,9
Spanien	1,5	...	0,3	1,8
Schweden	3,5	1,4	1,7	6,6
Schweiz	2,7	0,2	...	2,9
Türkei	0,2	0,0	...	0,2
Großbritannien				
England und Wales	2,8	0,0	1,4	4,2
Nordirland	3,5	0,0	1,3	4,8
Schottland	3,9	0,1	1,5	5,5
UdSSR	1,1	...	...	1,1
Jugoslawien	0,8	0,0	0,6	1,4

... keine Angaben erhältlich

Abbildung 4

Angaben über die Bettenzahl in psychiatrischen Einrichtungen pro 1 000 Einwohner

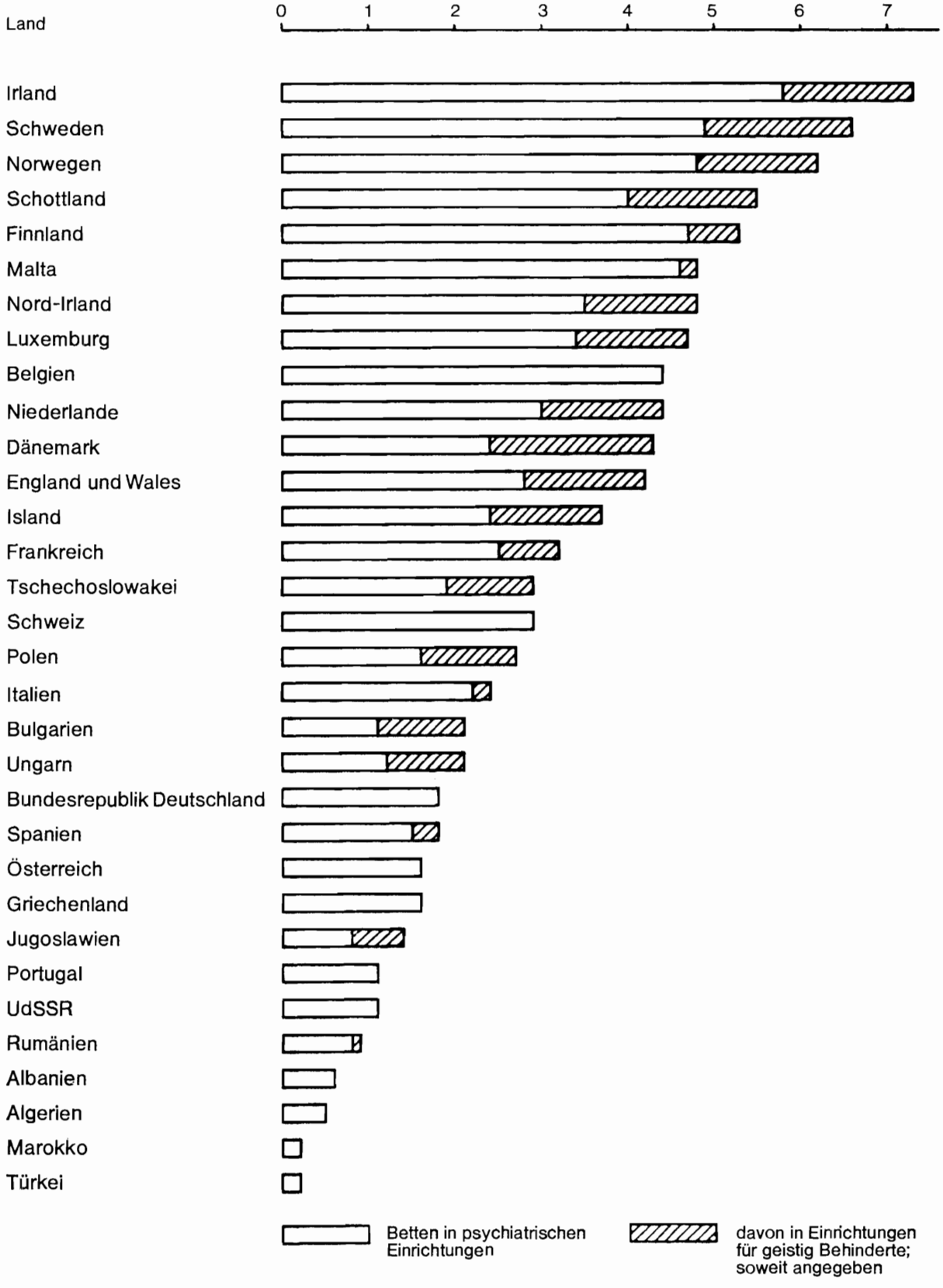


Tabelle 11

Aufteilung von 31 europäischen Ländern nach dem Anteil, der von allen Betten in Gesundheitseinrichtungen auf die psychiatrischen Betten fällt

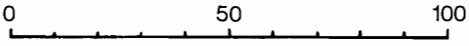
%	Zahl der Länder	Länder
weniger als 20	7	Algerien, Österreich, Deutschland, Marokko, Rumänien, Türkei, Rußland
21 bis 30	10	Bulgarien, Tschechoslowakei, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Island, Italien, Portugal, Schweiz, Jugoslawien
31 bis 40	7	Finnland, Irland, Luxemburg, Niederlande, Polen, Spanien, Schweden
41 bis 50	5	Malta, Norwegen, England und Wales, Nordirland, Schottland
mehr als 50	2	Belgien, Dänemark

ten zehn Jahren bereits um 25 % gesenkt worden, und in einigen städtischen Gebieten ist das Verhältnis wenig höher als 1 : 1 000. In einigen Ländern der Bundesrepublik Deutschland ist geplant, die Größe der psychiatrischen Krankenhäuser auf nicht mehr als 600 Betten zu senken und ein Netz von psychiatrischen Abteilungen mit 200 bis 400 Betten in Einzugsgebieten von etwa 250 000 Einwohnern einzurichten. Man glaubt, daß 1,5 Betten auf 1 000 in Krankenhäusern und Abteilungen, und 1,5 bis 2 Betten auf 1 000 in anderen Wohneinrichtungen ausreichen würden. Auf andere Weise wird das Problem in den Niederlanden angegangen, wo man die psychiarischen Krankenhäuser für bestimmte Arten von Patienten als notwendig betrachtet. Während akute Kurzzeitpatienten in kleinen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden können, sollten mittel- und langfristige chronische Patienten sich der Resozialisation und Rehabilitation in psychiatrischen Krankenhäusern unterziehen, von denen einige groß genug sein dürften, die lebenslange Behandlung von Patienten, die eine ständige beschützende Einrichtung brauchen, zu gewährleisten. Ein solches Vorgehen berücksichtigt die kleine, aber wichtige Anzahl von Patienten, die von den bereits bestehenden Formen der Behandlung nicht profitieren. In Finnland, Norwegen und Schweden gibt es auch keine starke Tendenz, die Zahl der psychiatrischen Betten zu senken. Schwierigkeiten durch die Lage, die Entfernung und die geringe Bevölkerungsdichte mögen dieses Vorgehen beeinflussen. In Finnland leben 14 Personen pro qkm, in Norwegen 12 und in Schweden 18, verglichen mit 323 pro qkm in England und Wales.

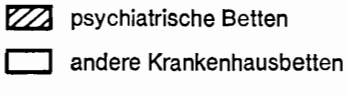
Diese Beispiele zeigen, daß es angesichts unserer gegenwärtigen Kenntnisse der Bedingungen für die psychiatrischen Gesundheitsdienste und des Mangels an Information über Funktion und Verteilung der bereits bestehenden Einrichtungen unmöglich ist, die optimale Bettenzahl pro Bevölkerungseinheit festzulegen. Es ist auch sicher, daß es keine einheitliche internationale Struktur der psychiatrischen Versorgung geben kann; sondern daß jedes Land aus einer Reihe von Möglichkeiten die Elemente auswählen muß, die am besten zu den bestehenden nationalen Bedingungen passen.

Abbildung 5

Anteil der psychiatrischen Betten an der Gesamtzahl der Krankenhausbetten



Land	Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner	Stellung in der Reihenfolge bezüglich Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner
Belgien	8,4	20
Dänemark	8,2	21
Norwegen	13,6	5
England und Wales	9,4	19
Schottland	12,6	8
Malta	11,3	12
Nord-Irland	11,6	10
Niederlande	11,1	14
Luxemburg	12,3	9
Schweden	17,5	2
Spanien	4,8	28
Finnland	14,4	3
Polen	7,4	23
Irland	20,4	1
Island	13,2	7
Ungarn	7,8	22
Schweiz	11,5	11
Griechenland	6,5	25
Frankreich	13,4	6
Italien	10,1	17
Jugoslawien	5,9	26
Portugal	5,0	27
Bulgarien	9,9	18
Tschechoslowakei	13,7	4
Algerien	3,0	29
Bundesrepublik Deutschland	11,3	12
Österreich	10,8	15
Marokko	1,5	31
Rumänien	6,9	24
UdSSR	10,6	16
Türkei	2,0	30



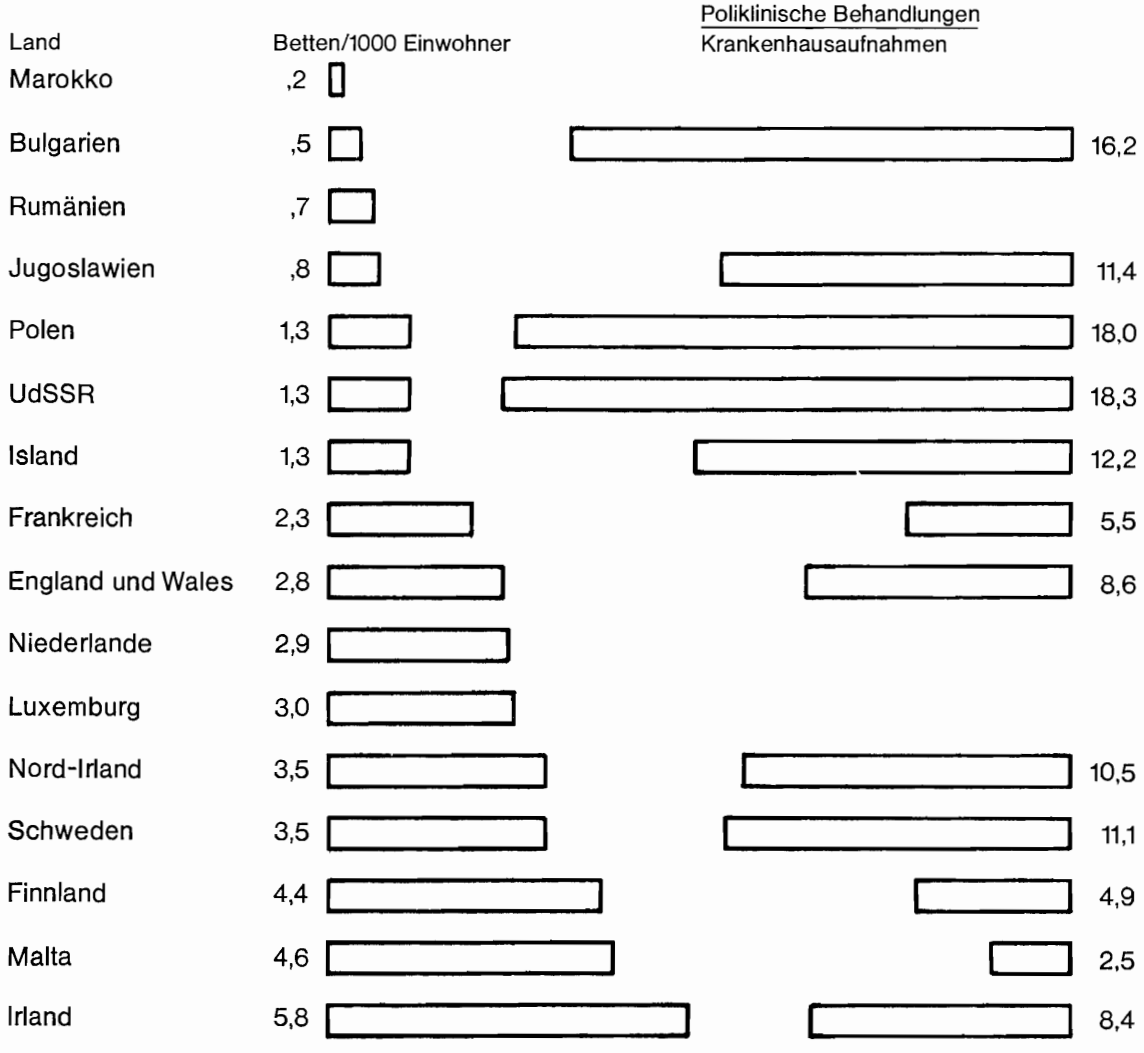
IV. Strukturen der Dienste

Einzelne Punkte des Fragebogens des Regionalbüros, die sich mit patientenbezogenen statistischen Werten befaßten, beschränkten sich auf einfache Fragen nach Zahl der Aufnahmen, Entlassungen und Todesfälle und der Dauer des Aufenthalts in den eben besprochenen Einrichtungen. Nach Einzelheiten über die Patienten, wie Alter, Geschlecht, Diagnose oder anderen demographischen Daten wurde nicht gefragt; nur von Ländern mit einem gut organisierten nationalen Datensammlungssystem, das auf Fallregistern beruht, und mit umfassenden psychiatrischen Einrichtungen kann man stichhaltige Informationen über bestimmte Patientengruppen erwarten. Das Ziel war statt dessen, von möglichst vielen Ländern etwas über die nationale Handhabung verschiedener Einrichtungen zu erfahren.

In *Abbildung 6* ist die Zahl der Betten in Krankenhäusern und Abteilungen pro 1 000 Einwohner mit der Verhältniszahl ambulante Untersuchungen/Krankenhausaufnahmen verglichen, einem Index, der Aussagen über das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Behandlung liefert. Wie zu erwarten, haben die Länder mit einer niedrigen Anzahl von Betten ein hohes Verhältnis von ambulanten zu stationären Patienten und umgekehrt. Ausnahmen bilden in Nordirland und Schweden, wo beide Indizes hoch sind. Unter den Ländern mit niedriger Bettenanzahl sind Bulgarien, die CSSR, Polen und Jugoslawien, deren erklärte Absicht, die poliklinischen Dienste auszubauen, sich im Index widerspiegelt. Abbildung 6 zeigt, daß die Anzahl der Aufnahmen nicht unbedingt mit den zur Verfügung stehenden Betten korreliert. Irland hat zwar mehr als zehnmal soviel Betten wie Bulgarien, aber die Zahl der Aufnahmen ist nur zweimal so hoch. Andererseits hat die CSSR mit 1,3 Betten auf 1 000 Einwohner praktisch die gleiche Zahl von Krankenhausaufnahmen wie England und Wales mit 2,8

Abbildung 6

Zahl der Betten in Krankenhäusern und Abteilungen, verglichen mit dem Verhältnis poliklinischer Besuche zu Klinikaufnahmen



Betten. Eine hohe Aufnahmerate wird natürlich unter anderem davon abhängen, welcher Anteil einer anscheinend großzügigen Bettenversorgung durch chronische Langzeitpatienten blockiert wird.

In *Abbildung 7* sind die Daten psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern im Vergleich zu psychiatrischen Krankenhäusern von 13 Ländern zusammengefaßt. Nur Länder mit eindeutigen Angaben wurden berücksichtigt. Diese Abbildung zeigt die Unterschiedlichkeit des Anteils psychiatrischer Betten in Abteilungen von 1,9 % in Irland bis zu 36,3 % in Jugoslawien. Außer in Jugoslawien überschreitet der Anteil der Aufnahmen und — wo Daten darüber verfügbar sind — Erstaufnahmen überall den vergleichsweise schmalen Anteil von Betten, die in diesen Abteilungen vorhanden sind. In dieser Hinsicht ragen die Niederlande hervor. Dort ist der Anteil der Aufnahmen in Abteilungen elfmal höher als der Anteil der zur Verfügung stehenden Betten. Die Ausnutzung der Betten in Abteilungen ist noch auffallender in Jugoslawien, wo 74,2 % aller Aufnahmen auf Abteilungen erfolgen, die nur über 36 % aller psychiatrischen Betten verfügen. Da die Aufnahme in Abteilungen aufnahmepolitischen Entscheidungen folgt, wird sie wahrscheinlich auch durch die Anzahl von Betten für Kurzzeitpatienten in psychiatrischen Krankenhäusern beeinflußt. Diese wiederum hängt davon ab, wieviel Betten durch chronische Langzeitpatienten blockiert werden. In Polen z. B. belegen Langzeitpatienten nur 50 % der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern, verglichen mit 80 % in den Niederlanden. Vielleicht erklärt dies den hohen Anteil von Aufnahmen in Abteilungen in den Niederlanden. In den 5 Ländern, die darüber Daten liefern konnten, scheinen die Abteilungen gegenüber den psychiatrischen Krankenhäusern bei Erstaufnahmen nicht bevorzugt zu werden, da der Anteil der Erstaufnahmen nicht viel größer als für *alle* Aufnahmen ist; und man kann nicht behaupten, daß psychiatrische Krankenhäuser nur Fälle aufnehmen, die auf die Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung nicht ansprachen.

Abbildung 8 zeigt drei operationale Indizes: Die Anzahl der Betten pro Psychiater, die Anzahl der Aufnahmen pro Bett und die Anzahl der Aufnahmen pro Psychiater. Die Zahl der *Betten pro Psychiater in psychiatrischen Krankenhäusern* reicht von 16 in Island und 26 in Bulgarien bis 172 in Luxemburg und 200 in Frankreich. Sogar dort, wo die Mehrzahl der Betten von chronischen Langzeitpatienten, die wenig aktive Therapie erhalten, belegt sind, bedeuten wohl Verhältniszahlen der letzten Größenordnung eine übermäßige Belastung und können vielleicht zur Chronifizierung beitragen. Andererseits gibt es weit weniger Unterschiede in der Skala *Betten pro Psychiater in psychiatrischen Abteilungen*, wo auf jeden Psychiater annähernd 10 bis 25 Betten fallen.

Die *Zu- und Abgangsraten* in psychiatrischen Krankenhäusern, gemessen als Anzahl von Aufnahmen pro Bett und Jahr, reichen von 0,4 in den Niederlanden, 0,5 in Spanien und 0,6 in Luxemburg bis 4,3 in Island. Hier besteht eine klare Korrelation mit der Anzahl von Betten pro Psychiater, und andere Informationsquellen zeigen eine weitere Beziehung auf, nämlich, wie zu erwarten, mit dem Anteil der Langzeitpatienten in psychiatrischen Krankenhäusern. Die vergleichsweise hohe Zu- und Abgangsrate in Bulgarien, Dänemark, Jugoslawien, Polen, der CSSR und Schweden mag von der Auswahl von Fällen mit einer günstigen Prognose zusammenhängen oder wahrscheinlich eher mit einer flexibleren Entlassungs- und Wiedereinweisungspolitik, die durch

Abbildung 7

Betten, Aufnahmen, Erstaufnahmen psychiatrischer Abteilungen an nichtpsychiatrischen Krankenhäusern, Angaben in Prozent aller psychiatrischen Betten

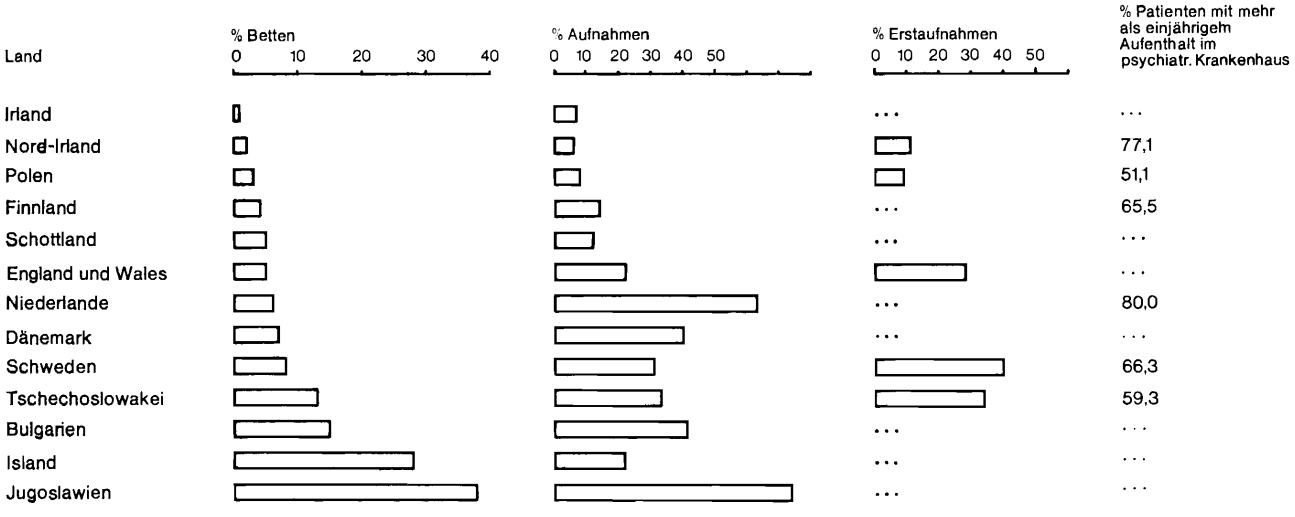
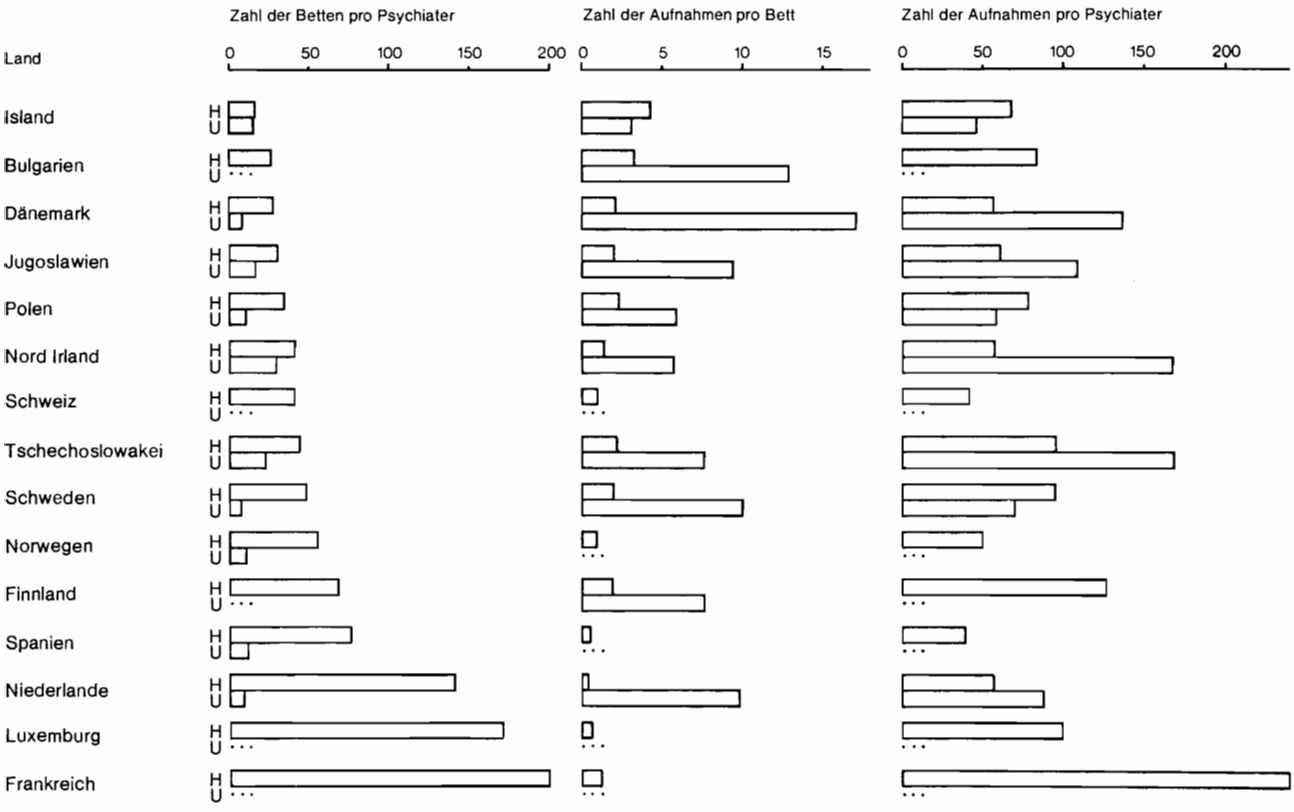


Abbildung 8

Zahl der Betten pro Psychiater, der Aufnahmen pro Bett und der Aufnahme pro Psychiater in psychiatrischen Krankenhäusern (H) und Abteilungen (U) an nichtpsychiatrischen Krankenhäusern



ausgedehnte Einrichtungen unterstützt wird. Aber die viel größere Aktivität in psychiatrischen Abteilungen mit ihrem besseren Personalschlüssel ist auffallend im Vergleich mit dem Zu- und Abgang in psychiatrischen Krankenhäusern.

Die letzte Spalte von Abbildung 8 faßt die Ergebnisse der anderen Spalten zusammen und zeigt, daß eine hohe Zahl von Aufnahmen pro Psychiater entweder mit der großen Zahl von Betten, für die er verantwortlich ist, wie in Frankreich, oder mit einer hohen Zu- und Abgangsrate, wie in Dänemark, zusammenhängen kann.

Bei der Betrachtung der Daten in Abbildung 7 und 8 sollte man bedenken, daß Aufnahmeraten nicht nur vom Vorhandensein von Betten, sondern indirekt auch vom Ausmaß und der Organisation extramuraler Einrichtungen, vom Personalverhalten und von sozio-kulturellen Werten abhängen. Man kann zwar gewisse Schlüsse aus den Zahlen ziehen, aber die große Spannweite der operationalen Indizes betont die Bedeutung lokaler Faktoren und die Notwendigkeit, das Angeführte vorsichtig zu interpretieren.

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

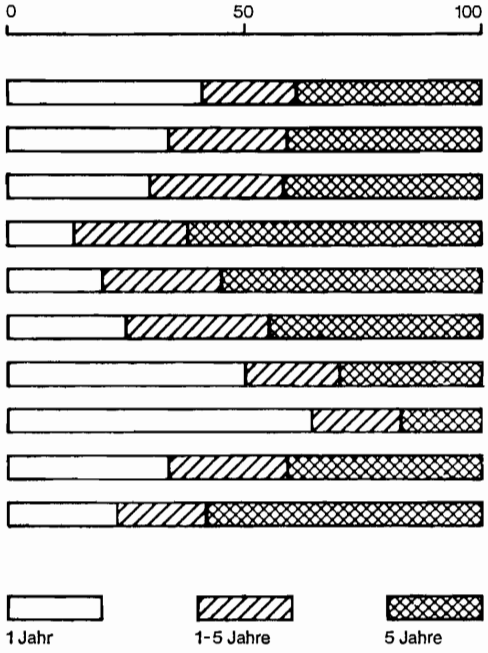
Das 3. „WHO Expert Committee on Mental Health" (2) empfahl sorgfältige Beobachtung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer für verschiedene Patientengruppen (weniger als ein Jahr, ein bis fünf Jahre, mehr als fünf Jahre), um die optimale Dauer herauszufinden, die das Risiko des Hospitalismus einerseits und die schädlichen Wirkungen wiederholter Wiedereinweisungen andererseits soweit als möglich reduzieren sollte. Die Verteilung stationärer Patientenpopulationen nach Alter, Geschlecht, Diagnose und Aufenthaltsdauer kann durch einen routinemäßigen Zensus, der in Abständen wiederholt wird, beobachtet werden, um die Schwankungen der Chronizität in verschiedenen Patientengruppen im Auge zu behalten.

Abbildung 9 gibt eine einfache Aufzählung der Anzahl von Patienten, die in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen an einem bestimmten Tag, entsprechend ihrer Aufenthaltsdauer, leben. Trotz der Wichtigkeit solcher Daten für planerische und administrative Zwecke konnten nur zehn Länder diese Informationen liefern. Die Abbildung zeigt, daß in jedem Land, von dem eine Meldung einging, außer Polen und Rumänien, mehr als $^1/_3$ der Patienten fünf Jahre und länger stationär behandelt wurden, während in Malta, den Niederlanden, Norwegen und Nordirland weniger als 25% der psychiatrischen Krankenhausbetten für Kurzzeitaufnahmen zur Verfügung stehen.

Es ist schwierig, einen einzelnen Faktor als bestimmend für die Größe der Langzeitpopulation in

Abbildung 9

Prozentuale Verteilung nach Aufenthaltsdauer der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern an einem Stichtag



Land	Zahl der Patienten	Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner	Betten pro Psychiater
Tschechoslowakei	13176	1,1	44
Finnland	18284	4,4	51
Frankreich	124487	2,2	200
Malta	962	3,9	148
Niederlande	...	2,7	141
Norwegen	11760	2,3	55
Polen	37880	1,3	34
Rumänien	9163	0,5	30
Schweden	25267	3,2	48
Nord-Irland	5341	3,4	41

psychiatrischen Krankenhäusern auszumachen. Die Bedeutung angemessener Personalschlüssel wurde oben besprochen. Die leichte Zugänglichkeit und das Vorhandensein von Betten ist ein weiterer wichtiger Faktor: Es wird allgemein anerkannt, daß Betten, die vorhanden und leer sind, belegt werden, aber ein energisches Entlasssungsprogramm sollte durch eine liberale Aufnahmepolitik ergänzt werden. Beides, die Entwicklung von „screening"-Verfahren vor der Einweisung und Rehabilitationsdienste nach der Entlassung, fördern die Beteiligung des Hausarztes oder Allgemeinarztes und können indirekt die größte Rolle bei der Reduzierung des Problems spielen. Es sollte während der nächsten 10 Jahre möglich sein, innerhalb der Länder, die sich einer solchen Politik verschrieben haben, die Wirksamkeit von mobilisierenden extramuralen Einrichtungen zu evaluieren.

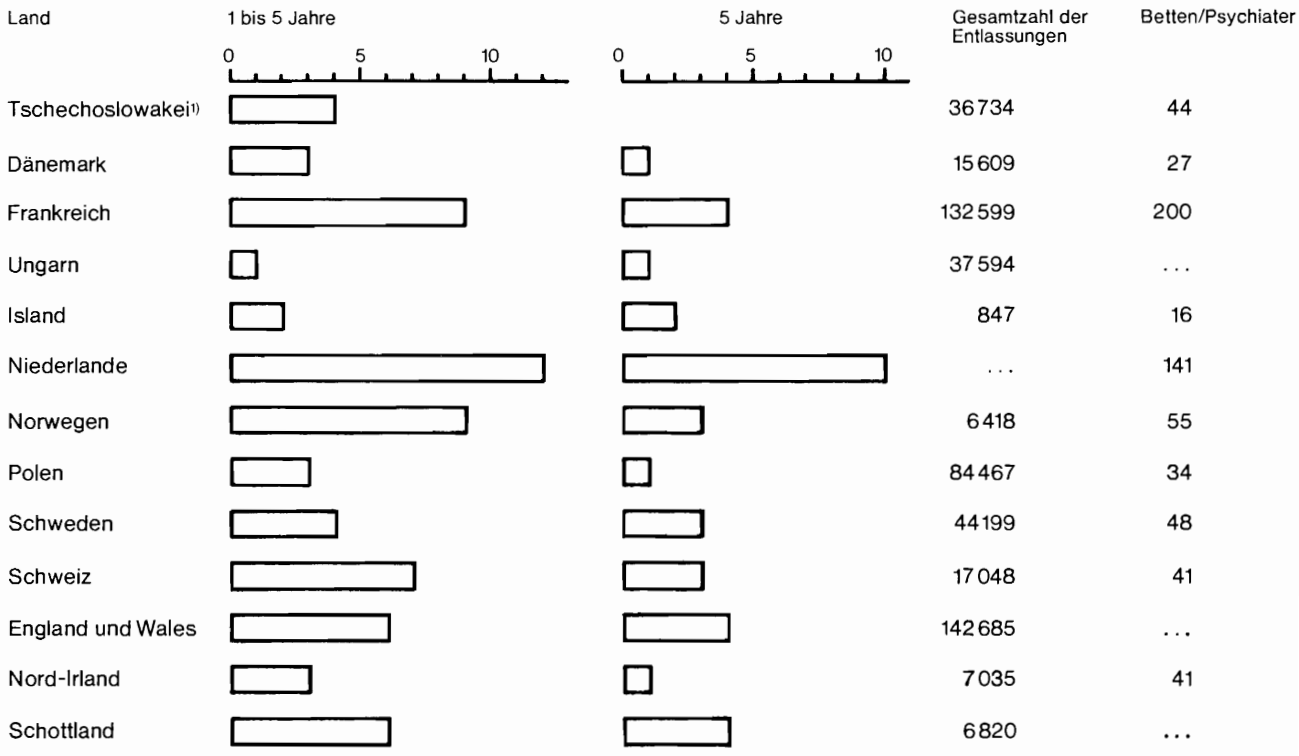
Eine zweite Möglichkeit, die Dauer des Aufenthaltes im Krankenhaus zu erforschen, ist in *Abbildung 10* dargestellt. Hier wird der Anteil der entlassenen oder im Krankenhaus verstorbenen Patienten dargestellt, die sich dort zwischen 1 bis 5 Jahren oder länger aufgehalten hatten. Man kann sehen, daß in der CSSR, in Dänemark, Island, Polen, Schweden und Nordirland mehr als 95 % der Patienten innerhalb des ersten Jahres nach der Aufnahme entlassen werden, und dies kann vielleicht wieder mit dem günstigen Personalschlüssel — im Gegensatz zur Situation in Frankreich und den Niederlanden — zusammenhängen. Abbildung 10 impliziert auch, daß eine relativ große Zahl von Patienten noch zwischen dem ersten und fünften Jahr nach der Aufnahme entlassen werden kann, obwohl man auch daraus schließen könnte, daß, wenn die Entlassung nicht innerhalb eines Jahres nach der Einweisung stattfindet, die Wahrscheinlichkeit steigt, die Aufenthaltsdauer auf mehr als 5 Jahre ansteigt. Sei es, wie es mag, die Erfahrung zeigt, daß die Rehabilitation und Entlassung von „Mittel-Zeit-"Patienten, die 1 bis 5 Jahre lang im Krankenhaus waren, mit mehr Nachdruck betrieben werden muß, solange noch die Möglichkeit besteht, daß sie einige ihrer Grundfähigkeiten behalten haben. Jedenfalls würde die aktive Intervention mit genügend Personal wahrscheinlich die Entlassungsaussichten begünstigen.

Dienste für geistig Behinderte

Mit Ausnahme von Dänemark bereitet es den nationalen Behörden, die für Gesundheits- und Wohlfahrtsdienste für die geistig Behinderten zuständig sind, einige Schwierigkeiten, ihre Gesamteinrichtungen zur Pflege und Behandlung dieser Gruppe anzugeben; nur in Dänemark werden alle Bestrebungen zentral im „Danish National Service for the Mentally Retarded" koordiniert. Daß es Schwierigkeiten gibt, derartige Informationen zu erhalten, ist nicht überraschend. Tabelle 1 zeigte, daß viele zentrale, lokale und private Stellen beteiligt sind. Außer dem Erziehungsministerium, das gewöhnlich beteiligt ist, sind noch andere betroffen: das Ministerium für soziale Sicherheit, das Innenministerium, das Arbeitsministerium, das Kultur- und Freizeitministerium. Einige der geistig Behinderten brauchen nur sehr wenig, wenn überhaupt, psychiatrische oder pflegerische Versorgung und sind in Internatsschu-

Abbildung 10

Entlassungen und Todesfälle von Patienten mit längerer Aufenthaltsdauer als ein Jahr als Prozentzahl aller Entlassungen und Todesfälle (einschließlich der Patienten unter einem Jahr Aufenthalt)



1) 1 Jahr

len, Pflegeheimen oder anderen privaten Institutionen untergebracht, die oft nicht in die Informationssysteme der nationalen psychiatrischen Gesundheitsdienste einbezogen sind. Tabelle 2 zeigt solche Daten, wie sie in diesem Bericht geliefert wurden, über Betten für geistig Behinderte in separaten Institutionen. Diese Zahlen sind fast sicher unvollständig, weil nicht bekannt ist, wie viele Patienten mit ausschließlich geistiger Behinderung in Wirklichkeit in psychiatrischen Krankenhäusern leben. Die Anzahl der Betten, die überhaupt gemeldet wurden, reicht in Dänemark von 0 bis 1,9 pro 1 000 Einwohner; aber acht Länder konnten diese Daten überhaupt nicht liefern.

Die Ergebnisse der Befragung des Regionalbüros über Einrichtungen für die geistig Behinderten stellten sich als so unbefriedigend heraus, daß in einer Anzahl von „pilot areas" in verschiedenen europäischen Ländern eine besondere Studie erhoben wurde. Fragebögen zur Gewinnung relevanter Informationen wurden gemeinsam von einer Arbeitsgruppe zur Datenerhebung und Klassifikation von Diensten für die geistig Behinderten (3) erstellt, und die Analyse der ausgefüllten Fragebögen ist in dem Bericht einer Konferenz des Regionalbüros über die geistig Behinderten (4) enthalten.

Geronto-psychiatrische Dienste

Ältere Menschen mit psychischen Krankheiten werden von den meisten Ländern als eine Gruppe von Patienten aufgefaßt, die spezielle Bedürfnisse haben, welche sich aus der Komplexität der Gesundheits- und Sozialprobleme, die im Zusammenhang mit ihrer Pflege auftauchen, ergeben. Die Inzidenz und Prävalenz geronto-psychiatrischer Störungen nimmt in allen Ländern in Übereinstimmung mit der erhöhten Lebenserwartung und der überall anzutreffenden Alterung der Bevölkerung zu. In einigen Ländern sind fast die Hälfte der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern von Patienten mit 65 Jahren oder darüber belegt, oft weil Mangel an geeigneteren Einrichtungen in gewöhnlichen geriatrischen Krankenhäusern besteht oder weil (obwohl sie nur minimale medizinische und pflegerische Betreuung brauchen) Sozialfürsorge und Unterstützung nicht in speziellen Heimen für Ältere oder sonstwo in der Gemeinde gestellt werden kann.

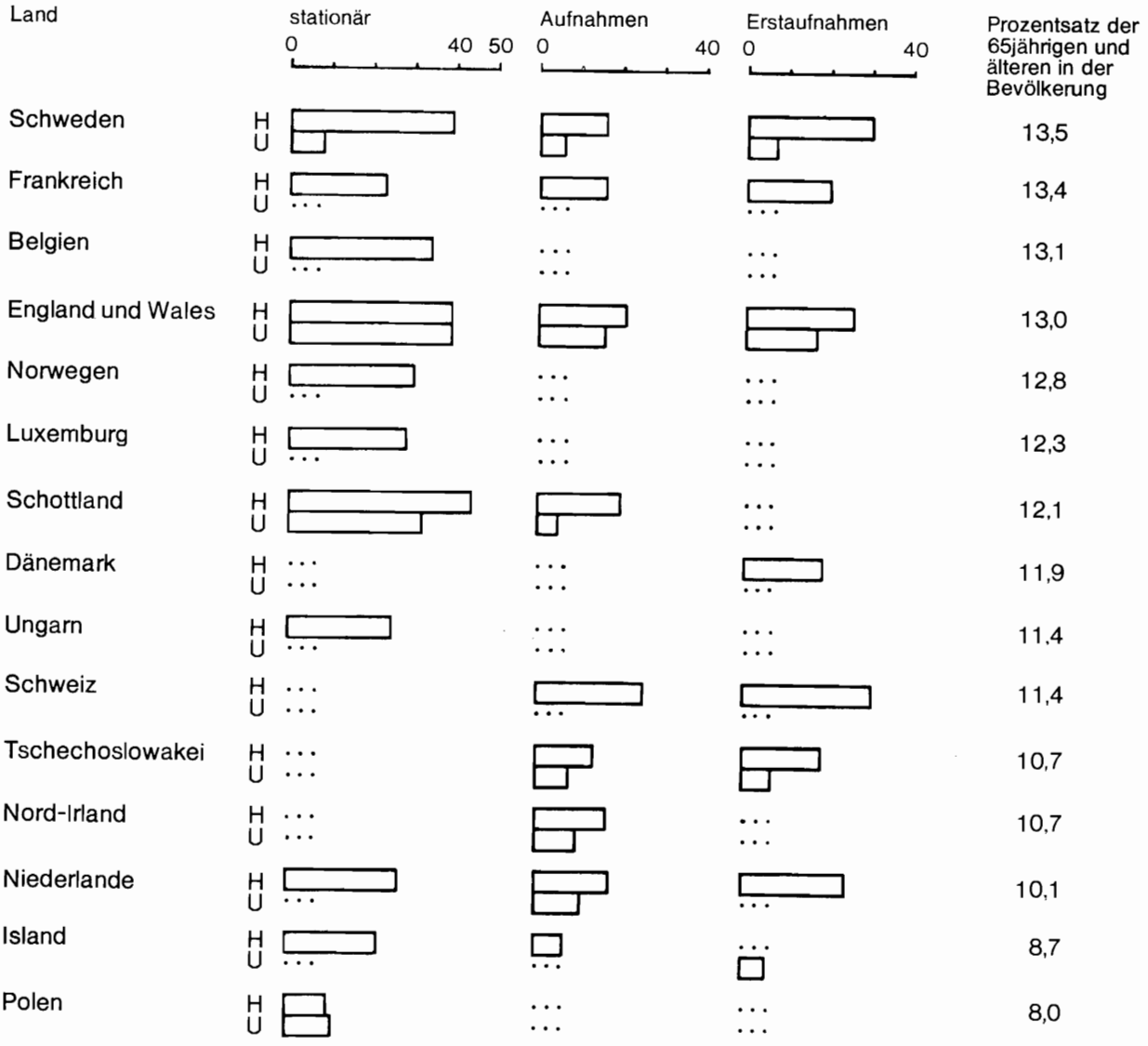
Tabelle 1 zeigt, daß eine ganze Reihe nationaler und lokaler Behörden, zusammen mit privaten und freien Einrichtungen bei der Einrichtung von Diensten für diese Gruppe beteiligt sind, aber wenige Länder können ein umfassendes Bild ihrer Gesamt-

einrichtungen geben, besonders im Hinblick auf soziale Unterstützung in der Gemeinde und nichtstationäre Wohnfürsorge.

Abbildung 11 gibt eine Zusammenfassung der Informationen über die Krankenhausversorgung von gerontopsychiatrischen Patienten. 15 Länder konnten nur Teilinformationen geben, und nur Schweden und Großbritannien konnten alle erfragten Daten liefern. In der Abbildung sind die Länder nach abnehmender Prozentzahl der älteren Leute in der Bevölkerung angeordnet. Entgegen aller Erwartung entspricht die Anzahl der Aufnahmen aus dieser Altersgruppe nicht der Bevölkerungsstruktur. Die Schweiz z. B., wo 11,4 % der Einwohner 65 Jahre oder älter sind, hat mehr Aufnahmen als Schweden mit 13,5 %. Während der Anteil der stationären psychiatrischen Krankenhauspatienten mit 65 oder darüber teilweise vom Altern der eigenen chronischen Langzeitpatienten verursacht sein kann, weist der hohe Anteil von Erstaufnahmen in den meisten Ländern wahrscheinlich auf den Mangel an *geriatrischen* Krankenhauseinrichtungen, von Heimen für die Alten und von geeigneter Gemeindeunterstützung, hin.

Abbildung 11

Prozentzahl der Patienten im Alter von 65 und darüber im psychiatrischen Krankenhaus (H) und psychiatrischen Abteilungen im nichtpsychiatrischen Krankenhaus (U)



... keine Angaben erhältlich

Der Mangel an Informationen über gerontopsychiatrische Dienste bewegte das Regionalbüro dazu, eine weitere Untersuchung anzuregen, die die oben erwähnte Studie über Dienste für die geistig Behinderten ergänzen soll. Der erste Teil dieser Studie sammelt relevante soziodemographische Daten und beschreibt alle Einrichtungen in jeder der teilnehmenden „pilot areas". Der zweite Teil enthält eine Einschätzung der Fähigkeiten eines Samples alter Patienten in verschiedenartigen Einrichtungen und eine Analyse ihrer Bedürfnisse und der Angemessenheit ihrer gegenwärtigen Unterbringung. Die Ergebnisse dieser Befragung sind in dem Bericht des Regionalbüros von einem Symposium über psychische Störungen alter Menschen enthalten (5).

Psychiatrische Gesundheitsdienste der Gemeinden

In der modernen europäischen psychiatrischen Praxis bezeichnet der Begriff „community service" (Gemeindedienst) besonders die Leistung und die Aktivitäten des Netzes unabhängiger Einrichtungen, die in dem „Einzugsgebiet" liegen, das zum Verantwortungsbereich des medizinischen, pflegerischen und für die Sozialarbeit verantwortlichen Personals im Bereich der seelischen Gesundheit erklärt wurde: Gemeindedienste im Gegensatz zu den Diensten des traditionellen psychiatrischen Krankenhauses sind interessiert, Einweisungen zu vermeiden oder die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus auf ein Minimum zu reduzieren und soweit als möglich alle Arten und Stadien psychischer Störungen im Rahmen der Polikliniken zu behandeln. Sie versuchen, mit geeigneter Unterstützung durch eine Vielzahl medizinischer und sozialer Einrichtungen, deren Anstrengungen auf der lokalen Gemeindeebene koordiniert werden müssen, den Patienten in seiner normalen sozialen Umgebung zu belassen. Bessere Voraussetzungen dafür werden durch die Entwicklung psychiatrischer Abteilungen in den örtlichen Allgemeinkrankenhäusern geschaffen, die eine günstige Alternative zu den psychiatrischen Krankenhäusern bieten, wenn die Einweisung im Interesse des Patienten notwendig wird, sowie durch die Entwicklung beschützender industrieller Werkstätten als zusätzliche Einrichtung, die den Patienten sozial rehabilitieren und in die Gemeinschaft reintegrieren sollen. Die diesem Weg zugrunde liegende Anschauung beeinflußt heute die psychiatrische Gesundheitspolitik vieler europäischer Länder, wie wir schon im Kommentar zu diesem Überblick aufzeigten. Die Hauptimplikationen bei der Organisation können wie folgt zu-

Tabelle B

Gemeindepsychiatrische Dienste für psychisch Kranke

		Frankreich	Großbritannien (England und Wales)
	Einwohner (1969)	50 545 400	48 826 800
Pro 100 000 Einwohner	Gesamtärztezahl	119,6	115,7
	Ärzte in psychiatrischen Diensten	3,3	5,3
	Betten in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen — gegenwärtig (geplant)	230 (etwa 300)	280 (etwa 50 bis 150)
	Bevölkerungs-„Anteil" pro psychiatrischem Team	60 000 bis 75 000	60 000
	Psychiater pro Team	2	3
Pro 100 000 Einwohner	Kurzzeitbetten in Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser	etwa 50	etwa 50 bis 70
	Tagesklinikbetten für Erwachsene	20	65
	Langzeitbetten für chronisch Kranke (einschließlich geronto-psychiatrische)	—	120
	Betten in Heimen für Erwachsene	—	20 bis 30
	Plätze in beschützenden Werkstätten	—	60

Anmerkung: Für beide Länder gilt:

[1]) Zusätzliche Betten für Kinder und Jugendliche, Abhängige, geistesgestörte Straftäter usw. fehlen
[2]) Kinderpsychiatrische Dienste wurden durch Verschmelzung mehrerer „sectors" regional organisiert

Tabelle 12

Personalverteilung in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten

Land	Einwohner und Jahr der entsprechenden Zählung		Jahr(e), auf die sich die Daten beziehen
	Population	Jahr	
Albanien	1 626 315	1960	1970
Algerien	13 815 600	1970	1970
Österreich	7 349 497	1969	1969
Belgien	9 580 990	1967	1970
Bulgarien	8 514 883	1970	1970
Tschechoslowakei	14 361 994	1968	1969
Dänemark	4 879 200	1969	1969
Bundesrepublik Deutschland	57 485 000	1966	1966 bis 1967
Finnland	4 698 380	1968	1969
Frankreich	50 545 400	1969	1968
Griechenland	8 716 441	1967	1969 bis 1970
Ungarn	10 315 597	1970	1969
Island	203 365	1969	1970
Irland	2 884 002	1966	1971
Italien	53 636 009	1967	1968
Luxemburg	338 500	1969	1969
Malta	322 794	1970	1970
Marokko	15 050 000	1969	1970
Niederlande	12 957 628	1969	1966 bis 1971
Norwegen	3 892 000	1970	1969 bis 1970
Polen	32 670 600	1969	1970
Portugal	9 496 800	1968	1969 bis 1970
Rumänien	20 361 192	1971	1970
Spanien	32 015 700	1965	1969
Schweden	8 004 377	1970	1967 bis 1970
Schweiz	6 224 000	1969	1965 bis 1968
Türkei	35 666 549	1970	1970
England und Wales	48 826 800	1969	1969
Nord-Irland	1 524 000	1970	1970
Schottland	5 199 100	1970	1970
UdSSR	241 720 000	1971	1969
Jugoslawien	20 350 607	1969	1969

... Keine Angaben erhältlich
. Nicht berechnet
x Teilangaben
* Schätz- und Annäherungszahl
a Unvollständige Erfassung des Personals wegen unvollständiger Erfassung der Institutionen und Dienste
b Unvollständige Erfassung des Personals wegen Ausschluß bestehender Arten von Personal
c Nicht bekannt, ob Ausgebildete oder Angelernte eingeschlossen sind

Tabelle 12

nach Berufsgruppen

Personal in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten					
Psychiater	Psychologen	Sozialarbeiter	Krankenschwestern		
			ausgebildet	Hilfsschwestern	zusammen
22	...	...	...	...	...
29[c]	14	7	...	...	...
354[c]	...	...	2 122	...	...
594	...	...	417[a]	...	...
319[b]	...	—	679	805	1 484
747[b]	88	303[b]	4 760[a]	—	4 760
535	47	81	2 026	2 598	4 624
2 688	...	8 293	11 252	6 671	17 923
400*	269	162	1 831	4 767	6 598
1 657	1 028*	540*	29 367*	1 829[x]	31 196[x]
523	30	69	656[x]	1 029[x]	1 685[x]
629	97	—	1 035	1 331	2 366
22	4	3	75	200*	275*
251[b]	18[x]	11[x]	4 974[a]	...	...
1 400*	...	...	...	...	21 912
21[b]	10	7	233	55	288
10	1*	—	27	296	323
23	3	...	40	198	238
863	300	1 025*	32 850*	4 067	36 917*
383	95*	153*	1 044	3 141	4 185
1 890[b]	122[a]	79[x]	3 576[b]	1 767[a]	5 343[ab]
272	8	75	772[a]	...	...
460	46	—	...	...	...
1 287	60[a]	78[a]	847[a]	84[a]	931[a]
900	206	520	3 950	13 600	17 550
720[x]	...	...	2 686	724	3 410
511	16[x]	4[x]	25[x]	71[x]	.
2 567	751[b]	2 683[b]	32 704[b]	9 912[b]	42 616[b]
133[b]	22	38	1 220	890	2 110
400[b]	25	63	6 699[c]	2 981	9 680
14 502	...	...	...	...	...
871	208	487	1 526	2 175	3 701

sammengefaßt werden: Verlagerung der Betonung von stationären auf poliklinische Dienste; Reduzierung der Anzahl der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern, und Vergrößerung der Anzahl psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern; Förderung des Beitrags der Sozialdienste in bezug auf das Gesundheitsfürsorgesystem in Ausmaß und Vielfalt, und Sicherung der Kooperation der vielen Behörden und Stellen, die an der Prävention, Behandlung oder Rehabilitation der geistig Gestörten in der Gemeinde beteiligt sind. Die Größe der Versorgungsgebiete scheint ein kritischer Faktor zu sein. Länder mit praktischer Erfahrung in psychiatrischer Gemeindefürsorge meinen (aus hauptsächlich empirischen Gründen), daß sie eine Bevölkerung von 100 000 bis 350 000 Personen, vielleicht unterteilt in kleinere „Sektoren" von 60 000 bis 80 000, umfassen sollten, jedes unter der Verantwortung eines multidisziplinären „psychiatrischen Teams". Ihre Genzen sollten möglichst mit denen der lokalen Regierungsbehörden übereinstimmen, und ihre Gestalt mag durch die Bevölkerungsdichte und demographische Charakteristika, durch öffentliche Verkehrsmittel, Kommunikationskanäle und vom Grad der Urbanisierung beeinflußt werden.

Der vorliegende Bericht hat die Wichtigkeit des politischen, sozialen, ökonomischen und administrativen Rahmens betont, indem er das Modell eines psychiatrischen Gemeindegesundheitsdienstes entwarf, aber seine Struktur und Organisation wird praktisch von den oben aufgeführten allgemeinen Prinzipien bestimmt. Aus den Beispielen, die jetzt in verschiedenen Ländern bestehen, zeigt die Tabelle B die Ähnlichkeiten, die der Planung von Distriktsdiensten in Großbritannien und der Politik der Sektorierung, die nun in Frankreich angegangen wird, zugrunde liegen.

V. Arbeitskräfte für psychiatrische Dienste

Der Übergang von der kustodialen Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern zu einer liberaleren therapeutischen Führung, die Ausweitung der poliklinischen Behandlung und das Interesse an der Sozialpsychiatrie und psychosozialen Faktoren in der Genese und Evolution von psychischen Krankheiten führten alle zur Forderung nach mehr Personal mit multidisziplinären Fertigkeiten im psychiatrischen Gesundheitsdienst. Erfahrungen mit anderen Berichten haben die Schwierigkeit, verschiedene Kategorien von Personal zu unterscheiden, gezeigt. Die vorliegende Befragung wurde deshalb auf die Anzahl und die Ausbildung derjenigen, die in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten arbeiten, begrenzt. Diese einfache Statistik sollte eine Vorstellung von den den Diensten in verschiedenen Ländern zugestandenen Prioritäten geben. Länder mit gut organisierten Gesundheitsinformationssystemen konnten hier vollständige Daten liefern, andere jedoch nur Schätzungen.

Tabelle 12 zeigt die von zentralen Verwaltungsbehörden angegebenen absoluten Zahlen für jede Kategorie des psychiatrischen Personals. Die Fußnoten der Tabelle zeigen die begrenzte Aussagefähigkeit der Daten, die Vergleiche zwischen Ländern weitgehend unmöglich machen. Von der Zahl der Psychiater abgesehen, zeigt die Tabelle die Lükken im Datenmaterial aller Kategorien, die häufig der Konfusion und Unsicherheit über Definitionen zuzuschreiben sind.

Psychiater

Die meisten europäischen Länder beklagen einen Mangel an Psychiatern. *Tabelle 13 und 14* zeigen jedoch, daß nicht alle Länder wirklich Angaben über die Anzahl der in ihren Diensten arbeitenden Fachkräfte machen konnten. Obwohl fast alle die Anzahl der Ärzte und psychiatrischen Fachärzte angeben konnten, konnte die Hälfte der Länder keine Angaben über die Zusammensetzung ihres ärztlichen Personals in den verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen ihrer Dienste machen. Überraschenderweise konnten 10 Länder keine Zahlen über Psychiater in Ausbildung vorlegen; dies kann als ein ernster Informationsmangel gelten, der von grundsätzlicher Bedeutung für die Planung sein muß.

Es kann sogar problematisch sein, genaue Zahlen der Psychiater zu erhalten. In Ländern, wo Neuropsychiatrie als getrenntes Fachgebiet anerkannt ist, kann über die speziellen Funktionen Verwirrung auftreten; eine Übersicht aus der BRD deckte auf, daß Neuropsychiater, die in Institutionen arbeiteten, sich selbst als Psychiater betrachteten, während jene, die in poliklinischen Diensten arbeiteten, sich selbst als Neurologen bezeichneten. Auch in diesem Land ist die Situation noch weiter durch die Tatsache kompliziert, daß ärztliche Spezialisten auf anderen Fachgebieten als der Psychiatrie später zu Psychotherapeuten ausgebildet werden. Es gibt vielleicht etwa 1 000, die als Ärzte im psychiatrischen Gesundheitsdienst arbeiten, von denen nur ein kleiner Prozentsatz Psychiater oder Psychologe durch Qualifikation oder Ausbildung ist. Schließlich, wenn wir uns den Gesamtzahlen zuwenden, ist es wichtig, „Mehrfachzählungen" zu vermeiden in Fällen, in denen ein Psychiater bei zwei oder mehr Behörden beschäftigt ist, von denen jede seine Stelle unabhängig zählt; man müßte jede dieser Stellen in Bezug zu einer Ganztagsstelle setzen.

Die Facharztausbildung in Psychiatrie wird auf verschiedene Weise erreicht, und es gibt Unterschiede zwischen den Ländern in bezug auf Eignung, Auswahl, Länge der Ausbildung und Qualifikation. In Norwegen und in Großbritannien z. B. wird die akademische Ausbildung nach dem Staatsexamen nur in bestimmten Lehrkrankenhäusern oder Kliniken von Universitäten durchgeführt. In einigen osteuropäischen Ländern wird die Ausbildung nach dem Staatsexamen unter der Kontrolle des Gesundheitsministeriums in allen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen durchgeführt, und die Facharztausbildung wird durch ein „Institut für medizinische Weiterbildung", das das Niveau der Ausbildung überwacht und Kurse und Prüfungen organisiert, koordiniert. In Schweden und Frankreich dagegen wird die Facharztausbildung durch eine bestimmte

Tabelle 13

Bestimmbarkeit der Zahl der Beschäftigten in psychiatrischen Diensten; 31 Länder erfaßt

Art der Beschäftigung	Anzahl der Länder, die Angaben machen konnten
Gesamtzahl der Ärzte	29
Gesamtzahl der Ärzte in psychiatrischen Diensten	32
Zahl der Psychiater in Ausbildung	21
Zahl der psychiatrischen Fachärzte	31
davon Kinderpsychiater	24
Zahl der: Psychologen	24
Sozialarbeiter	25
Ausgebildete Schwestern	27
Hilfsschwestern	23
anderes Personal	17

Tabelle 14

Bestimmbarkeit der Zahl von Ärzten in psychiatrischen Diensten, in Abhängigkeit von der Art des Dienstes; 31 Länder erfaßt

Art des Dienstes	Anzahl der Länder, die Angaben machen konnten
Krankenhäuser	17
Abteilungen	15
Polikliniken, Tageskliniken, Erziehungsberatungsstellen	13
Verwaltung, Forschung, Ausbildung	15
Privatpraxis	19

Zeitspanne stationärer Ausbildung in einem anerkannten Krankenhaus oder einer Klinik erworben, und die Prüfung ist nur für bestimmte Stellen erforderlich. Diese großen Unterschiede der Anforderungen an die Ausbildung nach dem Staatsexamen könnten teilweise den Mangel genauer Information über das Reservoir potentieller Fachärzte erklären.

Der Informationsmangel über die Verteilung der Psychiater über verschiedene Teile des psychiatrischen Gesundheitsdienstes wird aus *Tabelle 15* ersichtlich. Während die meisten Länder sagen konnten, wie viele Psychiater in psychiatrischen Krankenhäusern arbeiteten, waren Einzelheiten über diejenigen, welche in Polikliniken oder in Lehre und Forschung arbeiteten, weit schwieriger zu erhalten, vielleicht, weil in einigen Fällen der Psychiater, der nominell in einem Krankenhaus beschäftigt war, in einer anderen Einrichtung arbeitete. Daten über Privatpraxen sind vielleicht am wenigsten verläßlich, obwohl sie zu den wichtigsten gehören, wenn man den Umfang der Facharzttätigkeit, der dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung steht, beurteilen will. In *Tabelle 16* sind die Beschäftigten in psychiatrischen Gesundheitsdiensten als Verhältniszahlen auf 100 000 Einwohner berechnet. Wie erwartet, steht die Zahl der Ärzte, die psychiatrisch arbeiten, in Beziehung zur Anzahl der Ärzte im gesamten Gesundheitsdienst eines Landes, obwohl es große Unterschiede zwischen den Ländern in der Zahl der Ärzte, die im psychiatrischen Gesundheitsdienst arbeiten, gibt (siehe Tab. 17).

Tabelle 15

Zahl der Psychiater in den psychiatrischen Diensten

Land	Ausgebildete psychiatrische Fachärzte	davon Kinder-psychiater	Psychiater in Ausbildung	Ärzte in psychiatrischen Diensten
Albanien	22	...	...	...
Algerien	17	—	12	29
Österreich	316	...	38	354
Belgien	594	30	...	594
Bulgarien	292	20	...	319
Tschechoslowakei	561	42	70	747
Dänemark	300	38	200	535
Bundesrepublik Deutschland	2 688	315	...	2 688
Finnland	220	25	140	400*
Frankreich	1 657	...	...	1 657x
Griechenland	474	12	20*	532
Ungarn	225	18	...	629
Island	11	2	9	22
Irland	192	6	59	251
Italien	...	...	...	1 400*
Luxemburg	12	—	9	21
Malta	10	1	...	10
Marokko	23	—	2	23
Niederlande	863	...	...	863
Norwegen	283	...	100*	383
Polen	1 139	70	329	1 990
Portugal	136	...	49	272
Rumänien	430	81	30	460
Spanien	1 137*	200*	150*	1 287*
Schweden	450*	190*	200	900
Schweiz	470	69	250	720*
Türkei	511	2	...	511
England und Wales	1 660	180*	1 211	2 567
Nordirland	73	6	39	133
Schottland	233	30	167	400
UdSSR	13 300	...	...	14 502
Jugoslawien	598	22	183	871

* Schätz- oder Annäherungszahl
x Teilangaben
... Keine Angaben erhältlich

Tabelle 15

Krankenhäuser	Abteilung in nicht psychiatrischen Krankenhäusern	Polikliniken Tageskliniken und heilpädagogische Heime	Verwaltung, Forschung, Ausbildung	Privatpraxis
...	...	...	...	...
	27		...	2
...	...	...	...	...
	401	...	5	535*
159		115	45	—
374	107	266	...	—
375	110	...	30	20
...	...	...	...	...
290	10	60	30	10
555x	77	1 012x	...	...
	320*	162*	50*	474
	490	139	...	...
12	5	...	1	4
...	...	...	...	...
...	...	...	...	...
6	—	8	1	13
	8	...	1	1
20	3	...	...	...
250*	250*	225*	...	175*
160	130	40	23	30
1 192	138	457	200	20*
...	...	...	...	...
	264	265	31	—
600*	60*	500*	78	1 137
540	360	...	...	10
413	17	...	...	350*
45		63	...	...
	2 433	...	134	...
127	3	14	7	—
...	...	...	...	...
...	...	...	...	...
335	374	102	60	—

Tabelle 16

In psychiatrischen Diensten Beschäftigte pro 100 000 Einwohner, Angaben aus 32 Ländern; aufgeschlüsselt nach Beschäftigungsgruppen *)

Land	Zahl der Ärzte in psychiatrischen Diensten	Zahl der Psychiater	Psychologen	Sozialarbeiter	Krankenschwestern	
					Ausgebildete	Hilfsschwestern
Albanien	1,4	1,4	...	...	...	...
Algerien	0,2	0,1	0,1	0,05	...	...
Österreich	4,8	4,3	...	...	28,9	...
Belgien	8,1	6,2	...	...	...	...
Bulgarien	3,7	3,4	...	...	7,9	9,5
Tschechoslowakei	5,2	3,9	0,6	2,1	33,1	.
Dänemark	10,9	6,1	0,9	1,7	41,5	53,2
Bundesrepublik Deutschland	4,7	4,7	...	14,4	19,6	11,6
Finnland	8,5	4,7	5,7	3,5	39,0	101,5
Frankreich	3,3	3,3	2,3	1,1	58,1	3,6
Griechenland	6,1	5,4	0,3	0,8	7,5 x	11,8 x
Ungarn	6,1	2,2	0,9	.	10,0	12,9
Island	10,8	5,4	2,0	1,5	36,9	98,3
Irland	8,7	6,7	0,6	0,4	172,5	...
Italien	2,6	...	...	...	...	...
Luxemburg	6,2	3,5	2,9	2,1	68,8	16,2
Malta	3,1	3,0	0,3	.	8,4	91,7
Marokko	0,2	0,2	0,02	...	0,3	1,3
Niederlande	6,7	6,7	2,3	7,9	253,5	31,4
Norwegen	10,0	7,3	2,5	4,0	26,8	80,7
Polen	6,1	3,5	0,4	0,2	10,9	5,4
Portugal	2,9	1,4	0,1	0,8	8,1	.
Rumänien	2,3	2,1	0,2	.	...	...
Spanien	4,0	3,6	0,2	0,2	2,6	0,3
Schweden	11,2	5,6	2,6	6,5	49,4	169,9
Schweiz	11,6	7,6	...	...	43,2	11,6
Türkei	1,4	1,4	0,04	.	.	.
England und Wales	5,3	3,4	1,5	5,5	67,0	20,3
Nord-Irland	8,7	4,8	1,4	2,5	80,1	58,4
Schottland	7,7	4,5	0,5	1,2	128,8	57,3
UdSSR	5,9	5,5	...	...	...	...
Jugoslawien	4,3	2,9	1,0	2,4	7,5	10,7

*) Fußnoten bezüglich der Beschäftigungsgruppen siehe Tabelle 12
... Keine Angaben erhältlich
x Unvollständige Angaben

Tabelle 17

Einteilung der europäischen Länder nach dem Anteil der Psychiater bezogen auf die Gesamtzahl der Ärzte

Anteil der Psychiater in %	Anzahl der Länder	Länder und Prozentzahlen	
weniger als 2	4	0,8 Algerien	1,7 Tschechoslowakei
		1,4 Rumänien	1,8 Bulgarien
2 bis 3,9	13	2,1 UdSSR	3,0 Jugoslawien
		2,3 Österreich	3,1 Türkei
		2,3 Polen	3,1 Schottland
		2,6 Spanien	3,3 Griechenland
		2,8 Frankreich	3,4 Luxemburg
		2,9 England und Wales	3,7 Malta
		3,0 Deutschland	
4 bis 4,9	9	4,0 Belgien	4,2 Island
		4,1 Dänemark	4,3 Marokko
		4,1 Schweden	4,7 Norwegen
		4,1 Nord Irland	4,9 Finnland
			4,9 Schweiz
5 und mehr	2	5,9 Niederlande	
		8,3 Irland	

Keine Angaben: Albanien, Ungarn, Portugal, Italien

Das „WHO-Expert Committee on Mental Health" (6) veröffentlichte 1963 in seinem 12. Bericht die Ergebnisse einer weltweiten Untersuchung über die Anzahl von Fachärzten in Psychiatrie und Neurologie aus 85 Ländern. Sie ergaben, daß 43 Länder weniger als 0,49 Neuropsychiater auf 100 000 Einwohner hatten; 13 Länder meldeten einen Schlüssel von 0,5 bis 1,99; 21 meldeten 2,0 bis 4,0 und die *restlichen 8 über 4,0 auf 100 000 Einwohner.* Die heutige Situation hat sich sehr gebessert. *Tabelle 16* zeigt, daß 10 europäische Länder *mehr als 5* Psychiater auf 100 000 Einwohner haben, was der Minimalforderung von 1 auf 20 000 des Expert Committees 1950 (7) entspricht.

Kinderpsychiater

Tabelle 18 zeigt ohne weiteres, welch relativ große Bedeutung die Länder der Entwicklung der Kinderpsychiatrie innerhalb ihrer psychiatrischen Gesundheitsdienste beimessen. Unglücklicherweise beziehen sich die Daten nur auf Psychiater, obwohl in vielen Ländern die Leitung von Erziehungsberatungsstellen und die Verantwortung für die schulpsychologischen Dienste in der Hand von Psychologen liegen. *Tabelle 19* zeigt noch deutlicher, daß sogar in Ländern, die den kinderpsychiatrischen Diensten Priorität einräumen, tatsächlich ernster Mangel in Kinderpsychiatern besteht. Man schätzt, daß ungefähr 20 % der Schulkinder fachlicher Betreuung bedürften, was man als psychiatrische Behandlung im weitesten Sinne ansehen könnte. Um diesen Bedarf zu decken, sollte für jeweils 12 000 Kinder unter 15 Jahren etwa ein Kinderpsychiater mit entsprechendem Personal bereitstehen, oder etwa 8 auf 100 000 (8). Nur die Schweiz und Schweden erreichen dieses Ziel annähernd, und die meisten europäischen Länder sind weit davon entfernt. Wegen dieses Mangels haben einige Länder Programme ausgearbeitet, um Kinderärzte umzuschulen, die wegen der Schutzimpfungen und der besseren Kontrolle der Infektionskrankheiten auf dem Gebiet der traditionellen ärztlichen Behandlung weniger zu leisten haben. Welche Schritte auch unternommen werden, um die kinderpsychiatrischen Dienste auszuweiten, die Rolle der Psychologen und anderen Therapeuten im Team wird immer wichtiger.

Krankenschwestern

Der vorliegende Bericht versuchte, Einzelheiten über die Anzahl der ausgebildeten und der Hilfsschwestern in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten zu erfahren, außerdem Einzelheiten über ihre Ausbildung und Schulung. Die Daten finden sich in *Tabelle 13* (absolute Zahlen), *Tabelle 16* (Schlüsselzahlen auf 100 000 Einwohner) und *Tabelle 20* (Verhältniszahl von Schwestern auf einen Psychiater).

Tabelle 18

Kinderpsychiater als Teil aller Psychiater in 24 Ländern

Anteil der Kinderpsychiater in %	Zahl der Länder	Länder und Prozentzahlen
weniger als 5	7	0 Algerien, Luxemburg, Marokko 0,4 Türkei 3,1 Irland 2,5 Griechenland 3,7 Jugoslawien
5 bis 9,9	6	5,1 Belgien 6,9 Bulgarien 8,0 Ungarn 6,2 Polen 7,5 Tschechoslowakei 8,2 England und Irland
10 bis 14,9	7	10,0 Malta 11,4 Finnland 12,7 Dänemark 14,7 Schweiz 10,8 England und Wales 11,7 Deutschland 12,9 Schottland
15 bis 19,9	3	17,8 Spanien 18,8 Rumänien 18,2 Island
20 und mehr	1	21,0 Schweden

Tabelle 19

Aufteilung der Länder nach der Anzahl der Kinderpsychiater pro 100 000 Einwohner unter 15 Jahren

Kinderpsychiater pro 100 000 Kinder unter 15 Jahren	Zahl der Länder	Länder		
0	3	Algerien	Luxemburg	Marokko
bis zu 1,49	11	0,1 Türkei 0,6 Irland 1,0 Bulgarien 1,3 Belgien	0,4 Jugoslawien 0,8 Ungarn 1,1 Malta 1,3 England und Nord-Irland	0,6 Griechenland 0,8 Polen 1,2 Tschechoslowakei
1,5 bis 2,99	6	1,5 Rumänien 2,1 Finnland	1,6 England und Wales 2,2 Schottland	1,8 Spanien 2,6 Dänemark
3,0 bis 4,49	1	3,0 Irland		
5 und mehr	2	5,0 Schweiz	11,4 Schweden	

Keine Angaben: Albanien, Österreich, Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Italien, Niederlande, Norwegen, Portugal, UdSSR

Tabelle 20

	Gesamtzahl der Ärzte pro 100 000 Einwohner	Zahl der Ärzte im psychiatrischen Gesundheitsdienst pro 100 000 Einwohner	Zahl der Psychiater pro 100 000 Einwohner	Verhältniszahl anderer Berufsgruppen pro Psychiater				Andere Therapeuten und Lehrer
				Psychologe	Sozial-Arbeiter	Krankenschwester		
						Ausgebildete	Hilfsschwester	
Albanien	...	1,4	1,4	...	...	...	...	...
Algerien	12,3	0,2	0,1	0,8	0,4	...	...	0,1
Österreich	186,2	4,8	4,3	...	...	6,7	...	...
Belgien	156,5	8,1	6,2	...	...	0,7	...	...
Bulgarien	192,7	3,7	3,4	...	—	2,3	2,8	0,7
Tschechoslowakei	226,1	5,2	3,9	0,2	0,5	8,5	—	...
Dänemark	147,6	10,9	6,1	0,2	0,3	6,8	8,7	0,5
Bundesrepublik Deutschland	154,1	4,7	4,7	...	3,1	4,2	2,5	...
Finnland	95,5	8,5	4,7	1,2	0,7	8,3	21,7	2,5
Frankreich	119,6	3,3	3,3	0,6	0,3	17,7	1,1	...
Griechenland	164,1	6,1	5,4	0,1	0,1	1,4	2,2	0,1 x
Ungarn	...	6,1	2,2	0,4	—	4,6	5,9	...
Island	129,3	10,8	5,4	0,4	0,3	6,8	18,2	1,0
Irland	80,6	8,7	6,7	0,1	0,1	25,9	...	0,3
Italien	160,6	2,6	...	...	...	...	...	...
Luxemburg	102,5	6,2	3,5	0,8	0,6	19,4	4,6	10,5
Malta	81,5	3,1	3,0	0,1	—	2,7	29,6	0,1 x
Marokko	4,6	0,2	0,2	0,1	...	1,7	8,6	0,1
Niederlande	114,0	6,7	6,7	0,4	1,2	38,1	4,7	2,5
Norwegen	154,2	10,0	7,3	0,3	0,5	3,7	11,1	2,8
Polen	150,8	6,1	3,5	0,1	0,1	3,1	1,6	1,2
Portugal	...	2,9	1,4	0,1	0,6	5,7	...	...
Rumänien	147,1	2,3	2,1	0,1	—	...	...	...
Spanien	138,3	4,0	3,6	0,1	0,1	0,7	0,1	.
Schweden	137,4	11,2	5,6	0,5	1,2	8,8	30,2	1,8
Schweiz	154,7	11,6	7,6	...	...	5,7	1,5	...
Türkei	44,5	1,4	1,4	0,03	0,01	0,05	0,14	...
England und Wales	115,7	5,3	3,4	0,5	1,6	19,7	6,0	...
Nord-Irland	118,1	8,7	4,8	0,3	0,5	16,7	12,2	3,3
Schottland	143,9	7,7	4,5	0,1	0,3	28,8	12,8	0,7
UdSSR	265,8	5,9	5,5	...	...	...	...	...
Jugoslawien	95,2	4,3	2,9	0,3	0,8	2,6	3,6	2,6

... Keine Angaben erhältlich
— nicht oder unbedeutende Größe
. nicht errechnet
x unvollständige Angaben

Dieser Teil der Untersuchung machte bezüglich der Einheitlichkeit der Definitionen die meisten Schwierigkeiten und nährte wieder Zweifel über die Gültigkeit, Genauigkeit und tatsächlich auch den Wert der erhältlichen Informationen. Fünf Länder konnten überhaupt keine Daten liefern, während von den anderen die Hälfte nur Teilangaben oder Annäherungswerte mitteilen konnte. Die großen Unterschiede der Minimalanforderungen an die Schulbildung bei der Einstellung, der Ausbildungsrichtlinien und der Kriterien der Qualifikation könnten dazu verleiten, Vergleiche zwischen verschiedenen Länder über die vorhandenen Krankenschwestern in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten zu verwerfen. Diese Situation entspricht der Verschiedenartigkeit des beruflichen Status, der Bezahlung und der beruflichen Aussichten von Schwestern in verschiedenen Ländern. Man kann sie nicht als homogene Gruppe ansehen, und in den meisten Ländern ist ihre fachliche Kompetenz streng begrenzt. Es wäre notwendig, viel mehr über die Funktion ausgebildeter Krankenschwestern in Irland (siehe Tabelle 16, 172,5 auf 100 000 Einwohner) und den Niederlanden (253,5) zu erfahren, ehe man einen Mangel z. B. in Dänemark (41,5) oder der Tschechoslowakei (33,1) feststellt. Dennoch weiß man aus Erfahrung über die Situation in Malta, Marokko und Spanien z. B., daß in diesen Ländern ein echter Mangel an ausgebildeten Schwestern herrscht. Ein besseres Kriterium für die ausreichende Versorgung mit Krankenschwestern kann man wahrscheinlich aus Tabelle 20 gewinnen, die das Verhältnis von Schwestern zu Psychiatern zeigt. Aus persönlicher Anschauung des Entwicklungsstandes nationaler psychiatrischer Gesundheitsdienste ließe sich sagen, daß Länder mit einem Verhältnis von etwa vier oder mehr ausgebildeten Krankenschwestern pro Psychiater ausreichend versorgt sind, besonders dann, wenn diese Krankenschwestern durch Hilfspflegepersonal und andere Helfer unterstützt werden. Der richtige Einsatz von Schwestern in modernen psychiatrischen Gesundheitsdiensten ist eine Herausforderung in bezug auf ihre Umschulung und Entwicklung zur Ausübung neuer Funktionen. Früher haben Krankenschwestern eine wichtige Rolle in stationären psychiatrischen Diensten gespielt, aber heute sind sie dazu aufgerufen, therapeutische und soziale Aspekte der Behandlung in anderen Einrichtungen, wie z. B.Tageskliniken und psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, zu übernehmen. Die weitere Entwicklung der psychiatrischen Gesundheitsdienste wird wohl die Zuständigkeit der psychiatrischen Krankenpflege erweitern.

Anderes Fachpersonal

Psychologen und Sozialarbeiter stellen das andere Fachpersonal, das am häufigsten stationär und nichtstationär mit Psychiatern und Krankenschwestern zusammenarbeitet. Ihre absolute Anzahl ist von Land zu Land erheblich verschieden (Tabelle 12), ebenso ihre Anzahl pro 100 000 Einwohner (Tabelle 16) und die Verhältniszahl pro Psychiater (Tabelle 20). Die Zählung dieser zwei Gruppen des Fachpersonals ist nicht zu schwierig, denn sie arbeiten gewöhnlich in öffentlichen Diensten und sind bei Gesundheits- und Fürsorge- oder Erziehungsbehörden angestellt. Wenige oder gar keine arbeiten in Privatpraxen. Es ist jedoch viel schwieriger zu erfahren, wo sie arbeiten. Die Tendenz zur Entwicklung spezieller Dienste für spezielle Patientengruppen hat, obwohl der „ursprüngliche Typ" dieser Berufsgruppen eine Vielzahl von Funktionen für die Patienten in Krankenhäusern oder Kliniken erfüllen kann, zur weiteren Spezialisierung innerhalb dieser Berufsgruppen geführt.

In den letzten Jahrzehnten hat sich eine weitere Klasse von Fachpersonal entwickelt: die Gestaltungs-, Musik- und Psychodramatherapeuten, welche die Selbstdarstellung als Behandlungsform für bestimmte Patientengrupppen fördern. Es gibt darüber hinaus Pädagogen und Therapeuten, die mit anderen Behandlungsformen für ausgewählte Gruppen experimentieren. Aber obwohl diese wachsende Zahl anderen Fachpersonals das therapeutische Milieu verbessern kann, ist seine Anzahl oft klein, wenn sie überhaupt vorhanden ist. Ihre Funktionen sind schlecht abgegrenzt, und sie können nicht in offiziellen Verzeichnissen aufgeführt werden. Da wir die Schwierigkeiten beim Feststellen genauer Einzelheiten kennen, wurde in der vorliegenden Übersicht weder der Versuch gemacht, die Rollen dieser Fachleute zu definieren, noch ihre Verteilung in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten zu klären. Statt dessen wurde die Befragung auf einfache Fragen über Anzahl und Ausbildung beschränkt. Die erhaltenen Informationen wurden in die Tabellen 12, 16 und 20 aufgenommen.

Psychologen

In allen europäischen Ländern bleibt der Psychologe als Fachmann im Gesundheitswesen ohne medizinische Qualifikation von der letzten Verantwortung für den Patienten ausgeschlossen. Umgekehrt wird sein dienstlicher Kontakt mit Patienten von einem Psychiater überprüft, und das Ausmaß seiner therapeutischen Interventionen ist verschieden von Land zu Land und hängt sowohl von der Billigung des Psychiaters als auch von den besonderen Fertigkeiten und Techniken des Psychologen ab. Etwa die einzige Funktion, die Psychologen gewöhnlich in allen europäischen Ländern innehaben, ist die Anwendung und Interpretation psychologischer Testverfahren, worin auch alle eine Grundausbildung erhalten; ansonsten können sie sich auf die Arbeit mit Kindern, auf Psychotherapie, auf Verhaltenstherapie, auf Persönlichkeitseinschätzung, auf die Arbeit mit Drogenabhängigen, die Forschung usw. spezialisieren. Die Rolle der Psychologen ist noch schlecht umrissen, und ihre Anzahl und Ausbildung ist so unterschiedlich, daß ihre Stellung in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten nicht einheitlich festgesetzt oder bezüglich ihres Wertes verglichen werden kann. Diese Stellung wird indessen durch die nationale Politik und örtliche Besonderheiten berücksichtigt. Mehrere Länder, z. B. Norwegen und Großbritannien, haben kürzlich die Funktionen und Aufgabenbereiche des Psychologen im Gesundheitsdienst untersucht, und weitere Einzelheiten

über die Aufgaben und die Ausbildung des klinischen Psychologen werden in dem Bericht eines internationalen Arbeitskreises über die Rolle des Psychologen, der beim europäischen Regionalbüro 1973 zusammenkam, dargestellt (9).

Sozialarbeiter

Heute sollte der medizinische Sozialarbeiter viel mehr übernehmen als seine ursprüngliche Funktion, als Verbindungsglied zwischen dem Patienten im Krankenhaus und der Gemeinde zu dienen. Sein Aufgabengebiet umfaßt heute, die Geldmittel von sozialen Einrichtungen zugunsten des Patienten einzusetzen und ihn gegen ökonomische Belastungen abzuschirmen. Er wird darin bestärkt, eine „soziale Diagnose" zu stellen, die die ärztlichen Maßnahmen vervollständigen soll, und er bringt eine neue Dimension in die Einschätzung der Bedürfnisse des Patienten als eines kranken Mitgliedes der Gemeinschaft. Die neue Politik der psychiatrischen Gesundheitsdienste, mit der Betonung auf ambulanter Behandlung und Rehabilitation, braucht den psychiatrischen Sozialarbeiter. Er muß eine aktive Rolle bei der Ansiedlung, der Therapie und der Wiedereingliederung des Patienten in die Gemeinde spielen. Die Funktionen des psychiatrischen Sozialarbeiters sind nicht eindeutig festgelegt. Die Anforderungen für Auswahl und Ausbildung sind unterschiedlich: In einer kleinen Anzahl von Ländern wird ein grundlegendes Universitätsstudium der Soziologie und der Verhaltensforschung durch systematische praktische Arbeit ergänzt. In der Mehrzahl der Länder bestehen sie in einer praktischen Ausbildung ohne theoretische Schulung und führen zu einem vergleichsweise geringen beruflichen Ansehen.

Während einige Länder überhaupt keine Sozialarbeiter haben, geben wenige an, sie hätten genügend, um mit den wachsenden Aufgaben ihrer psychiatrischen Gesundheitsdienste fertig zu werden. In einigen Ländern übernehmen der Psychologe oder die Gemeindeschwester einen Teil der Funktionen der ausgebildeten Sozialarbeiter. Tabelle 16 zeigt, daß skandinavische und westeuropäische Länder die größten Anteile von Sozialarbeitern haben, aber es ist unmöglich, sich für eine optimale Zahl zu entscheiden, wenn man bedenkt, daß 4 pro 100 000 Einwohner oder 1 pro Psychiater den Minamalbedarf darstellen.

VI. Zusammenfassung

Dieser Überblick hat zumindest gezeigt, daß es möglich ist, eine internationale Befragung über weitreichende, allgemeine Aspekte des Einsatzes von Arbeitskräften und materiellen Mitteln in psychiatrischen Gesundheitsdiensten durchzuführen. Neben anderen methodologischen Problemen wird jedoch die Notwendigkeit deutlich, Standardmerkmale und Definitionen zu schaffen. Es zeigt sich, daß, wenn man die begrenzte Aussagefähigkeit von sogar gut entwickelten nationalen Gesundheitsinformationssystemen überwinden will, gewisse augenscheinlich einfache Daten bis jetzt nur auf lokaler Ebene erhalten werden können. Neben der Aufdeckung von Lücken und Mängeln der Basisinformationen in den betreffenden Ländern hat der persönliche Kontakt zu Beamten und Statistikern ihre Bemühungen angespornt, ihr Informationssystem über den Gesundheitsdienst zu verbessern. Der zweifelhafte Wert der Anstrengungen, die Daten zu vergleichen, wurde betont. Was noch auffiel, ist eine Reihe undeutlicher, aber erkennbarer Strukturmerkmale der Dienste und der Gliederung ihrer Einrichtungen. Sie lassen sich als logische Folge der kulturellen, politischen, sozialen und ökonomischen Einflüsse erklären, die die Entwicklung der Dienste und ihre Ausrichtung auf professionelle Ziele formen.

Zur Zeit wäre eine Untersuchung über die Arbeit von psychiatrischen Gesundheitsdiensten in kleinen Gebieten nötig. Dort wird es möglich sein, genauere Einzelheiten über die Verteilung verschiedener Arten von Personal und von Patienten innerhalb der einzelnen Teile des Dienstes und die Ergebnisse verschiedener Behandlungseinrichtungen mit verschiedenen Patientengruppen zu sammeln. Es ist zu hoffen, daß man in solchen kleinen Übersichten besser vergleichbare Daten erhält. Ein wichtiges Ziel des Projekts wird das Aufstellen von Normen und Hinweisen für einen angemessenen Dienst und die Evaluierung der Effektivität operationalen Vorgehens sein. Diese Studie mit Beteiligung von neun europäischen Ländern wurde vom Europa-Büro der WHO bereits begonnen.

Ein praktisches Ergebnis der vorliegenden Übersicht war die Einrichtung eines jährlichen Kurses über die Sammlung, Interpretation und Anwendung von Statistiken der psychiatrischen Gesundheitsdienste, an denen Psychiater, Statistiker und Verwaltungsangehörige teilnehmen und in denen die Anwendung von Statistiken bei der Überwachung und Planung von Diensten erläutert wird.

Bezüglich des hier dargestellten Materials wird vorgeschlagen, soweit geeignet, es auf den neuesten Stand zu bringen, mit der Absicht, die Strömungen bei der Entwicklung der psychiatrischen Gesundheitsdienste während der nächsten fünf Jahre zu erkennen.

Literatur

1. Brooke, E. M. (1973) *The methodology of psychiatric out-patient data collection, Report on a pilot study,* (EURO 5404 II) Copenhagen.

2. World Health Organization (1953) *Mental Health, Third Report of the Expert Committee on Mental Health,* Geneva *(Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.,* 1953, 73).

3. World Health Organization Regional Office for Europe (1972) *Data collection and classification in services for the mentally retarded, Report on a working group, Barcelona,* (EURO 5416 II) Copenhagen.

4. World Health Organization Regional Office for Europe (1974) *The care of the mentally retarded in the community, Report on a conference, Santiago de Compostela,* (EURO 5440 I) Copenhagen.

5. World Health Organization Regional Office for Europe (1974) *Prevention of mental disorders in the elderly, Report on a symposium, Munich,* (EURO 5426 I) Copenhagen.

6. World Health Organization (1963) *Training of psychiatrists. Twelfth report of the Expert Committee on Mental Health,* Geneva, *(Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.,* 1963, 252).

7. World Health Organization (1950) *Mental health, Report of the first session of the Expert Committee,* Geneva, *(Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.,* 1950, 9).

8. Buckle, D. F. (1970) *Child and family psychiatry in Europe. A survey of the work of the Regional Office for Europe of the World Health Organization, 1951—1969,* (EURO 0414) Copenhagen.

9. World Health Organization Regional Office for Europe (1973) *The role of the psychologist in mental health, Report of a working group, Cracow,* (EURO 5428 I) Copenhagen.

Die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland

von

J. K. Wing, MD, PhD.,
Prof. of Social Psychiatry, Institute of Psychiatry, London, Großbritannien

Gliederung

1 Historische Einführung

2 Die Funktion der Gesundheitsdienste

3 Die Struktur der Gesundheits- und Sozialdienste (England)
- 3.1 Die Gesundheitsdienste
- 3.2 Die Sozialdienste
- 3.3 Die Beziehung zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten
- 3.4 Andere zentrale und lokale Regierungsbehörden
- 3.5 Freigemeinnützige Organisationen
- 3.6 Finanzielle Grundlagen

4 Grundlegende Gesundheitsfürsorge

5 Der psychiatrische Dienst auf Distriktebene
- 5.1 Psychische Störungen und die dafür benötigten Dienste
- 5.2 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern
  - a) Die „alten Langzeitpatienten"
  - b) Die „neuen Langzeitpatienten"
  - c) Kurzzeit- und Patienten mit längerer Verweildauer
  - d) Forensische Probleme
  - e) Stationäre Einrichtungen für demente Patienten
  - f) Drogenabhängigkeit
  - g) Alkoholismus
- 5.3 Tageskliniken
- 5.4 Polikliniken und andere ambulante Einrichtungen
- 5.5 Abgebrochene Behandlungen
- 5.6 Sozialdienste für psychiatrische Patienten
- 5.7 Die Statistik eines Community Service

6 Dienste für geistig Behinderte
- 6.1 Allgemeine Dienste
- 6.2 Frühkindliche Psychosen

7 Personalprobleme
- 7.1 Ärztliches Personal
- 7.2 Nicht-ärztliches Personal

8 Forschung und Entwicklung

9 Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Bibliographie

1 Historische Einführung

McKeown (1971) hat aufgezeigt, daß die großen Fortschritte im öffentlichen Gesundheitswesen der westlichen Welt nicht der verbesserten Diagnostik und Therapie, sondern der Abnahme der Familiengröße, der besseren Ernährung und der gesünderen Umwelt zuzuschreiben sind. McKeown meinte hauptsächlich den Rückgang der Sterblichkeitsraten; diese Entwicklung wird sich wohl kaum noch sehr viel weiter fortsetzen. Sicher würde er sich der Meinung anschließen, daß die Fortschritte der inneren Medizin und der Chirurgie während des letzten Jahrhunderts viele Erkrankungen verhinderten. So sind auch die drei großen verbleibenden gesundheitspolitischen Probleme die chronischen Erkrankungen: Angeborene Behinderungen einschließlich der geistigen Behinderung, die Geisteskrankheiten und Erkrankungen der (späten) 2. Lebenshälfte und des Alters einschließlich der Demenz. So muß also die Psychiatrie jetzt im Mittelpunkt jedes weiteren Fortschritts im öffentlichen Gesundheitswesen stehen.

Wir sollten immer an die zwei Kernsätze der Begründer des „Welfare State" in unserem Land denken (der Autoren des Minderheitenberichts der „Poor Law Commission" von 1909) (etwa: „Armenrechtskommission"): Vorbeugen sei billiger und effektiver als heilen, und Wohltätigkeit sei nur bei der Unterstützung öffentlicher Dienste am Platz. Die historische Entwicklung des britischen nationalen Gesundheits- und Sozialwesens ist von diesen zwei Prinzipien her am besten zu verstehen.

Die ersten öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in unserem Land wurden zu Anfang des 19. Jahrhunderts errichtet, und zwar als Reaktion auf die unerträglich erscheinenden Bedingungen, unter denen die Geisteskranken damals „in der Gemeinde" behandelt wurden. Fast das gleiche geschah in den Vereinigten Staaten. Das bekannte „moral treatment" wurde zum Vorbild. Der erzieherische Weg wurde bevorzugt, physischer Zwang abgelehnt, und Optimismus bezüglich der Heilbarkeit von Geisteskrankheiten herrschte vor. Die Entlassungsquoten waren genauso hoch wie heute. Warum diese frühe Hoffnung sich nicht nur nicht erfüllte, sondern gegen Ende des 19. Jahrhunderts sogar umschlug, ist noch immer nicht ganz klar; man kann vielleicht eine Änderung in der Haltung der Öffentlichkeit, die schließlich zu den restriktiven „Lunacy Acts" von 1890 und 1891 führte, verantwortlich machen (Jones 1972).

Die nachfolgende „kustodiale" Ära dauerte 50 Jahre und ist gekennzeichnet durch große psychiatrische Krankenhäuser mit relativ geringer Patientenbewegung; schließlich reformierte eine Reihe von Gesetzen *) allmählich die psychiatrischen Dienste und brachte sie mit den Erwartungen an den sich erneut entwickelnden Wohlfahrtsstaat in Einklang. Die Vorstellungen von Pionieren, wie Main (1946) und Jones (1952), die soziale Maßnahmen zur Behandlung von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen betonten, griffen auf die psychiatrischen Krankenhäuser über. Bell (1955), Early (1960), Freudenberg (1967), Macmillan (1958) und Rees (1957) z. B. betonten erneut den Wert offener Stationen in psychiatrischen Krankenhäusern und der Rehabilitation durch das Angebot sinnvoller häuslicher und beruflicher Rollen, durch frühzeitige Wiedereingliederung in die Gemeinschaft und volle soziale Unterstützung der Angehörigen.

Im „Hospital Plan" (1962) wurde die Erkenntnis eines starken statistischen Trends in Richtung auf sinkende Patientenzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern berücksichtigt; er ist auf eine Zeit zugeschnitten, in der psychiatrische Abteilungen, angeschlossen an Allgemeinkrankenhäuser, in der Lage sein werden, den größten Teil der für die Bevölkerung jedes Gebietes notwendigen ärztlichen psychiatrischen Versorgung zu gewährleisten, während die sozialen Funktionen der großen psychiatrischen Krankenhäuser von nichtärztlichen Diensten übernommen werden sollen. Man erkannte deutlich die Notwendigkeit, spezielle Dienste für demente Patienten zu schaffen.

Eine Tendenz in den neuen Social Service Departments der lokalen Behörden, all die verschiedenen Funktionsbereiche der Sozialfürsorge zu verschmelzen, führte zum Social Services Act 1970. Sozialarbeiter haben jetzt ihren eigenen Verwaltungsapparat, der nicht vom Health Service abhängt.

Die drei Zweige des N.H.S. (nationaler Gesundheitsdienst) — praktische Ärzte, Krankenhausärzte und Ärzte des Gesundheitsdienstes — wurden nun zu einem einheitlichen Gefüge vereint (D.H.S.S., 1972 a). Schließlich wurde im Innenministerium die Chief Scientist's Organisation (etwa = Wissenschaftsrat) geschaffen, die sich mit der Planung und Leitung all dieser Aufgaben befaßt, das Department of Health and Social Security (D.H.S.S.) (Abteilung für Gesundheitswesen und soziale Sicherheit). Hinter dieser Neuerung steht die Meinung, daß Forschung über Themen der Gesundheits- und Sozialfürsorge beim Planen von Einrichtungen berücksichtigt werden sollte und daß man die Aufmerksamkeit der Forscher auf schwierige Probleme lenken sollte, so daß neue wissenschaftliche Studien unternommen werden können, um den Entscheidungsprozeß so rational wie möglich zu gestalten (Dainton und Rothschild 1971; Central Policy Review Staff, 1972).

Es ist schwierig, eine klare Beschreibung des gegenwärtigen Zustands der englischen Gesundheits- und Sozialdienste zu geben, da diese einem raschen Wandel unterliegen — die jüngsten Gesetzesentscheidungen treten gerade in Kraft. Die Vereinigung der drei Hauptabteilungen des N.H.S. ist erst seit 1. April 1974 rechtswirksam. Die neuen Social Service Departments der lokalen Behörden existieren erst seit 3 Jahren. Dennoch läßt sich die Struktur in Umrissen beschreiben und auch einige Probleme, die, wie es im Augenblick scheint, wohl auftauchen werden.

*) Mental Treatment Act (1930), National Health Service Act (1946), Mental Health Act (1960).

2 Die Funktion der Gesundheitsdienste

Folgende vier Prinzipien liegen dem nationalen Gesundheitsdienst zugrunde:

1. Die Behörden des N.H.S. sollen für ein ganzes geographisches Gebiet zuständig sein, das sich so weit als möglich mit dem einer örtlichen Regierungsbehörde decken sollte. Jeder Behandlungsbedürftige sollte auch behandelt werden können. Die Dienste sollten von allen Teilen des Gebietes gut erreichbar sein und in der Regel innerhalb des Gebietes liegen. Eine gewisse Freizügigkeit sollte jedoch gewährleistet sein, so daß die Dienste nicht vollständig gebietsgebunden sein sollten.

2. Die Gesundheitsdienste sollten umfassend und vielfältig sein und z. B. Abteilungen für voll- und teilstationäre Patienten, Polikliniken, häusliche und andere Beratungsmöglichkeiten und einen Notfalldienst einschließen. Die Zahl der Behandlungsplätze sollte ausreichend sein. Das Personal sollte gut ausgebildet sein und genügend Zeit haben, sich den Patienten zu widmen. Die Gesundheitsdienste sollten eng mit den Trägern der Sozial- und Fürsorgedienste, der Berufsberatung und beschützender Einrichtungen verschiedener Art einschließlich der Unterkünfte und Werkstätten für chronisch Behinderte zusammenarbeiten.

3. Diese gebietsgebundenen Gesundheitsdienste sollten nicht nur umfassend, sondern auch einheitlich sein, denn es sollte keine Verzögerung bei Verlegungen und keine plötzlichen Änderungen im Niveau der erforderlichen sozialen Leistungen geben. Der Informationsaustausch sollte gut funktionieren, so daß das Personal in jeder Abteilung des Dienstes weiß, was an anderer Stelle verfügbar ist und einen verlegten Patienten sogleich übernehmen kann.

4. Das Hauptziel der Gesundheitsdienste ist, die Morbidität zu senken oder gleichzuhalten: erstens der Patienten, zweitens der Familienmitglieder der Patienten und drittens der Gemeinde insgesamt. Jede Dienststelle vereinigt diagnostische, therapeutische, rehabilitative und präventive Funktionen in sich. Vorsorge ist besser als Heilen. Präventivmethoden ersten, zweiten und dritten Grades sollten eingesetzt werden, um Erkrankungen beim ersten Auftreten zum Stillstand zu bringen, Krankheiten in einem frühen Stadium zu entdecken, die Entwicklung chronischer Behinderungen im Anschluß an eine akute Erkrankung zu begrenzen und das zusätzliche Auftreten sekundärer Behinderungen zu verhindern, wenn Behinderungen unvermeidlich sind. Das ist gemeint, wenn wir von „Eindämmung" der Morbidität sprechen. Da viele psychiatrische Behinderungen chronisch sind, werden viele Patienten wahrscheinlich lange Zeit in Kontakt mit den Diensten bleiben. Deshalb wird eine recht große Zahl zusammenkommen, und die Entwicklung sekundärer Behinderungen wird besondere Aufmerksamkeit beanspruchen. Wenn diese Prinzipien voll in die Praxis umgesetzt werden, dürften sie gewährleisten, daß die Morbidität soweit wie möglich reduziert wird.

Diese Ideale wurden nicht vollständig verwirklicht. Unsere Dienste für ältere Menschen, für die Behinderten, für die Geisteskranken und die geistig Behinderten „vermochten nicht, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und auch die Geldmittel zu erschließen, die sie brauchen" und „die Hausbesuchsdienste und die Gemeindedienste sind unterentwickelt". Der für die jüngste Neuorganisation verantwortliche Minister, Sir Keith Joseph, zeigte auf, daß diese Lücken und Mängel auftraten, weil die Verantwortung für die ausreichende Versorgung jedes geographischen Gebietes nie ausdrücklich einer bestimmten Körperschaft aufgetragen worden war. Aus diesem Grunde führte die Regierung die neue Gebietsgliederung mit einer einfachen Verwaltungsstruktur ein. „Echte Bedürfnisse müssen erkannt werden, Entscheidungen müssen getroffen und in regelmäßigen Abständen nach Prioritäten überprüft werden. Pläne müssen ausgearbeitet werden, um diesen Bedürfnissen entgegenzukommen, und Geschicklichkeit und Tatkraft müssen ständig eingesetzt werden, um die Pläne in die Tat umzusetzen, ihre Effektivität einzuschätzen, sie veränderten Bedürfnissen anzupassen oder neuen Vorstellungen entsprechend effektiver zu gestalten." (Joseph 1972)

3 Die Struktur der Gesundheits- und Sozialdienste (England)

Die Gesundheitsdienste Englands, Nordirlands, Schottlands und von Wales werden getrennt verwaltet, und jede Region hat bestimmte unterscheidende Merkmale. Die Prinzipien sind jedoch im großen und ganzen die gleichen und die historische Entwicklung verlief ähnlich. Die vorliegende Übersicht bezieht sich auf die Situation in England, wie sie nach der Neuorganisation der Gesundheitsdienste vom 1. April 1974 und der Neuordnung der Sozialdienste vom 1. April 1971 besteht. Einige Statistiken wurden jedoch von jeher für England und Wales gemeinsam vorgelegt, und diese werden an geeigneter Stelle benutzt werden.

3.1 Die Gesundheitsdienste

Die jetzt vereinigten Gesundheits- (einschließlich der psychiatrischen) Dienste schließen ein:

Krankenhausdienste einschließlich stationärer, tagesklinischer und poliklinischer Einrichtungen und häusliche Beratungsdienste.

Allgemeinnärztliche Dienste (Hausarzt).

Individuelle Gesundheitsdienste einschließlich der ambulanten Dienste, der epidemiologischen und allgemeinen Überwachung der Gesundheit der Gemeinde, der Familienplanung, Hausbesuche, häusliche Pflege und Geburtshilfe, Mutter- und Kind-Fürsorge, Schutzimpfung und Immunisierung, Gesundheitserziehung.

Schulgesundheitsdienst.

Diese Dienste werden nun von drei Ebenen aus verwaltet; der zentralen, der regionalen und der Bezirksebene (D. H. S. S. 1972 a). Die zentrale Behörde für England ist die D. H. S. S., bei der die Verwaltung sowohl der Gesundheits- als auch der Sozialdienste liegt. Der nationale Gesundheitsdienst (N. H. S.) ist jedoch direkt dem Minister unterstellt, der vor dem Parlament für die gesamten Ausgaben, die fast ausschließlich aus Staatssteuern bestritten werden, verantwortlich ist. Die 14 regionalen Gesundheitsbehörden (R. H. A's) und 90 Bezirksgesundheitsbehörden (A. H. A's) sind letztlich direkt dem Minister verantwortlich. Dies trifft nicht für die Sozialdienste („personal social services") zu, die im nächsten Abschnitt beschrieben werden sollen.

Die regionalen Gesundheitsbehörden (R. H. A.) werden mit Befugnissen ausgestattet, die es ihnen erlauben, die Aufgaben der Planung, der Koordination, der Aufsicht und bestimmte exekutive Funktionen bei Entwurf und Aufbau neuer Gebäude und Anlagen wahrzunehmen. Die lokalen Gesundheitsbehörden (A. H. A.) sind dafür verantwortlich, die Ziele der nationalen Gesundheitsfürsorge zu erreichen durch die Einrichtung umfassender Gesundheitsdienste, die dazu bestimmt sind, den Bedürfnissen der Bevölkerung innerhalb ihrer geographischen Grenzen entgegenzukommen. Deshalb ist die Kombination von Evaluation, Planung und Verwaltung notwendig. Jeder Bereich (Area) besteht aus einem oder mehreren geographischen Distrikten (insgesamt 205) für eine Bevölkerung von etwa 80 000 bis 450 000. Jeder Distrikt wird durch ein „District Medical Team" verwaltet (D. M. T.), das sich aus einem Verwaltungsfachmann, einem Finanzbeamten, einem Gemeindearzt, zwei gewählten Ärzten (einer davon praktischer Arzt, einer Facharzt) und einer Krankenschwester zusammengesetzt. Entscheidungen dieses Teams müssen einstimmig sein. Dies gibt den Mitgliedern der Berufsgruppen großes Gewicht. Jedes D. M. T. baut mehrere Planungsteams für Gesundheitsfürsorge auf, die Probleme bestimmter medizinischer Fachgebiete (eines davon wird sicher die Psychiatrie sein) oder bestimmter ärztlicher Problembereiche berücksichtigen sollen. Es wird ihre Aufgabe sein, Bedarfsbereiche zu erkennen und Handlungsanweisungen zu geben. So gibt es also keinen Zweifel über Befugnisse und Verantwortung, keinen Zweifel über den weitgesteckten Aufgabenbereich.

Ein für England ernannter Beauftragter für den Gesundheitsdienst hat die Vollmacht, Klagen von Einzelpersonen über durch Fehler erlittene Ungerechtigkeiten oder Härten zu untersuchen, um die notwendige Behandlung und Fürsorge zu gewährleisten. In jedem Gesundheitsbezirk (Health District) wurden kommunale Gesundheitsräte eingerichtet, die die Interessen und Meinungen der Betroffenen vertreten sollen.

3.2 Die Sozialdienste („Personal social services")

Alle sozialen Dienste einschließlich derer, die ehemals durch die Krankenhausbehörden verwaltet wurden, sind nun den Sozialdienstabteilungen örtlicher Behörden unterstellt (Städte, Städte mit den Rechten einer Grafschaft oder Grafschaften). Deren Aufgaben sind:

Kinderfürsorge.

Obdachlosenfürsorge.

Wohneinrichtungen für Alte und körperlich Behinderte.

Tagesstätten und häusliche Fürsorge für Alte und körperlich Behinderte.

Tagesstätten und Wohnheimfürsorge einschließlich Heimen, Wohngemeinschaften, Verpflegungseinrichtungen, Tageszentren, beschützende Werkstätten und häusliche Fürsorge für Geisteskranke und Geistesbehinderte.

Häusliche Dienste, z. B. Haushaltshilfen, Wäschedienst, Verpflegungsdienst.

Sozialarbeiterteams im Außendienst, zusammengeschlossen in Gebietsabteilungen für 50 000 bis 100 000 Einwohner, sollen für die oben angeführten Dienste Beurteilungen, Ratschläge und Vorschriften erarbeiten.

Da diese Dienste den örtlichen Verwaltungen unterstehen, ist der Minister für sie nicht in derselben Weise verantwortlich wie für die Gesundheitsdienste. Gelder werden teilweise von den Lokalverwaltungen direkt bei den Haushalten erhoben (bekannt als „rates"), teilweise aufgebracht durch Zuschüsse zentraler Fonds. Diese zentralen Zuschüsse sind jedoch nicht für bestimmte Zwecke in ganz bestimmten Bereichen vorgesehen, wie z. B. Unterkunft, Erziehung oder Fürsorge für psychisch Kranke, so daß die Möglichkeiten der Regierung, direkt einzugreifen, um die Ausgaben einer Ortsbehörde z. B. für die psychiatrischen Dienste zu erhöhen, begrenzt sind. Es gibt jedoch beträchtliche Zuschüsse des zentralen Regierungsfonds. Das gibt Regierungsdienststellen, wie z. B. der D. H. S. S., die Möglichkeit, die örtliche Verwaltung zu beeinflussen, die Ausgaben nach bestimmten Prioritäten vorzunehmen.

3.3 Beziehungen zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten

Es wird bereits klar geworden sein, daß die Vereinheitlichung innerhalb der Gesundheitsdienste einerseits und innerhalb der Sozialdienste andererseits, jede für sich bemerkenswert, möglicherweise eine Kluft zwischen den beiden neugeschaffenen Diensten gelassen hat. Es gibt Pläne, dienstliche Beziehungen auf bestimmten Verwaltungsebenen herzustellen. An der Spitze sind die beiden Systeme im Ministerium vereinigt. Die D. H. S. S. gewöhnt sich allmählich an den Gedanken, daß es bei jedem Planungs- und Verwaltungsproblem einen medizinischen und einen sozialen Aspekt gibt. Aber gerade auf der lokalen und Distriktebene muß die Kooperation am reibungslosesten und intensivsten sein. Die Grenzen der meisten A. H. A's werden örtlich übereinstimmen mit denen der Verwaltung. In London z. B. fallen die meisten Distrikte mit den entsprechenden Stadtbezirken Groß-Londons zusammen. Das ist je-

doch nicht immer der Fall. Es bilden z. B. die drei Süd-Londoner Stadtbezirke Lambeth, Southwark und Lewisham zusammen eine lokale Gesundheitsbehörde. Es gibt jedoch vier Gesundheitsdistrikte, von denen nur einer (Lewisham) mit den Stadtbezirksgrenzen zusammenfällt. Einer besteht aus einem halben Stadtbezirk, die anderen beiden erstrecken sich über Stadtbezirksgrenzen. Ursache ist die geographische Verteilung der Krankenhäuser innerhalb dieses Gebietes.

Dennoch beabsichtigt man auf der Ebene des Gesundheitsdistrikts, daß der Leiter der örtlichen Sozialbehörde, im „district medical team" vertreten sein sollte, und daß jedes der Planungsteams für Gesundheitsfürsorge auch Vertreter der Sozialarbeit haben sollte. Beispiel: Ein Sozialarbeiter in der Psychiatrie aus dem entsprechenden Gebietsbüro kann Versammlungen des psychiatrischen Planungsteams beiwohnen. Schließlich werden im klinischen Alltagsbetrieb die Sozialarbeiter weiterhin den Krankenhäusern verbunden bleiben und Ärzte werden weiterhin als Berater der Dienste der örtlichen Behörden arbeiten. Das Konzept des „multidisziplinären Teams" bleibt gültig, zumindest als Ideal. Ein weiteres Problem der Zusammenarbeit ergibt sich besonders auf psychiatrischem Gebiet. Soziale Aufgaben des früheren psychiatrischen Krankenhauses werden von zu schaffenden örtlichen Diensten übernommen werden müssen. Der Erfolg wird nicht nur von der Verfügbarkeit und der Ausbildung des Personals abhängen (der „Institutionalismus" kann in einem Heim genauso gut auftreten wie in einem Krankenhaus), auch nicht von der Beschaffung eigener Gebäude innerhalb der Gemeinde, sondern von der Geschwindigkeit, mit der der neue Dienst aufgebaut werden kann. Es besteht die Gefahr, daß die beiden Vorgänge nicht koordiniert miteinander verlaufen; der Dienst für die akut Kranken wird den neuen psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Distriktskrankenhäusern (D. G. H.) übertragen, während die Versorgung für die Langzeitpatienten weiterhin in den psychiatrischen Krankenhäusern verbleibt.

Auf diese Gefahren wurde hingewiesen und sie wurden mit in Kauf genommen (Brothwood 1973). Man hofft, daß der möglicherweise trennende Effekt der neuen Gesetzgebung überwunden werden kann. Was eintreten wird, läßt sich jetzt noch nicht sicher beurteilen. Nach meiner persönlichen Ansicht müssen endlich die Gesundheits- und Sozialdienste in einem einheitlichen Gefüge zusammengefaßt werden. Ob dieses Gefüge die Gestalt einer hierarchisch gegliederten Körperschaft, die einer zentralen Regierungsbehörde gegenüber verantwortlich ist (wie das gegenwärtige N. H. S.), oder als eine Reihe von miteinander verbundenen Abteilungen der örtlichen Regierungsbehörden Gestalt annehmen soll, ist eine Frage, die außerhalb dieser kurzen Übersicht liegt.

3.4 Andere zentrale und örtliche Regierungsstellen

Natürlich sind viele Aufgaben anderer Regierungsstellen von Bedeutung für die Ziele der Gesundheits- und Sozialdienste. Dies gilt besonders für das Erziehungs-, Wohnungs- und Arbeitswesen. Der Schulgesundheitsdienst gehört jetzt zum N. H. S., aber örtliche Erziehungsbehörden unterhalten heilpädagogische Kliniken, beschäftigen Erziehungspsychologen und -berater und sind verantwortlich für Schulen für die geistig Behinderten (jeglichen Schweregrades), für Verhaltensgestörte und körperlich Behinderte. Örtliche Wohnungsbehörden sind dafür verantwortlich, Unterkunft für Obdachlose und alle möglichen Arten beschützender Wohnmöglichkeiten für Behinderte zu beschaffen. Angesichts der hohen psychiatrischen Morbidität bei alleinstehenden obdachlosen Männern (Tidmarsh und Wood 1972) wäre eine der effektivsten Maßnahmen der präventiven Psychiatrie, die man ergreifen könnte, mehr billige Wohnmöglichkeiten zu beschaffen (sowohl für Alleinstehende als auch für unverheiratete Paare), und zwar eben dort, wo die Abwanderung stattfindet.

Dienststellen, die sich mit Berufs- und Arbeitsproblemen befassen, werden von dem „Department of Employment and Productivity" der Regierung in hierarchischer Weise organisiert, was an den National Health Service erinnert. Jedes Gebiet hat ein Arbeitsamt, dessen Besonderheit eine Abteilung für Behinderte ist. Die Aufgabe des „Disablement Resettlement Officer" (Beamter für die Wiedereingliederung Behinderter) ist es, Behinderten beizustehen (eingeschlossen Geisteskranke oder geistig Behinderte) und entsprechende Arbeit zu finden. Der „Disabled persons act" (etwa = Behindertengesetz) (1944) schuf ein System von besonderen Beschäftigungsdiensten einschließlich industrieller Rehabilitationseinheiten, Regierungsausbildungszentren und Fabriken zur Wiederbeschäftigung, das den Schritt zurück zur Arbeit erleichtern oder Arbeit in beschützender Umgebung schaffen sollte, wenn die Behinderung zu groß für die Anstellung in der freien Industrie ist. Es gibt auch einen Schlüssel, wonach jede Firma mit mehr als 30 Beschäftigten einen kleinen Anteil (3 %) von in der Behindertenkartei registrierten Personen beschäftigen muß. All diese Dienste werden gegenwärtig einer Prüfung unterzogen. Außerdem liegt die Verantwortlichkeit im Zusammenhang mit der Arbeit beim „Department of Employment" (Arbeitsbehörde). Die Psychiatrie hatte bislang nur geringen Anteil daran.

3.5 Freie Organisationen

Freien Organisationen, vorausgesetzt, sie können bestimmte grundlegende Anforderungen der „Charity Commissioners" (etwa = Wohlfahrtsbehörde) erfüllen, werden Steuererleichterungen gewährt, um ihnen die Durchführung ihrer Ziele zu ermöglichen, die gewöhnlich Lücken in den gesetzlichen Diensten füllen sollen oder bahnbrechende Arbeit auf Gebieten leisten sollen, deren Versuchscharakter für öffentliche Organisationen ein zu großes Aufbaurisiko in sich birgt. So richtete die „National Society for Mentally Handicapped Children" (Nationale Gesellschaft für das geistig behinderte Kind) einen ersten Ausbildungskurs für Leiter von Tagesstätten für Behinderte ein, die „National Society for Autistic Children" (Nationale Gesellschaft für autistische

Kinder) eröffnete Sonderschulen und hielt Kurse für Lehrer ab, und die „Mental After-Care Association" (Organisation für die Nachsorge Geisteskranker) richtete eine Kette von Heimen für Geisteskranke ein. Kürzlich wurde eine „National Schizophrenia Fellowship" (etwa = Nationale Schizophreniegesellschaft) gegründet mit dem erklärten Ziel, öffentlichen Druck auf die N. H. S. und die örtlichen Behörden auszuüben, damit die Dienste für Schizophrenie-Kranke verbessert werden.

Freie Organisationen wie diese spielen eine wichtige Rolle bei der öffentlichen Meinungsbildung, dem Aufspüren von Mißständen, im Artikulieren der Interessen der Betroffenen, bei der Schaffung neuer Dienste und erinnern wohletablierte Einrichtungen an die Erfüllung ihrer Aufgaben. Der Wohlfahrtsstaat muß ein starkes Interesse daran haben, besonders diejenigen zu ermutigen, die sich bestimmter (Rand-)Gruppen annehmen.

3.6 Finanzielle Bedingungen

Grundsätzlich sind alle in diesem Kapitel erwähnten Dienste „kostenlos", d. h. daß der, der sie in Anspruch nimmt, keine Kosten zu tragen hat (oder nur nominale, z. B. im Falle ärztlicher Verordnungen). Die Kapital- und Unterhaltsausgaben werden durch zentrale und örtliche Regierungsfonds gedeckt, die wiederum aus dem Steueraufkommen und Gemeindeabgaben gespeist werden. Arbeitslosen- und Krankengeld, Invalidengeld, Ruhestandsgelder, ergänzende Zuschüsse und andere Einkommensquellen für Kranke oder Verletzte sichern einen Mindestlebensstandard. Verglichen mit anderen europäischen Ländern liegt der größte Mangel unseres Systems darin, daß chronisch Behinderten kein entsprechendes Einkommen gewährt wird. Aber die Gesetzgeber kennen diesen Mangel und werden ihn vielleicht in nicht allzuferner Zukunft beheben.

Tabelle 1

Die Haupttypen der bestehenden medizinischen und sozialen Dienste

Art des Dienstes	medizinische Einrichtungen	soziale Einrichtungen
Wohneinrichtungen		
langfristig (über 1 Jahr Obdach, Langzeitrehabilitation oder Langzeitbehandlung)	psychiatrische Krankenhäuser, an Krankenhäuser angegliederte Heime	beschützende Heime und Gemeinschaften, Wohngemeinschaften, Betreute Wohnungen, Familienfürsorge.
kurzfristig (Behandlung, aktive Rehabilitation und zeitweilige Aufnahme)	psychiatrische Abteilungen an District General Hospitals	Rehabilitationsheime, Übergangseinrichtungen.
Tages- und Nachtkliniken		
Langzeit	rehabilitative Tageskliniken	beschützende Werkstätten, Tageszentren, Freizeitzentren.
Kurzzeit	therapeutische Tageskliniken	rehabilitative Tageszentren, Patientenclubs.
Beratung		
ständig	Polikliniken	Sprechstunden
im Notfall	Notfallambulanzen	Sprechstunden
zu Hause	Hausbesuche (einschließlich vom Allgemeinpraktiker unternommene)	Hausbesuche
andere Beratung	Besuche auf Allgemeinabteilungen und anderen Einrichtungen	Lehrer, Polizei usw., Verbindung zur Allgemeinpraxis.

4 Grundlegende Gesundheitsfürsorge

Etwa 95 % der Gesamtbevölkerung sind beim praktischen Arzt registriert; er stellt den ersten Bezugspunkt der Gesundheitsdienste dar. Etwa $^2/_3$ der Registrierten konsultieren ihren Hausarzt tatsächlich irgendwann im Laufe eines Jahres, entweder ihrer selbst oder einer anderen Person wegen, wie z. B. für ein Familienmitglied. Für eine Bevölkerung von etwa 46 Millionen in England standen etwa 20 000 praktische Ärzte zur Verfügung, d. h., auf jeden Hausarzt kamen im Durchschnitt 2 300 Personen (D.H.S.S. 1973 a, S. 148). In mehreren Gutachten über die psychiatrische Versorgung in der Allgemeinpraxis wird die Meinung vertreten, daß annähernd 15 % der Bevölkerung während eines Jahres ihren Hausarzt wegen irgendeiner Form von psychiatrischer Erkrankung besuchen (Hare und Shaw 1965, Shepherd et al. 1966; Taylor und Chave 1964). Nur etwa 5 % der als solche diagnostizierten werden tatsächlich zum Psychiater überwiesen (Cooper 1972). Die Diagnose spielt eine wichtige Rolle bei dieser Selektion. Nur 4 % der psychiatrischen Patienten in der Allgemeinpraxis werden als funktionelle (endogene) oder organische Psychosen diagnostiziert (Shepherd et al. 1966). Der entsprechende Anteil unter ihnen, der von einem Psychiater während des Jahres 1970 untersucht, aber nicht im Krankenhaus aufgenommen wurde, betrug 26 %. Bei den Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser im Jahre 1970 betrug der Anteil 52 %. Bei den Patienten, die am 31. Dezember 1969 in psychiatrischen Krankenhäusern lebten (die meisten seit vielen Jahren), betrug der Anteil 75 % (Wing und Hailey 1972). Zweifellos ist die Schwere des klinischen Krankheitsbildes ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung des praktischen Arztes, welchen Patienten er selbst behandeln wird. Psychiatrische Fallregister zeigen, daß jährlich nur knapp 2 % der Bevölkerung nachweislich in Kontakt mit psychiatrischen Diensten kommen (Wing und Bransby 1970; Wing und Hailey 1972). Dies scheint für die meisten der entwickelten Länder zu gelten (Bahn et al. 1966, L. Wing et al. 1967). Zweifellos würden die psychiatrischen Dienste überschwemmt werden, wenn alle Patienten, die die praktischen Ärzte als psychiatrisch krank ansehen (angenommen 15 %), an Fachärzte überwiesen würden. So muß also der praktische Arzt, besonders bei neurotischen Erkrankungen, die este Verteidigungslinie bilden. Eine Betrachtung, inwieweit der praktische Arzt tatsächlich eine angemessene psychiatrische Versorgung gewährleisten kann, ist deshalb gerechtfertigt. Die Royal Commission on Medical Education (1968) zweifelte nicht an deren Unzulänglichkeit, und viele Interessengemeinschaften, wie z. B. die „National Association for Mental Health", schließen sich diesem Urteil an. In ganz Großbritannien ist man der Meinung, daß praktische Ärzte besser für ihre weitgestreckten sozialen und psychiatrischen Aufgabenbereiche ausgebildet werden sollten. Eine „Joint Working Party" (etwa: Arbeitskreis) des „Royal College of General Practitioners" und des „Royal College of Psychiatrists" erörtert diese Frage jetzt. Die Zeit, welche Hausärzte für ihre Patienten aufwenden können, muß jedoch begrenzt werden, und all diese psychiatrischen Patienten verlangen Zeit. Natürlich benötigt nicht unbedingt diese große Zahl von Patienten, von affektiven Reaktionen (gewöhnlich Depressiven) bis hin zu Entbehrungen und Krisen des täglichen Lebens (Brown et al. 1973; Cooper und Sylph 1973), die auch zusätzlich mit körperlichen Erkrankungen einhergehen können (Eastwood 1970), eine sehr qualifizierte psychiatrische Behandlung. In vielen Fällen ist vielleicht der geeignete Zugang eine vergleichsweise einfache psychiatrische Diagnose und Beratung und außerdem soziale Hilfe und Stütze.

Man könnte vorschlagen, ein „Team für Gesundheits- und Sozialfürsorge der ersten Linie" aus praktischem Arzt, Schwester und Sozialarbeiter einzurichten, das, bei effektiver Arbeit, einen großen Anteil der „kleinen" psychiatrischen Probleme in der Praxis des Allgemeinarztes lösen könnte. Versuche, Sozialarbeiter Allgemeinpraxen anzugliedern, hatten ermutigende Ergebnisse (Goldberg 1972; Goldberg und Neil 1972). Psychologen und Psychiater könnten die praktischen Ärzte auch in Health Centres beraten und auf diese Weise einen Teil der Überweisungen an Polikliniken abwenden. Zur Zeit erwarten die praktischen Ärzte, daß die meisten der Patienten, die sie zum Facharzt überweisen, auch zur Behandlung übernommen werden (Kaeser und Cooper 1971). Aber wenn sich dieser neue Dienst erst bewährt hat, könnte sich diese Einstellung ändern.

Die Frage, inwieweit praktische Ärzte mit der Behandlung ernsterer und chronischer Erkrankungen befaßt werden sollten, wie z. B. der Schizophrenie oder geistigen Behinderungen, werden wir später erörtern, wenn die Facharztdienste erörtert werden.

Insgesamt ist der gegenwärtige „Grund-"Gesundheitsdienst unbefriedigend, was die psychiatrischen Störungen angeht, und viele Änderungen werden notwendig sein. Am naheliegendsten ist die Verbesserung der Ausbildung der praktischen Ärzte während des Studiums und in der Weiterbildung bezüglich sozialer und psychiatrischer Aspekte der Medizin, der Einrichtung multidisziplinärer „Grund-"Behandlungsteams, die sowohl Sozialarbeiter als auch Schwestern einschließen, und die Errichtung von Health Centres, an denen Fachleute, wie Psychiater und Psychologen, regelmäßig konsiliarisch tätig werden könnten. Die erste dieser Veränderungen ist wohl in Großbritannien am wahrscheinlichsten vollzogen, zumindest an einigen medizinischen Fakultäten. Die zweite befindet sich noch im Erprobungsstadium (obwohl Krankenschwestern bereits häufig erfolgreich mit praktischen Ärzten zusammenarbeiten, gibt es bis jetzt nur wenige Projekte, bei denen Sozialarbeiter — insbesondere solche mit psychiatrischer Erfahrung — hinzugezogen werden). Die dritte hängt von der Entwicklung von Gesundheitszentren ab, die, wenn sie auch in der britischen Medizin akzeptiert wird, beträchtlichen Kapitalaufwand und damit eine Entscheidung in bezug auf die Priorität gegenüber anderen Projekten erfordert.

Wir haben uns noch nicht daran gewöhnt, Sozialarbeiter als Teil des Grundbehandlungsdienstes zu sehen, aber die neuen regionalen Sozialarbeiterteams, die von den „Social Service Departments" der lokalen Behörden eingerichtet wurden, müssen wirklich Empfehlungen und Beschreibungen sozialer Dienste für viele Menschen mit psychiatrischen Störungen bieten, von denen viele nicht durch praktische Ärzte überwiesen wurden. Diese Absonderlichkeiten, die durch die Aufteilung des Dienstes entstehen, werden erst durch eine eventuelle Vereinigung überwunden werden.

5 Der psychiatrische Dienst auf Distriktebene

5.1 Abgrenzung der Störungen und Abgrenzung der als notwendig betrachteten Dienste

Die der Einrichtung von Distriktskrankenhausdiensten zugrunde liegenden Prinzipien wurden in den Kapiteln 2 und 3 umrissen. Speziell auf die Psychiatrie angewendet, bedeutet das, daß alle Patienten innerhalb einer vernünftigen Entfernung von zu Hause behandelt werden müssen, daß ein breites Angebot von sozialen und ärztlichen Diensten zur Verfügung stehen und daß die Versorgung kontinuierlich sein sollte, d. h., derselbe Berater sollte den Patienten sowohl in der Klinik als auch in der Tagesklinik oder in der Ambulanz behandeln. Im allgemeinen ist die letzte dieser Bedingungen bereits im N.H.S. erfüllt.

Im folgenden ziehen wir nur Patienten in Betracht, die zur Beratung oder Behandlung zum Facharzt überwiesen wurden. In Großbritannien unterscheidet man im allgemeinen mehrere Patientengruppen mit speziellen Merkmalen, die ganz bestimmte Probleme bei der Versorgung aufwerfen. Man unterscheidet folgende diagnostische Gruppen:

(I) endogene Psychosen und schwere Neurosen

(II) leichte Neurosen und Persönlichkeitsstörungen

(III) psychiatrische Störungen, die Sicherheitsprobleme aufwerfen

(IV) psychiatrische Störungen bei obdachlosen Alleinstehenden

V. chronische Hirnschäden bei jüngeren Menschen

VI. präsenile und senile Demenz

VII. Alkoholismus

VIII. anderer Drogenmißbrauch

IX. geistige Behinderung

X. kindliche Psychosen

XI. neurotische und Verhaltensstörungen im Kindesalter

XII. Störungen bei Jugendlichen

Die verschiedenen Dienste für Patienten in jeder dieser Gruppen kann man grob einteilen unter die Begriffe: Institutionelle Behandlung oder Pflege, Behandlung oder Pflege tagsüber und Konsultation. In jedem Fall ist sowohl eine ärztliche als auch eine soziale Komponente enthalten, die zu teilen nicht zweckmäßig ist. Wegen der verwaltungsmäßigen Teilung zwischen ärztlichen und sozialen Hierarchien gilt es jedoch, in der Praxis die einzelnen Dienste zu unterscheiden. Auf Tabelle 1 erscheinen die verschiedenen Dienste für die „erwachsenen Geisteskranken" als abgetrennte Einheiten, aber man muß daran denken, daß jede Rubrik der Tabelle sich mit jeder anderen überschneiden kann. Z. B. kann derselbe Patient nachts in einem Heim wohnen (Social Services Department), tagsüber eine Tagesklinik besuchen (N. H. S.) und 14tägig regelmäßig eine Poliklinik aufsuchen (N. H. S.). Darüber hinaus arbeiten viele Sozialarbeiter zusätzlich im klinischen Bereich mit.

Eine ähnliche Tabelle könnte man für jede der oben aufgeführten psychiatrischen Störungen erstellen. Im weiteren werden wir die im N. H. S. gegenwärtig verfügbaren psychiatrischen Dienste im Detail erörtern.

5.2 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern

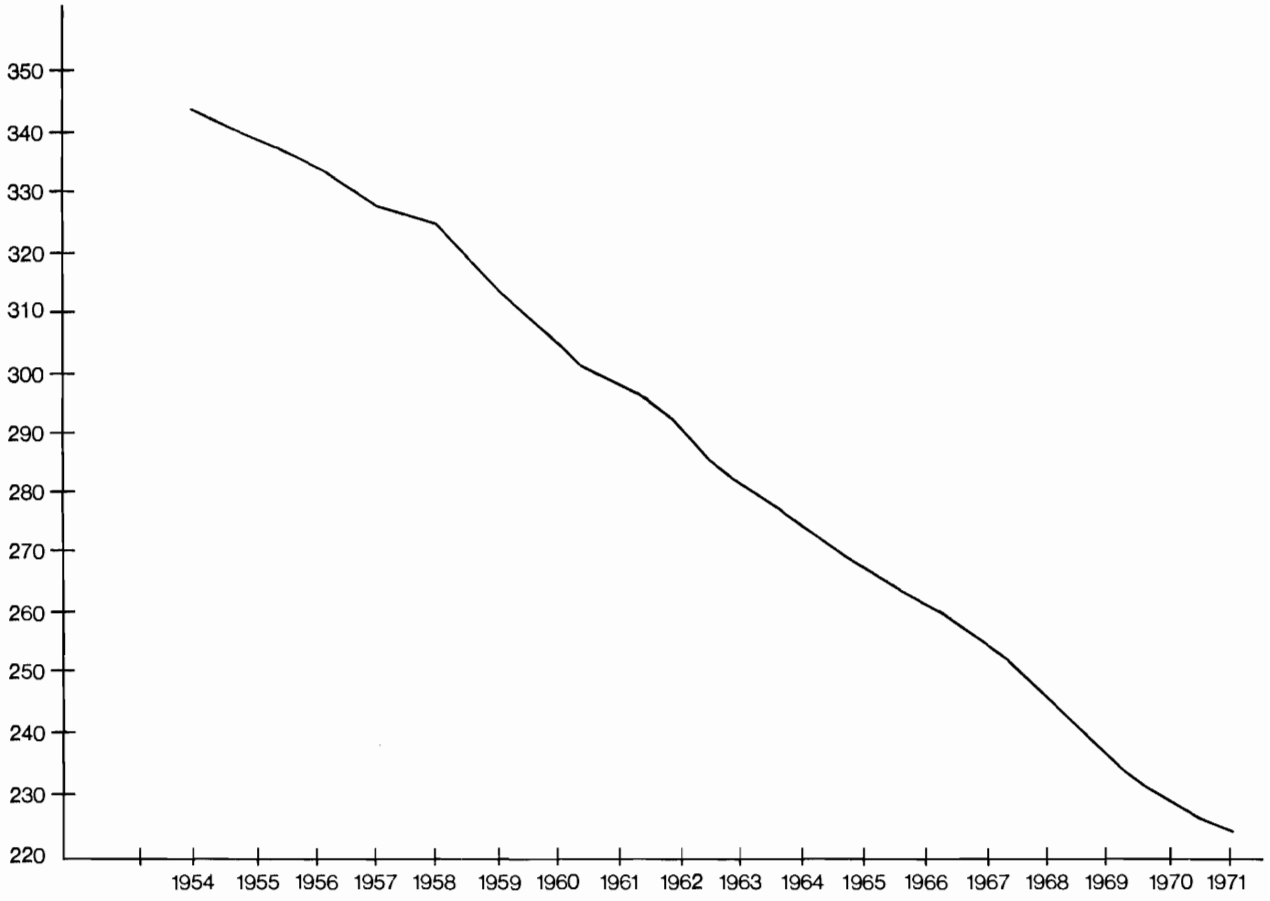
1954 gab es einen Höchststand in der Zahl der belegten Betten in psychiatrischen Krankenhäusern in England und Wales (344 auf 100 000 Einwohner). Dieser war bei weitem nicht so hoch wie in einigen europäischen Ländern, und die Zahlen in Irland und Schottland waren beträchtlich höher (z. B. in Schottland 410 auf 100 000 Einwohner im Jahre 1954). Wie in anderen Ländern gab es jedoch einen deutlichen Rückgang während der vergangenen 20 Jahre. Die neuesten Zahlen für England und Wales waren 225 auf 100 000 Einwohner Ende 1971 (D. H. S. S. 1973 b). Abbildung 1 zeigt die Entwicklung.

Brooke (1972) führte aus, daß Länder mit weniger als 200 Betten auf 100 000 Einwohner sich in zwei Gruppen teilen lassen, „die eine umfaßt einige wirtschaftlich weniger begünstigte Länder, die andere eine Gruppe östlicher Staaten mit kostenloser Versorgung und sozialisierter Medizin.". Das System, das für die zukünftigen englischen Dienste entworfen wurde, ist nicht bewußt auf dem russischen Vorbild aufgebaut, aber es bringt eine ähnlich starke Abhängigkeit von anderen Formen der Versorgung als nur vom psychiatrischen Krankenhaus mit sich. Da die Zahl der Betten abnimmt, hat man ausgerechnet, daß sie einen Stand erreichen wird, bei dem sehr wenig „neue Langzeitpatienten" sich ansammeln, und diese könnte man dann in verschiedenen anderen Einrichtungen versorgen. Die Kurzzeitpatienten könnte man in neue psychiatrische Abteilungen einweisen, die dem District General Hospital angegliedert sein sollen. Solange auch demente Patienten angemessen versorgt werden könnten, würden die altmodischen psychiatrischen Krankenhäuser nicht mehr gebraucht; da ja all ihre Aufgaben auf angemessenere Weise erfüllt werden.

Es gibt drei Komponente in dieser Gleichung: Die „alten Langzeitpatienten", die „neuen Langzeit-

Abbildung 1

Stationäre Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen *): England und Wales, 31. Dezember 1954 bis 1971



*) Bestimmte Arten von Krankenhäusern sind in diesen Zahlen nicht enthalten. Siehe Tabelle 2.

patienten" und die „Kurzzeitpatienten" (wenn man unter „Langzeitpatienten" all jene versteht, die ein Jahr oder länger stationär in Behandlung sind).

a) Die „alten Langzeitpatienten"

Abbildung 2 bringt einige statistische Angaben über psychiatrische Patienten aus dem Camberwell-Register *), die die ersten beiden dieser Kategorien veranschaulichen sollen.

Die obere Kurve zeigt, daß 416 Patienten in Camberwell am 31. Dezember 1964 in psychiatrischen Krankenhäusern länger als ein Jahr in Behandlung waren. 8 Jahre später waren nur noch 190 im Krankenhaus (die meisten der anderen waren verstorben, nur wenige waren entlassen worden). Der Abfall war nicht streng linear und wurde mit den Jahren weniger steil. Die untere Kurve zeigt die Neuansammlung von Langzeitpatienten; die Zahl der Patienten, die an einem Stichtag des Jahres länger als ein Jahr im Krankenhaus gewesen waren, aber nicht zu der Gruppe der „alten Langzeitpatienten" gehörten. Nach 8 Jahren gab es 85 solcher Patienten (Hailey 1973; Wing und Hailey 1972).

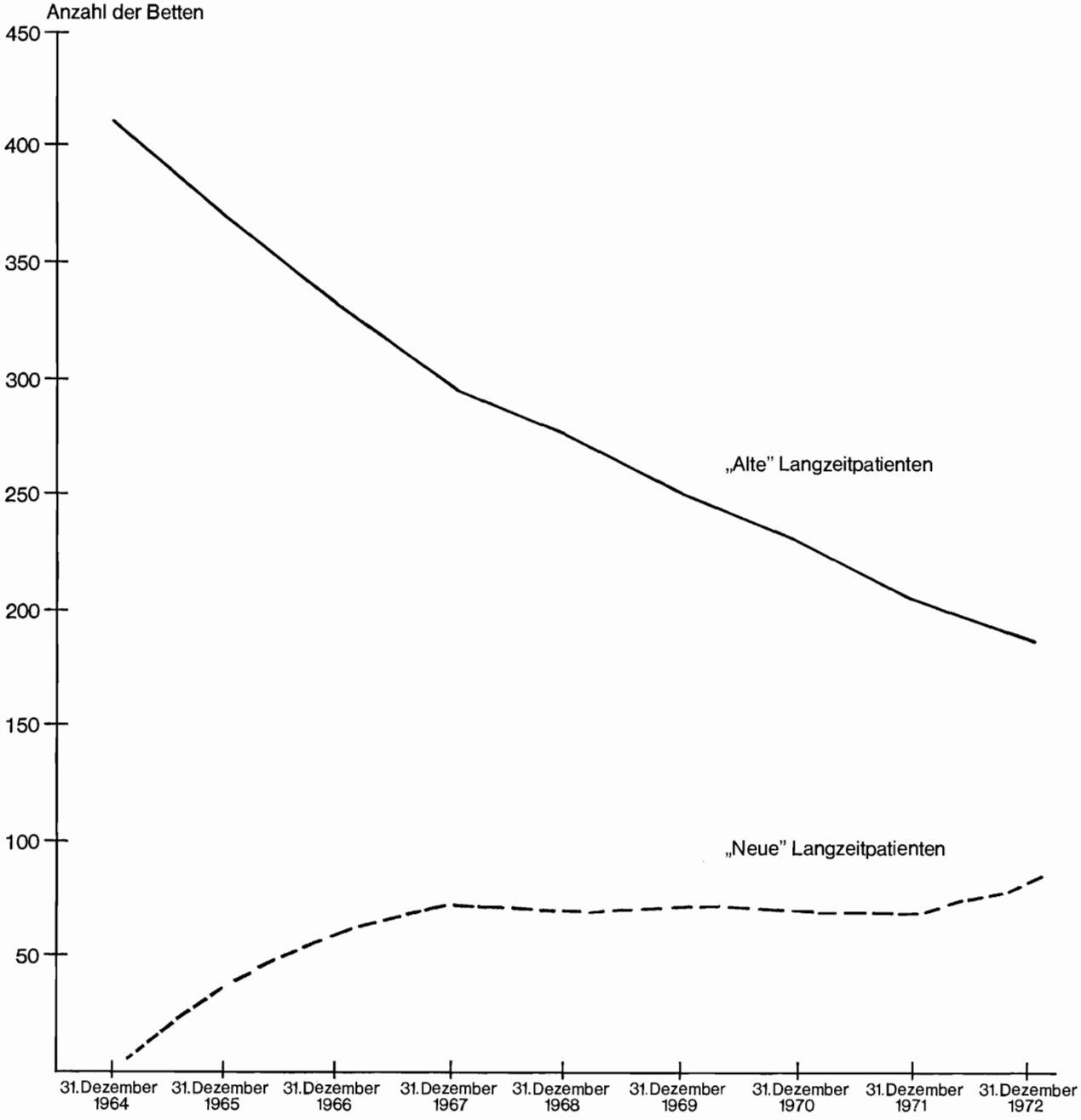
Zahlen aus einem anderen Fallregister zeigen eine ähnliche Entwicklung (Fryers, noch unveröffentlicht).

So wird deutlich, daß die Zunahme der „neuen Langzeitpatienten" verhältnismäßig langsam vor sich geht im Vergleich zur Abnahme der „alten Langzeitpatienten", obwohl es noch weitere 20 Jahre dauern dürfte bis letztere vollständig verschwunden sind. Entschlossene Bemühungen bei der Rehabilitation und Wiedereingliederung (Wing, Bennett und Denham 1964) könnten diesen Prozeß in einigen psychiatrischen Krankenhäusern, in denen dieses Programm in der Vergangenheit noch nicht mit soviel Nachdruck betrieben wurde, beschleunigen,

*) Psychiatrische Fallregister, in denen Informationen über stationäre Patienten, Tagesklinik- und Poliklinik-Patienten bestimmter geographischer Bezirke vergleichend dargestellt sind, sind zur Ergänzung nationaler Daten sehr nützlich, da sie komplexere statistische Untersuchungen ermöglichen (Baldwin 1971; Wing und Bransby 1970).

Abbildung 2

Abnahme der „alten Langzeitpatienten" seit 31. Dezember 1964 und Zunahme der „neuen Langzeitpatienten" während der folgenden acht Jahre



Quelle: Camberwell Register

aber viele Krankenhäuser sind schon lange soweit, daß sich Ergebnisse nicht mehr so einfach erreichen lassen (Catterson, Bennett und Freudenberg 1963).

Die Probleme liegen in schweren Störungen und dem Institutionalismus. Ein großer Teil dieser Patienten steht der Entlassung gleichgültig gegenüber oder will sogar bleiben (Wing und Brown 1970). In Unterkünfte außerhalb des Krankenhauses auszuweichen, wäre möglich, würde jedoch einen Aufwand an Personal und Geld erfordern, der wohl kaum verfügbar ist. Viele englische Krankenhäuser bieten zwar eine vorzügliche beschützende Umgebung für diese Gruppe von Patienten, aber die Lahmlegung der aktiveren Abteilungen des Krankenhauses wirkt sich demoralisierend auf das Personal der Langzeitabteilungen aus. Kürzlich wurde in einer öffentlichen Anfrage nach den Bedingungen

eines unserer Krankenhäuser festgestellt, daß das Fortdauern altmodischer Gepflogenheiten, der niedrige Ausbildungsstand der Schwestern, mangelnde Führung durch das ältere Personal und Fehlen klar abgegrenzter Verantwortungsbereiche auf seiten der Verwaltung zu schlechter Arbeitsmoral des Personals und zur Vernachlässigung der Patienten führte (Committee of Inquiry 1972). Dieses Krankenhaus lag in einem Gebiet, in dem das Konzept des District-Service, der durch eine kleine psychiatrische Abteilung des Allgemeinkrankenhauses getragen werden sollte, weitergehend verwirklicht worden war als in den meisten Teilen des Landes. Das war ein Ausnahmefall. Die meisten unserer Krankenhäuser haben ein sehr hohes Niveau. Vielleicht sollte man das beherzigen, um ähnlichen Problemen in der Zukunft vorzubeugen.

b) Die „neuen Langzeitpatienten"

Ende Dezember 1971 waren in England und Wales 23 422 Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, die länger als ein, aber weniger als fünf Jahre stationär waren. Das ist ein Anteil von 48 auf 100 000 Einwohner. Zwei neuere Studien haben diese „neuen Langzeitpatienten" genauer untersucht, um die Gründe zu ermitteln, weshalb solche Patienten noch immer auftreten (Mann und Sproule 1972; Mann und Cree 1974). Es stellte sich heraus, daß sie unter die meisten Kategorien, die im Abschnitt 5.1 dargestellt wurden, einzureihen sind. Im einzelnen wurden die folgenden 6 Untergruppen festgesetzt:

I. Patienten, die langfristige Sicherungsprobleme aufwerfen, wegen der Möglichkeit, sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen oder weil sie Verbrechen begingen. Auf regionaler Ebene stellt dies eine kleine Gruppe dar. Aber sollte man sie alle in einigen wenigen nationalen „hochgesicherten" Krankenhäusern zusammenfassen? Ich glaube nicht.

II. Patienten mit organischen Bildern; Demenz jenseits des 65. Lebensjahres (insbesondere jenseits des 75.) und verschiedene neurologische Krankheitbilder bei jüngeren Patienten.

III. Patienten, deren ärztliche Behandlung streng überwacht werden muß oder die Verhaltensschwierigkeiten haben und die einen hohen Personalschlüssel, einschließlich nächtlicher Überwachung, erfordern.

IV. Patienten mit chronischen Störungen, wie Antriebsmangel bei Schizophrenie, die eine beschützende Umgebung und etwas Beobachtung bei Tag und Nacht benötigen, aber keine aktive ärztliche oder pflegerische Betreuung.

V. Patienten, die einen gewissen Schutz vor den Anforderungen des täglichen Lebens brauchen, die aber ansonsten in der Lage sind, sich selbst zu versorgen. Viele haben keine Verwandten oder ihre Familien können ihnen keine passende Umgebung bieten.

VI. Patienten mit speziellen Bedürfnissen, die blind, taub, körperlich behindert oder geistig behindert usw. sind.

In der Vergangenheit stand das psychiatrische Krankenhaus für alle diese Bedürfnisse zur Verfügung. Theoretisch wäre es möglich, abgetrennte und spezialisierte Dienste für jede Untergruppe einzurichten, so daß für jeden Einzelfall gesorgt werden könnte. Es ist jedoch wichtig, sich die Flexibilität des psychiatrischen Krankenhauses in Erinnerung zu rufen, das in der Lage war, Patienten mit einer Vielfalt von Problemen aufzunehmen, für die sich keine andere Einrichtung zuständig fühlte. Die Gesellschaft braucht eine solche Einrichtung.

c) Kurzzeitpatienten und Patienten mit mittlerer Aufenthaltsdauer

Die Einweisungszahlen für psychiatrische Krankenhäuser in England und Wales nahmen eine Zeitlang zu, aber sie scheinen jetzt konstant zu bleiben (Wing und Hailey 1972, Kapitel 4). Nach jeder der größeren Veränderungen der psychiatrischen Gesundheitsgesetzgebung mit einer geringeren Stigmatisierung und der Erleichterung der Einweisung gab es jedes Mal eine Zunahme der Einweisungen. Wahrscheinlich wird jetzt eine gegenläufige Entwicklung einsetzen, da man sowohl die Nachteile als auch die Vorteile der Einweisung zu verstehen beginnt. Das Krankenhauskonzept muß deshalb vielleicht sogar für die Behandlung von akuten psychotischen Episoden geändert werden. Der flexible Einsatz einer Tagesklinik (auch für Notfallbehandlung), mit häuslicher Beratung und Stützung, wird wahrscheinlich die Einweisungszahlen noch weiter senken (Gleisner, Hewett und Mann 1972).

Die D. H. S. S. plant akute Behandlungsstationen mit 50 Betten auf 100 000 Einwohner (nicht eingeschlossen ist die Versorgung von dementen Patienten). Sie werden Teil des District General Hospital (D. G. H.)-Komplexes sein. Eine Tagesklinik wird integraler Bestandteil jeder Behandlungseinheit sein; dort werden viele der stationären Patienten den Tag verbringen und darüber hinaus werden 25 Tagesklinikplätze zusätzlich auf 100 000 Einwohner bereitgestellt werden (Brothwood 1973).

Die Anzahl sowohl der stationären als auch der Tagesklinikbetten wurde als zu niedrig kritisiert (Tripartite Committee 1972), und wir schließen uns der Meinung an, daß sie nur wenig Raum für Flexibilität an einer Schlüsselstelle des Dienstes läßt. Es werden jedoch viele Jahre vergehen, bis die neuen Einheiten in jedem geographischen Distrikt zu arbeiten beginnen, und man wird die Anzahl entsprechend den Erfahrungen revidieren müssen.

Zur Zeit steht die große Mehrzahl der Betten noch in psychiatrischen Krankenhäusern, wie Tabelle 2 zeigt. Nur 4,6 % der psychiatrischen Betten sind in Lehr- oder allgemeinen Krankenhäusern anzutreffen.

Tabelle 2

Stationäre Patienten in verschiedenen Arten psychiatrischer Krankenhäuser oder Abteilungen, England und Wales, am 31. Dezember 1971

Art des Krankenhauses oder der Abteilung	Anzahl der Patienten	%
Abteilungen am Regional-Hospital		
Psychiatrische Krankenhäuser	101 965	*91,4*
Abteilung im Allgemeinkrankenhaus	4 112	*3,7*
Abteilung im Geriatrischen Krankenhaus	3 488	*3,1*
Abteilung im Kinderkrankenhaus	184	*0,2*
(Gesamt der Regional Health Service Hospitals)	(109 749)	*(98,4)*
Abteilungen in Lehrkrankenhäusern	1 032	*0,9*
Spezialkrankenhäuser (für psychisch kranke Straftäter)	820	*0,7*
Gesamt der Krankenhäuser und Abteilungen	111 601 (229 auf 100 000)	*100,0*

Quelle: D.H.S.S. (1974)

d) Forensische Probleme

Das Problem der Zwangseinweisung *) müssen wir gesondert betrachten. Von 183 473 Einweisungen in britische psychiatrische Krankenhäuser im Laufe des Jahres 1971 war nur bei 16 % irgendeine Form von Zwang angewendet worden, und die meisten dieser Beschlüsse galten nur einige Tage oder einige Wochen (Tab. 3).

Solche Einweisungen ergeben sich aus vielerlei Gründen, aber letzten Endes läßt sich die Angelegenheit immer als eine Meinungsverschiedenheit zwischen Arzt und Patient auffassen (Dawson 1972).

*) Man muß sich vor Augen halten, daß für die Mehrzahl der Zwangseinweisungen kein Gerichtsverfahren nötig ist. Tabelle 2 zeigt, daß tatsächlich sehr wenig Patienten direkt vom Gericht oder Gefängnis eingewiesen werden.

Tabelle 3

Alle Einweisungen nach Art der Zuweisung: Geisteskranke in Abteilungen der Regional Hospitals und der Ausbildungskrankenhäuser, England und Wales, 1971

Einweisungsart	§ der Mental Health Act, 1959	Zahl der Einweisungen
formlos		154 055
Zwangseinweisung:		
zur Beobachtung	25	9 466
zur Behandlung	26	863
Notaufnahmen	29	16 579
Zurückhaltung des formlos eingewiesenen Patienten im Krankenhaus	30	91
Gerichtsbeschluß	60	832
Verlegung vom Gefängnis usw.	71,72	65
polizeiliche Anordnung	135,136	1 396
andere	—	126
insgesamt		183 473

Quelle: D.H.S.S. (1973 b)

Der Arzt glaubt, daß der Patient oder jemand in seiner unmittelbaren Umgebung sicher Schaden nehmen wird, wenn die Einweisung nicht zustande kommt, während der Patient anderer Ansicht ist. In England gibt es ein Anhörungsverfahren, das jeder Unrechtmäßigkeit sehr schnell abhelfen soll, aber nicht jeder ist überzeugt, daß es schnell und effizient genug arbeitet (Greenland 1970).

Im ganzen ist die Zwangseinweisung jedoch nicht so umstritten wie in einigen anderen Ländern. Den meisten dieser Aufnahmen sind die normalen Stationen der psychiatrischen Einheiten von District General Hospitals ohne Schwierigkeiten gewachsen.

Es gibt jedoch das oben erwähnte Problem der längerfristigen Sicherung. Tabelle 2 zeigt, daß es in dem hochgesicherten Krankenhaus von Broadmoor 820 Betten gibt. (Zwei kleinere Krankenhäuser, Rampton und Moss-side, befassen sich mit ähnlichen Problemen bei geistig Behinderten.) Mann und Cree (1974) haben in einer Repräsentativuntersuchung der „neuen Langzeitpatienten" in psychiatrischen Krankenhäusern von England und Wales keine sehr beträchtliche Anzahl von Patienten gefunden, für die „strenge Sicherungen" dieser Art nötig gewesen wäre. Viele der Patienten, die noch immer unter Gerichtsbeschluß stehen, wurden nur ziemlich geringfügiger Vergehen schuldig befunden und daraufhin ins Krankenhaus geschickt.

Wenn jedoch ein psychiatrischer Patient nach Entlassung aus dem Krankenhaus ein ernstes Verbrechen begeht, ist die öffentliche Meinung oft bis zu einem gewissen Grade feindselig. Die meisten psychiatrischen Krankenhäuser sind nicht im Sinne eines Gefängnisses „sicher". Jeder, der das ernsthaft genug will, kann entweichen. Dies wird für die neuen D. G. H.-Abteilungen noch vielmehr gelten. Deshalb taucht die Frage auf, ob eine größere Anzahl von Plätzen in weniger zentral gelegenen, streng gesicherten Krankenhäusern notwendig ist oder ob kleinere regionale „weniger streng gesicherte" Abteilungen eingerichtet werden sollten, die von der N. H. S. verwaltet werden könnten. Für die „streng" gesicherte Lösung spricht, daß Krankenhauspersonal Sicherheit niemals in einem Sinne verstehen kann wie Gefängnispersonal und daß dann außer strengen Sicherungsmaßnahmen alles andere ohne Bedeutung ist, wenn man wirklich die Absicht hat, die Flucht zu verhindern. Andererseits wird vorgebracht, dies hieße, eine besondere Klasse von Gezeichneten zu schaffen, die zwar nicht in einer gefängnisartigen Atmosphäre abgetrennt werden müßten, aber doch strengere Überwachung über längere Zeit hinweg brauchten als die meisten psychiatrischen Patienten. In dieser Gruppe würden sich auch einige Patienten finden, die nicht zwangsweise untergebracht sind.

Ich selbst lehne die Einrichtung des neuen Typs der „weniger streng gesicherten" Abteilungen nachdrücklich ab. Die Frage ist: „strenge" Sicherheit oder „gewöhnliche" Sicherheit? Ein Regierungsausschuß berät jedoch zur Zeit darüber und wird in Kürze einen Bericht herausgeben.

e) Stationäre Einrichtungen für demente Patienten

In einem kürzlich erschienenen Regierungsrundschreiben (D. H. S. S. 1972 b) wurde eine nützliche Unterscheidung zwischen drei Gruppen von älteren Patienten mit psychiatrischen Auffälligkeiten unterschieden:

I. Patienten mit körperlichen Erkrankungen und psychiatrischen Begleiterkrankungen, wie z. B. Delirien oder Verwirrtheitszuständen: Die allgemeinen medizinischen und geriatrischen Einrichtungen könnten sie angemessen behandeln.

II. Patienten mit psychiatrischen Störungen, die sich im Prinzip nicht von Erkrankungen des jüngeren Lebensalters unterscheiden, unter Ausschluß der Demenz: Die allgemeinen psychiatrischen Dienste könnten jede Behandlung übernehmen.

III. Patienten, deren hauptsächliche Erkrankung die Demenz ist.

Man schlug vor, daß sowohl „Geriater" als auch Psychiater viele Patienten der Gruppen I und III behandeln sollten, und daß man kleine gerontopsychiatrische Beratungseinheiten schaffen sollte, die im Einzelfall die beste Form der Behandlung und des Vorgehens festlegen sollten. Bei der Planung neuer Dienste wirft jedoch die Gruppe III die größten Probleme auf. Zur Zeit werden Patienten mit Demenz meistens in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen, obwohl doch die Pflege und therapeutische Versorgung nichts spezifisch Psychiatrisches zu sein scheint. Sie bedürfen sicher nicht des ganzen Aufwandes einer psychiatrischen Station der D. G. H. Der D. H. S. S. (1972 b) gab keine feste Empfehlung, wo sie behandelt werden sollten, schlägt aber 30 bis 40 Betten auf 100 000 Einwohner und dazu 15 Tagesplätze auf 100 000 Einwohner vor (Brothwood 1973). Nach meiner Ansicht brauchen wir an gewöhnliche geriatrische Krankenhäuser angeschlossene Fachabteilungen für die Behandlung dieser Gruppe, und die geriatrischen Krankenhäuser sollten in den D. G. H. eingegliedert werden. Die Psychiater sollten nur konsiliarisch tätig sein. In der Praxis jedoch werden Patienten mit Demenz wahrscheinlich weiterhin für absehbare Zeit in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen werden, einfach, weil keine andere Einrichtung für sie besteht. Die gegenwärtigen geriatrischen Krankenhäuser auf den neuesten Stand zu bringen, wird einen riesigen Kapitalaufwand erfordern, ganz zu schweigen vom Aufbau neuer Abteilungen für demente alte Patienten.

f) Drogenabhängigkeit

Betäubungsmittelabhängige können in speziellen N. H. S.-Abteilungen behandelt werden, die an 25 Kliniken in England, 16 davon in London, vorhanden sind. Jede Klinik hat auch stationäre Behandlungsmöglichkeiten. Ende 1972 waren 1 288 ambulante und 73 stationäre Patienten in Behandlung. Freie Organisationen stellen Beratungszentren, Heime und Tageszentren zur Verfügung (D. H. S. S. 1973 a).

g) Alkoholismus

Ende 1972 gab es 17 Spezialabteilungen mit 369 Betten für Alkoholiker, weitere 6 mit zusätzlich 106 Betten sind bereits genehmigt. Entgiftungszentren werden in Manchester, Birmingham und London eingerichtet. Die meisten extramuralen Wohn- und Tagesstätteneinrichtungen wurden von freien Organisationen geschaffen, viele mit staatlicher Unterstützung.

5.3 Tageskliniken

1956 gab es in England und Wales 14 psychiatrische Abteilungen, die tagesklinische Patienten aufnahmen. 2 Jahre später waren es 38. 1970 waren es 115 mit 3 821 Patienten, die zuletzt den ganzen Werktag über anwesend waren (Brothwood 1973). Die Anzahl der Erstüberweisungen in Tageskliniken hat sich in den letzten Jahren von 9 000 im Jahre 1962 auf 21 000 im Jahre 1969 erhöht.

Ein Bericht des D. H. S. S. über 15 ausgewählte Tageskliniken im Jahre 1967 (D. H. S. S. 1969) zeigte, daß in der Praxis nur wenig Übereinstimmung herrschte, obwohl in Tageskliniken fast alle Krankheitsbilder behandelt wurden, einschließlich akuter und chronischer Störungen. Einige Abteilungen neigten zur Spezialisierung auf ein bestimmtes Krankheitsbild. Es gab 3 Grundmodelle: eines auf der Grundlage der Abteilung für akut Kranke, eines auf der Grundlage der Abteilung für längerfristige Rehabilitation (mit Werkstätten oder zumindest etwas Fertigung für die Industrie) und eines, das beide Funktionen vereinigte.

Ein detaillierter statistischer Bericht über Patienten, die am 17. April 1972 innerhalb Englands und Wales in Tageskliniken waren, ist veröffentlicht worden (D. H. S. S. 1974). An diesem Tag waren es 13 186 Patienten; 58 % davon waren in einer richtigen Tagesklinik und der Rest nur tagsüber auf einer gewöhnlichen Krankenhausabteilung. Der Bericht umfaßte 145 Tageskliniken und 177 vollstationäre Kliniken. Etwa 1/3 aller Patienten war ein Jahr oder mehr und 20 % zwei Jahre oder mehr dort. Etwa 1/3 kam bis zu 2 1/2 Tagen pro Woche. 60 % waren nach einer stationären Behandlung eingewiesen worden.

Zwei andere englische Studien zeigen die Entwicklung hin zum Entstehen einer Gruppe von „neuen Langzeitpatienten" in Tageskliniken. Hassall und ihre Kollegen stellten fest, daß 40 % der Patienten in den Tageskliniken um Birmingham dort ein Jahr oder länger gewesen waren. Bei der Nachuntersuchung ein Jahr später waren 60 % aus dieser Gruppe noch immer dort (Hassall, Gath und Cross 1972). Hailey (1974) beschrieb das gleiche Phänomen nicht nur für Tageskliniken, sondern auch in Tagesclubs und -heimen der Ortsbehörden und freier Organisationen. In Camberwell in Südost-London war die Hälfte der Patienten, die tagsüber in irgendeiner Form der Behandlung waren, dort seit mehr als einem Jahr. Offensichtlich handelt es sich dabei um chronisch Behinderte.

Es ist geplant, daß künftig viele stationäre Kurzzeitpatienten tagsüber die gleichen Einrichtungen wie „richtige" Tagesklinik-Patienten benutzen können. Für Erwachsene Geisteskranke wird es 65 Tagesklinikplätze auf 100 000 Einwohner geben; etwa 25 davon werden echte Tagesklinikplätze sein. Für alte Patienten mit schwerer Demenz wird es 25 bis 40 Tagesklinikplätze geben, von denen etwa 15 „echte" Tagesklinikplätze sein werden (Brothwood 1973).

Neue Vorstellungen, die Einrichtung „Krankenhaus" flexibler zu verwenden, so daß über lange Zeiträume hinweg zwangloser Kontakt vor, während und nach der Aufnahme aufrechterhalten werden kann, wurden bei einem geplanten „District Services Centre" für das Gebiet Camberwell berücksichtigt. Manche Behinderte werden den Kontakt nach der Entlassung bereitwilliger aufrechterhalten, wenn sie zu einer Mahlzeit oder einem Tischtennisspiel oder zum Besuch eines Freundes kommen können, als wenn der Hauptgrund für den Besuch die Fluphenacin-Injektion oder ein leicht gezwungenes Gespräch mit einem Arzt in einer Poliklinik ist. Gemeindeorientierte Schwestern sind sehr gut geeignet zur Führung solcher Gruppen von Patienten (nicht nur solchen, die eine Injektion oder Phenothiazin erhalten sollen), z. B. von einem Tageskrankenhaus aus. Die angegliederte Einrichtung für die Nacht muß nicht immer in Form einer „Station" geplant werden; eine Art Hotel oder Studentenheim würde für viele Patienten ausreichen. Die angegliederte Beschäftigungseinrichtung (sowohl Heimarbeit als auch industrielle Fertigung) muß besonders geeignet sein, und es ist wichtig, dem Patienten Gelegenheit zu geben, während der Tagesklinikbehandlung in ein Heim zu ziehen, wenn das angezeigt ist.

5.4 Polikliniken und andere Beratungsdienste

Obwohl der Großteil der Patienten dem Psychiater durch Allgemeinpraktiker zugewiesen wird, kommt auch ein beträchtlicher Anteil von anderen Stellen — anderen Fachärzten, Sozialarbeitern, freiwilligen Stellen, von der Polizei — oder der Patient kommt von sich aus. Die meisten Gebiete schaffen jetzt Not- oder „walk-in"-Kliniken, die Überweisungen von allen Stellen aufnehmen. Die Patienten werden im allgemeinen wieder zu ihrem Allgemeinpraktiker zurücküberwiesen, ganz gleich, von wem sie eingewiesen wurden. Am raschesten nehmen die Einweisungen durch allgemeinmedizinische, chirurgische oder gynäkologische Polikliniken zu, da die Psychiatrie in Allgemeinkrankenhäusern allmählich ihren festen Platz findet. Es wird auch als wichtig betrachtet, daß alle Patienten, die wegen Selbstbeschädigungen oder Vergiftungen in Allgemein-Krankenhäuser eingewiesen wurden, vor der Entlassung einem Psychiater vorgestellt werden (Greer und Liddell 1972). Diese neuen Anforderungen an die psychiatrischen Dienste müssen in ihren Auswirkungen erst noch eingeschätzt werden. Zwischen dem Allgemeinpraktiker und der Poliklinik gibt es mehrere Zwischenstationen, insbesondere die Telefonseelsorge, den Hausbesuch und die Krisen- oder Notfallklinik. Die erste Aufgabe der Poliklinik ist die soziale und klinische Diagnose, anhand derer

der Patient und der Allgemeinpraktiker über weitere Schritte beraten werden können. Die zweite Aufgabe ist die Behandlung, einschließlich Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Pharmakotherapie und Soziotherapie. Langzeitpsychotherapie ist in britischen Kliniken eine ziemlich ungewöhnliche Behandlungsform, und so sind auch sehr wenige Psychiater gleichzeitig Psychoanalytiker. Die meisten älteren Ärzte arbeiten stationär und in der Poliklinik. Bis vor kurzem gab es jedoch Betten nur in psychiatrischen Krankenhäusern, während die Polikliniken in Allgemeinkrankenhäusern waren; die meisten Psychiater arbeiteten an beiden Stellen. Eigentlich gibt es für jede Poliklinik noch eine dritte Aufgabe: die Nachbehandlung und Beobachtung von Patienten, die aus der stationären Behandlung entlassen wurden (zu beachten ist jedoch der vorhergehende Abschnitt über die neuen Vorstellungen bezüglich der Kontinuität des Kontakts).

Im Jahre 1969 fanden 2 500 poliklinische Konsultationen auf 100 000 Einwohner in ganz England und Wales statt im Vergleich zu 4 300 im Gebiet der Großstadt London. Der Unterschied bringt ohne Zweifel die besseren Verkehrsverbindungen in den Städten und die größere Bereitwilligkeit von Großstadtärzten, zum Psychiater zu überweisen, zum Ausdruck. Die Auswirkungen eines hohen Arzt-Patient-Verhältnisses lassen sich in der noch größeren Zahl von Konsultationen (5 880 auf 100 000 Einwohner) nachweisen, die die Polikliniken des Gebietes um Camberwell im Jahre 1969 hatten (Wing und Hailey 1972, Kap. 7). An diesen Konsultationen waren 1 228 Patienten auf 100 000 Einwohner beteiligt.

Im Gebiet Camberwell werden 63 % der poliklinischen Patienten in normalen Polikliniken untersucht. Die übrigen kommen in die Notfallklinik oder als nächtliche Notfälle, oder sie werden bei Hausbesuchen, die gewöhnlich auch Notfallbesuche sind, gesehen. Annähernd 15 bis 20 % der als Notfall gesehenen Patienten werden ins Krankenhaus eingewiesen. Das Verhältnis ist eher höher bei Patienten, die von sich aus kommen oder von Sozialbehörden geschickt werden, als bei Patienten, die von ihrem Allgemeinpraktiker überwiesen wurden. Die Notfallambulanz ist der eigentliche Ausgangspunkt für die Krisenintervention. Eine systematische Auswertung der Effektivität von poliklinischen Diensten muß noch erfolgen. Sehr wenig ist auch über die Überschneidung von psychiatrischen und sozialen Diensten bekannt. Aus Fallregisterstudien wird jedoch klar, daß Sozialarbeiter in einigen Gebieten viel tun, was in anderen von Psychiatern getan wird (Wing und Hailey 1972, Kap. 20).

5.5 Abgebrochene Behandlungen

Leff und Vaughn (1972) untersuchten die klinischen und sozialen Probleme von Patienten mit Psychosen, die ein Jahr lang die Poliklinik weiterhin besuchten bzw. seit einem Jahr keinen Kontakt mehr hatten. Im allgemeinen waren die Patienten mit Behandlungsabbruch weniger krank und sozial weniger beeinträchtigt als die noch behandelten. Hinsichtlich des klinischen Zustandsbildes könnte die Arbeit der Dienste als effektiv gelten, aber in bezug auf die sozialen Bedürfnisse waren sie in beiden Gruppen weniger effektiv. Besonders arbeitslose Schizophrene waren hilfsbedürftig, obwohl sie dies häufig selbst nicht einsahen.

Versuche mit der Präventivbehandlung (Leff und Wing 1971; Hirsch et al. 1973) untermauern dieses Ergebnis. Ein aktiver sowohl sozialer als auch ärztlicher Betreuungsdienst für chronisch schizophrene Patienten ist natürlich ein wesentlicher Teil jedes Community-care-Systems. Davis, Dinitz und Pasamanick (1972) haben das kürzlich klar ausgesprochen. Sie wiesen darauf hin, daß viele Schizophrene verstandesmäßig nicht daran interessiert sind, „gesünder" zu werden, und daß es unklug erscheint, sich auf ihre Initiative für die Aufnahme oder Fortführung der Behandlung zu verlassen. Vor einiger Zeit wurde darauf hingewiesen (Brown, Bone, Dalison und Wing 1966), daß man „Schizophrenie-Kliniken" bräuchte, um Listen von Patienten zu bekommen, die die Fürsorge brauchen, und um eine aktive Behandlungs- und Rehabilitationspolitik koordinieren und durchführen zu können. Brown, Birley und Wing (1972) haben einige Vorschläge gemacht, wie man Verwandte unterstützen könnte.

Ein weiteres Problem, das alle größeren Länder beachten müssen, ist das der obdachlosen alleinstehenden Männer, die sich im allgemeinen in Großstadtzentren ansammeln. Das D. H. S. S. unterhält „Reception Centres" (= Asyle) für sie; das größte ist das Camberwell-Reception-Centre. Im Jahre 1971 lag die durchschnittliche Übernachtungszahl im Camberwell Reception Centre zwischen 700 und 800 pro Monat, ausgenommen Mai, Juni und Juli. Im Jahre 1972 war die durchschnittliche Belegungszahl 822 und im Februar 833. Diese Zahlen liegen um vieles höher als in früheren Nachkriegsjahren. Als z. B. im Jahre 1970 ein Forschungsprojekt über die psychiatrischen Aspekte der Armut an diesem Zentrum durchgeführt wurde, lag die durchschnittliche nächtliche Belegung bei 500. Annähernd die Hälfte war „ständig dort wohnhaft", d. h. sie war einverstanden, einige Zeit zu bleiben, da man die Absicht hatte, ihr zu helfen, ein seßhafteres Leben zu führen. Im Laufe des Jahres 1970 durchliefen etwa 8 000 Männer das Centre (Tidmarsh und Wood 1972).

Man schätzt, daß durchschnittlich etwa 30 % der Männer geisteskrank, 19 % körperlich krank waren oder an Epilepsie oder Altersschwäche litten und 33 % Alkoholiker oder anderweitig süchtig waren. Unter den jährlich 8 000 Aufnahmen waren diese Anteile geringer, weil die Behinderten im allgemeinen länger im Centre blieben als die übrigen (annähernd 1 500 Männer, deren Hauptprobleme durch Geisteskrankheit bedingt waren, wobei die häufigste Diagnose Schizophrenie war, hielten sich im Laufe des Jahres 1970 im Centre auf; das ergab durchschnittlich pro Nacht 150 Betten). In fast allen Fällen, in denen einer von ihnen schon früher in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen worden war, war er zur Zeit dieser ersten Einweisung noch nicht obdachlos; das Abgleiten ins Elend kam später. Dies traf nicht auf Alkoholiker zu.

Etwa 720 Männer, die im Centre aufgenommen wurden, waren innerhalb der letzten 12 Monate aus einem psychiatrischen Krankenhaus entlassen worden. Fast 1/3 davon erschien innerhalb einer Woche oder weniger im Centre und ein weiteres Viertel innerhalb von 3 Monaten nach Verlassen des psychiatrischen Krankenhauses. Viele mit der Diagnose Geisteskrankheit wären mit dem ständigen Aufenthalt im Centre ganz zufrieden gewesen.

Es wäre ungerecht, den inneren Stadtbezirken die Sorge für beschützende Wohnstätten und Beschäftigungseinrichtungen aufzubürden, die für die Wiedereingliederung dieser Männer notwendig wären. Eine gewisse staatliche Lenkung ist erforderlich.

5.6 Sozialdienste („personal social services") für psychiatrische Patienten

Die Vielfalt der zur Verfügung stehenden Sozialdienste („personal social services") wurde in Abschnitt 3.2 beschrieben. Bis jetzt sind jedoch die Einrichtungen, die die sozialen Funktionen der alten psychiatrischen Krankenhäuser übernehmen könnten, noch nicht entsprechend entwickelt.

Da der Sozialarbeiterdienst der Ortsbehörde noch neu ist und erst neuerdings so rasch ausgeweitet wurde, sind viele der im Außendienst arbeitenden Sozialarbeiter mit der psychiatrischen Arbeit nicht vertraut. Sozialarbeiter im Außendienst räumen der psychiatrischen Arbeit keine besondere Vorrangstellung ein (Neill et al. 1973), denn diese ist nur eine ihrer vielen dringenden Aufgaben. Die Unabhängigkeit vom ärztlichen Beruf und vom medizinischen Bereich wurden zu diesem Preis erkauft. Es ist jedoch offensichtlich, daß der Berufsstand der Sozialarbeiter sich der Notwendigkeit, einige Formen der Spezialisierung einzuführen, voll bewußt ist; zweifellos wird eine davon die Psychiatrie sein, obwohl der frühere „psychiatrische Sozialarbeiter" sicher nicht mehr eingeführt wird.

Die „Social Service Departments" haben neben ihren Außenstellen für Sozialarbeiter große Abteilungen, die sich mit Tagesclubs und Wohneinrichtungen für verschiedene Gruppen von Behinderten oder Benachteiligten beschäftigen. Alle lokalen Behörden unterhalten z. B. Altersheime, viele haben auch Heime für „verwirrte alte Patienten", d. h. für leicht Demente. Alle haben Heime und Zentren für geistig Behinderte. Die meisten haben Tageszentren für Geisteskranke, aber Heime gibt es nur sehr wenige.

Ein kürzlich veröffentlichter Überblick über Heime und Wohngemeinschaften in drei Londoner Stadtteilen wies nach, daß die lokalen Behörden und die freien Organisationen tatsächlich einer kleinen Gruppe von früheren Patienten qualitativ gute Einrichtungen bieten. Die Diagnose in 80 % der Fälle ist Schizophrenie, aber die Defekte sind gewöhnlich nur mäßigen Grades. Für die stärker defekte Gruppe bestehen nur sehr wenig Auswahlmöglichkeiten (Hewett und Ryan 1974). Die schon zur Verfügung stehenden Heime wollen insbesondere niemanden aufnehmen, wenn nicht eine begründete Chance besteht, Arbeit zu bekommen. Es gibt nur sehr wenige Patienten, die in einem beschützenden Wohnheim leben und jeden Tag eine beschützende Werkstätte aufsuchen, vielleicht sogar mit eigens eingesetzten Transportmitteln. Eine solche Einrichtung würde jedoch einen beträchtlichen Grad von Schutz bieten für die, die ihn benötigen, obwohl solche Einrichtungen kaum auffallen würden. Heime und Tageszentren können Häuser in normalen Straßen sein. Solche Modelle könnte man auch auf geistig Behinderte und Demente anwenden.

5.7 Die Statistik eines Community Service

Nur örtliche psychiatrische Fallregister können unverfälschte Daten über die Zahl der Patienten liefern, die all die ärztlichen und sozialen Dienste in Anspruch nehmen.

In Tabelle 4 wird ein Plan vorgelegt, der sich auf eine Reihe statistischer Studien und intensivere Un-

Tabelle 4

Zahl der benötigten Plätze in verschiedenen ärztlichen und sozialen Diensten für „erwachsene Geisteskranke", demente Patienten nicht eingeschlossen

Art des Dienstes	Zahl auf 100 000 Einwohner
Wohneinrichtungen	
„Alte" stationäre Langzeitpatienten	—*)
„Neue" stationäre Langzeitpatienten	
Langzeitbehandlung	15
langfristige Beobachtung und Rehabilitation	15
Kurz und mittelfristige stationäre Patienten (Behandlung und aktive Rehabilitation)	65
Ortsbehörden und freie Heime, Wohngemeinschaften und Wohnprojekte	40
Tageseinrichtungen	
Tagesklinik	35
Rehabilitationswerkstätte im Krankenhaus	10
Tageszentren und Werkstätten der Ortsbehörden	50
Gesamt, außer „alten Langzeitpatienten"	230

*) Siehe Abbildung 2. Es wurde errechnet, daß noch 1980 100 Patienten in der „alten Langzeitpatienten"-Gruppe wären. Es wäre irreführend, hier eine Prozentzahl anzugeben.

tersuchungen und Übersichten für ein Gebiet von annähernd 170 000 Einwohnern im Südosten von London stützt. Die Gesamtzahl derer, die Tages- oder Heimpflege für „erwachsene Geisteskranke" (ausgeschlossen Demenz und geistige Behinderung) benötigt, sei es vom Krankenhaus oder von den Sozialdiensten, beträgt 230 auf 100 000 Einwohner, wenn man die gegenwärtige Gruppe der „alten Langzeitpatienten" außer Betracht läßt.

Bis jetzt hat die Regierung nur Richtlinien für die künftige Anzahl von Betten in D. G. H.-psychiatrischen Abteilungen für Kurzzeit- und Mittellangzeitpatienten (50 auf 100 000) und „echte" Tagesklinikplätze (25 auf 100 000) festgelegt. Es wurden noch keine offiziellen Richtzahlen für die „neuen Langzeitpatienten" und für Wohnheim- und Tageseinrichtungen der örtlichen Behörden veröffentlicht.

Was die Demenz angeht, liegen die Richtlinien der Regierung für stationäre und Nachtklinikplätze, die wir im Abschnitt 5.2 (e) erwähnten, bei den Richtlinien, die für ein Gebiet im Südosten Londons erstellt wurden. Das Angebot an Einrichtungen der örtlichen Behörden, sowohl an Tagesstätten als auch an Wohneinrichtungen wird jedoch beträchtlich erweitert werden müssen.

6 Dienste für geistig Behinderte

6.1 Allgemeine Dienste

In England setzt man die geistigen Behinderungen bei Intelligenzquotienten unter 50 fest. Soweit es sich dabei um Kinder handelt, hat diese Definition eine gewisse Bedeutung für die Dienste, da die meisten Kinder mit einem IQ unter 50 in Spezialschulen, sog. ESN *) (schwergestört) oder ESN (Sonderbereich), die von den Erziehungsabteilungen der örtlichen Behörden unterhalten werden. Nur eine kleine Minderheit dieser Schüler hat einen IQ von 50 oder darüber. Für nicht mehr Schulpflichtige wird sehr viel weniger streng unterschieden. Man kann sagen, daß fast alle mit Intelligenzquotienten unter 50 von den Diensten für geistig Behinderte versorgt werden (entweder im Krankenhaus oder durch das Social Service Department der örtlichen Behörden). Aber eine nicht zu übersehende Minderheit (deren genaue Größe nicht bekannt ist) mit Intelligenzquotienten von 50 oder darüber kann nicht selbständig arbeiten und wohnen und muß des-

*) Educationally subnormal [Lernbehinderte]

Tabelle 5

Ermitteltes Auftreten geistiger Behinderung in Camberwell nach Altersgruppen (Zahl und Anteil auf 1 000)

Dienst	0 bis 4		5 bis 14		15 bis 24		25 bis 64		65 *)	
	Z	Anteil/ 1 000	Z	Anteil/ 1 000	Z	Anteil/ 1 000	Z	Anteil/ 1 000	Z	Anteil/ 1 000
nicht in Tages- oder Wohneinrichtungen	26	1,73	—		4	0,15	16	0,18	1	0,05
Tagespflege	13	0,86	—		—		—		—	
spezielle Behandlungseinrichtung tagsüber	—		16	0,68	—		—		—	
Schule oder Tageszentrum	3	0,20	43	1,84	60	2,25	27	0,31	1	0,05
Wohnung zu Hause	—		—		12	0,45	—		—	
Wohnung im Heim	5	0,33	8	0,34	4	0,15	12	0,14	2	0,10
langfristig zu Hause	—		20	0,86	36	1,35	173	1,99	52	2,62
langfristig im Krankenhaus	47	3,12	87	3,72	116	4,35	228	2,62	56	2,82
Gesamt										

*) Diese Vorschulgruppe ist zu jung und braucht keine Tages- oder Heimpflege, steht jedoch unter Beobachtung. In den älteren Altersgruppen wurden den Patienten Plätze in Tageszentren angeboten, aber das Angebot wurde abgelehnt.

Quelle: L. Wing (unveröffentlichte Zahlen)

halb ebenfalls von den Diensten für geistig Behinderte versorgt werden.

Im weiteren wollen wir uns auf den durch die Dienste für geistig Behinderte versorgten Personenkreis beschränken. In Ländern, in denen die schwere Behinderung von einem anderen Intelligenzquotienten aus festgesetzt wird, wird man wahrscheinlich auch unterschiedliche Zahlen finden, besonders bezüglich der Kinder.

Die Dienste für die geistig Behinderten sind genauso im Wandel begriffen wie die Dienste für die Geisteskranken. Ende 1971 befanden sich in England und Wales 30 983 männliche (131 auf 100 000 männliche Einwohner) und 25 909 weibliche (103 auf 100 000 weibliche Einwohner) Patienten in Krankenhäusern für geistig Behinderte. Die große Mehrheit (93 %) war bereits länger als ein Jahr und 77 % länger als 5 Jahre stationär (D.H.S.S. 1973 b) untergebracht. Zusätzlich waren etwa 5 000 solcher Patienten in Krankenhäusern für Geisteskranke und weitere 2 000 bis 3 000 in anderen Krankenhäusern (D.H.S.S. 1972 c).

Die Regierungspläne für diesen Dienst wurden in einem Weißbuch (D.H.S.S. 1971) dargelegt. Die Betonung hat sich von der Versorgung im Krankenhaus zur Versorgung in der Gemeinde verschoben; das war das Hauptmerkmal dieses Weißbuches. Im Camberwell-Register (Corbett et al. 1972; Wing und Corbett 1972) wurden ausführliche Statistiken über Kontakte mit allen Hilfsdiensten, die in einem Bezirk von Südost-London zur Verfügung stehen, zusammengestellt. In Tabelle 5 sind diese Daten zusammengefaßt,

Man kann aus der Tabelle ersehen, daß nur etwa die Hälfte der geistig Behinderten in Krankenhäusern versorgt werden, dieser Anteil ist um so größer, je zahlreicher die betreffende Altersgruppe ist. Die Kinder besuchen Spezialschulen, die von „Education Departments" der lokalen Behörden eingerichtet sind. Die meisten anderen Dienste, wie Heime und Tageszentren, werden durch die Social Service Departments unterhalten, aber einige auch durch freie Organisationen.

Die höchste ermittelte Prävalenz tritt in der Altersgruppe 15 bis 24 auf (395 auf 100 000). Danach nimmt die Prävalenz ab, hauptsächlich wegen der weit überdurchschnittlichen Sterblichkeit. Man glaubt, daß es in Camberwell nicht viele geistig schwer behinderte Erwachsene gibt, die den Behörden nicht bekannt sind. In mehreren Untersuchungen versuchte man, den Schweregrad und die Art der Behinderung und die dafür notwendigen Einrichtungen für alle Behinderten in einer Gemeinde herauszufinden (Kushlick 1973; L. Wing 1974). Man fand heraus, daß die Störungen der Behinderten sich in 4 Hauptgruppen aufteilen lassen. Jede erfordert unterschiedliches Vorgehen und eine unterschiedliche Umgebung. Je nach Art der Störung werden sich der Umfang des Personals und die Anforderungen an die Ausbildung des Personals unterscheiden. Kinder zwischen 0 und 14 Jahren lassen sich in folgenden Anteilen diesen 4 Gruppen zuordnen:

— nicht gehfähig 25 %;

— gehfähig, aber schwer inkontinent 12 %;

— gehfähig, aber schwer verhaltensgestört (einige auch inkontinent) 14 %;

— behindert, aber ohne die eben beschriebenen Schwierigkeiten 49 %.

Die Verteilung bei den Erwachsenen unterscheidet sich geringfügig wie folgt:

— nicht gehfähig 8 %;

— gehfähig, aber schwer inkontinent, oder sehr hilfsbedürftig beim Essen, Waschen und Kleiden 16 %;

— gehfähig, aber schwer verhaltensgestört 14 %;

— behindert, aber ohne die eben beschriebenen Schwierigkeiten 62 %.

Erwachsene aus der letzten Gruppe können, wenn sie auch keine größeren physischen oder Verhaltensstörungen haben, andere Schwierigkeiten aufweisen. In Camberwell hatten nahezu 38 % dieser Gruppe leicht abnormes Verhalten, 9 % zeigten Symptome psychiatrischer Erkrankungen und 8 % waren delinquent.

Wegen ihrer besonderen Störungen benötigen behinderte Kinder und Erwachsene sorgfältige Pflege und Beobachtung durch erfahrenes Personal, nur sehr wenige jedoch erfordern besonderen ärztlichen oder pflegerischen Aufwand. Die einzige Gruppe, die diese besondere Pflege benötigt, ist die mit schweren und häufigen Anfällen (etwa 2 oder 3 % der Gesamtgruppe). Kushlick (1966) empfahl, die übrigen zu Hause zu pflegen oder in geeigneten geplanten und mit Personal ausgerüsteten Heimen in der Gemeinde; vorausgesetzt, daß genügend Plätze in Tageszentren und beschützenden Werkstätten zur Verfügung stehen.

Die Frage nach der besten Unterbringungsart für Kinder und Erwachsene mit schweren Verhaltensstörungen ist noch nicht geklärt. Diese Gruppe wirft spezielle Probleme auf, und vielleicht wäre eine kleine, sichere Abteilung, angegliedert an ein Krankenhaus, die entsprechende psychiatrische und psychologische Beobachtung gewährleistet, der beste Kompromiß. Ein Bericht über Camberwell, der gegenwärtig zusammengestellt wird, weist darauf hin, daß fast alle Verhaltensgestörten weniger als 30 Jahre alt sind. Es ist noch nicht klar, ob das tatsächliche Schwinden des Problems nach dem 30. Lebensjahr von der erhöhten Mortalität in dieser Gruppe abhängt, von der allmählichen Milderung der Störung mit zunehmendem Alter oder von beidem.

Zusätzlich zu den schon erwähnten Basisdiensten sind auch die folgenden wichtiger Bestandteil eines umfassenden, gemeindeorientierten Dienstes für die Behinderten.

A. Frühdiagnose

1. Kinderfürsorge für Säuglinge und Kleinkinder mit Hausbesuchen von Gesundheitsberatern und Klinikern.

2. Ein Register von Kindern mit Verdacht auf abnorme körperliche oder geistige Entwicklung und Einrichtungen für regelmäßige Nachuntersuchungen.
3. Diagnose- und Beobachtungszentren für alle Formen kindlicher Behinderungen, auch für geistige Behinderung.
4. Ein mit dem Beobachtungszentrum verbundener Nachsorgedienst.

B. Familienhilfe

1. Erbbiologische Beratung und Beratung über Familienplanung.
2. Unterstützung durch Sozialarbeiter.
3. Psychologische Erziehungsberatung.
4. Haushaltshilfe soweit vonnöten.
5. Wäschedienst soweit vonnöten.
6. Beihilfen, auch zur Beschaffung besonderer Hilfsmittel, von Rollstühlen usw.
7. Hilfen in Wohnungsfragen, wenn diese wegen der Bedürfnisse der behinderten Personen entstehen.

C. Zusätzliche Dienste

1. Clubs und geeignete Freizeitaktivitäten für Behinderte.
2. Angehörigenvereinigungen für die übrige Familie.
3. Kurzfristige Unterbringung in Wohneinrichtungen im Falle einer Erkrankung in der Familie, oder um der Familie einen Urlaub ohne den Behinderten zu ermöglichen.
4. Ferien für Behinderte.

6.2 Frühkindliche Psychosen

Die frühkindlichen Psychosen (hauptsächlich der frühkindliche Autismus) werden durch die üblichen administrativen Einteilungen nicht erfaßt. Etwa 70 % der Kinder mit psychotischem Verhalten, das schon in der Vorschulzeit zum Ausbruch kam, haben einen Intelligenzquotient unter 50 und werden deshalb sehr oft von den Diensten für geistig Behinderte versorgt und in ESN (schwergestört) untergebracht. Sie stellen einen großen Teil der Gruppe, die zwar gehfähig, aber verhaltensgestört ist.

Kinder mit einem Intelligenzquotienten über 50 werden, wenn Plätze frei sind, in Schulen für sehr verschiedene Arten von Behinderungen oder in Spezialschulen für autistische Kinder erzogen.

Erwachsene mit Zustand nach frühkindlicher Psychose findet man gegenwärtig in den Diensten für geistig Behinderte und für psychiatrische Erkrankungen. Ein sehr kleiner Anteil wird später selbständig, aber der große Teil bleibt das ganze Leben lang behindert und unselbständig.

Diese Störungen, einschließlich der kindlichen Psychosen in Zusammenhang mit schwerer geistiger Behinderung, treten bei 8 bis 9 Kindern auf 10 000 auf. Für Erwachsene gibt es noch keinen epidemiologischen Überblick.

Die Hauptprobleme dieser Kinder und Erwachsenen entstehen durch ihre großen Schwierigkeiten, irgendeine Sprache zu verstehen und zu benutzen, denn das hat tiefgreifende Auswirkungen auf die soziale Verständigung und erzeugt Verhaltensstörungen. Unsere Kenntnisse über Spezialschulung und Behandlungstechniken, die auf der Lerntheorie fußen, erweitern sich, so daß wir in der Lage sind, Patienten mit diesen Schwierigkeiten zu helfen (Bartak und Rutter 1973; Rutter und Bartak 1973; Lovaas et al. 1973). Natürlich muß das Personal für diese Aufgaben eine geeignete Sonderausbildung erhalten.

All die aufgeführten Dienste, die für Patienten mit geistiger Behinderung gebraucht werden, werden auch für Patienten mit frühkindlichen Psychosen gebraucht.

7 Personalprobleme

7.1 Ärztliches Personal

Während es in England und Wales (mit 49 Millionen Einwohnern) im Jahre 1971 21 000 Allgemeinpraktiker gab, gab es 8 655 ganztags in Kliniken arbeitende Fachärzte. Davon waren 200 Neurologen, Neurochirurgen oder Neuropathologen und 1 010 Psychiater: Diese zwei Fachrichtungen werden in England deutlich unterschieden. Unter den Psychiatern fanden sich 155, die sich hauptsächlich mit Kinderpsychiatrie und 120, die sich hauptsächlich mit geistiger Behinderung beschäftigten, so daß 735 für das Hauptgebiet Psychiatrie übrigbleiben (D. H. S. S. 1973 d).

Tabelle 6 zeigt einige regionale Unterschiede im Personalschlüssel von Krankenhäusern für Geisteskranke und für geistig Behinderte (D. H. S. S. 1973 c). Die Unterschiede sind sehr groß und bilden die Grundlage für eine gewisse Qualitätskontrolle, da der D. H. S. S. beabsichtigt, das Niveau in den am schlechtesten gestellten Gebieten zumindest auf den Durchschnitt anzuheben und wenn möglich sogar darüber hinaus. Die Zahl der psychiatrischen Fachärzte pro Bevölkerungseinheit war in den begünstigten Gebieten (um London) mehr als doppelt so hoch als in den am schlechtesten gestellten (das Gebiet Manchester). Im allgemeinen gilt: Je größer das Krankenhaus, desto niedriger der Personalschlüssel.

Über die Frage, wieviel psychiatrische Fachärzte es geben sollte, wird zur Zeit viel diskutiert. Wie in Kap. 4 aufgezeigt wurde, ist der gegenwärtige psychiatrische Dienst durchaus in der Lage, eine große Anzahl von zusätzlichen Überweisungen von Allgemeinpraktikern anzunehmen. Aber man hält dagegen, daß der Facharzt sogar innerhalb des bestehenden Dienstes kaum genug Zeit für seine Patienten hat, wenn man all die anderen Aufgaben, die er übernehmen soll, berücksichtigt (Birley 1973; Russell 1973). Besonders Rusell hat eingewandt, daß die Zielvorstellung der Regierung von einem psych-

Tabelle 6

Regionale Unterschiede im Personalschlüssel der Krankenhäuser in England und Wales, 1971

Art des Personals	Krankenhäuser für Geisteskranke		Krankenhäuser für geistig Behinderte	
	höchste	niedrigste	höchste	niedrigste
Psychiatrischer Facharzt auf 100 000 Einwohner	2,27	1,14	0,45	0,15
Personal auf 100 stationäre Patienten *)				
Fachärzte	1,12	0,51	0,49	0,16
ausgebildete Schwestern (anerkannt und angelernt)	25,2	17,9	23,5	14,2
andere Schwestern	20,7	11,0	24,0	12,9
Psychologen	0,55	0,19	0,28	0,04
Sozialarbeiter	0,91	0,29	0,22	0,02
Therapeuten (Physio-, Sprach-, Krankengymnastin usw.)	0,25	0,06	0,35	0,08
Therapeuten (Beschäftigungstherapeuten, Arbeitstherapeuten usw.	2,01	1,00	3,71	0,67
Pfleger und Personal für Dienstleistungen	8,7	5,3	11,1	5,4

*) Am 31. Dezember 1971 waren 109 749 Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern stationär und 56 892 in Krankenhäusern für Behinderte von vornherein in England und Wales.

Quelle: D.H.S.S. (1973 c)

iatrischen Facharzt auf 60 000 Einwohner (die noch nicht erreicht ist) keine ordentliche Versorgung gewährleistet.

Die am meisten umstrittene Frage, die jetzt intensiv untersucht und erwogen wird, ist die nach dem Terminplan eines gewissenhaften und sorgfältigen Psychiaters. Darin sind viele wichtige Fragen enthalten. Bis zu welchem Ausmaß sollte der Psychiater selbst z. B. über längere Zeit Psychotherapien übernehmen (Wolff 1973) und bis zu welchem Ausmaß kann er sich auf Konsultation, Supervision und Lehre beschränken? Wieviel Zeit sollte man vernünftigerweise auf Verwaltung oder Forschung verwenden? Kann man die Empfehlung des Tonbridge Committee's, daß ein Psychiater in jedem Gebiet sich auf Rehabilitation spezialisieren sollte, akzeptieren? (D. H. S. S. 1972 d) Die einzige Alternative zu einer beträchtlichen Zunahme der Zahl der psychiatrischen Fachärzte (bereits die zweitgrößte Fachgruppe nach den Anästhesisten) ist es, andere Möglichkeiten, die psychiatrischen Aufgaben zu bewältigen, auszumachen. Wir haben bereits festgestellt, daß Allgemeinärzte (wenn sie entsprechend ausgebildet sind und innerhalb eines Teams, das auch nicht medizinisches Personal umfaßt, arbeiten) einen Teil der Versorgung übernehmen können. An einer anderen Stelle des Dienstes könnten wahrscheinlich Gemeindeschwestern und Sozialarbeiter einen Großteil der Behandlung der mehr chronisch behinderten Patienten übernehmen und so dem Psychiater nur die Beratung überlassen. Das „Manpower Committee des Royal College of Psychiatrists" diskutiert gegenwärtig diese Frage.

Innerhalb der Psychiatrie gibt es wiederum Spezialgebiete: Dienste für Kinder, für geistig Behinderte, Psychotherapie und (eine sehr kleine Gruppe) forensische Psychiatrie. Das Fachgebiet Gerontopsychiatrie gibt es nicht, aber einige Psychiater arbeiten bevorzugt auf diesem Gebiet. Privatpraxen sind nicht üblich. Viele Psychiater behandeln einige wenige Privatpatienten, aber mehr als 95 % aller Patienten werden innerhalb des National Health Service behandelt. Das bedeutet, daß langfristige Psychotherapie selten ist. Man hat berechnet, daß in Camberwell, einem ziemlich typischen stabilen Arbeitgebergebiet von London, wo die Möglichkeiten für Psychotherapie wahrscheinlich besser als anderswo sind, im Laufe eines Jahres nur 21 ortsansässige

Patienten eine klassische analytische Behandlung eingingen: 15,3 auf 100 000 Camberwell-Einwohner im Alter von 15 Jahren und darüber (Wing und Wing 1970).

Die psychiatrische Ausbildung in den Universitätsabteilungen für Psychiatrie und am Maudsley-Hospital in London, dem ein „Institut für Psychiatrie" angegliedert ist, ist ziemlich gründlich. Die Ausbildung im Maudsley-Hospital dauert 3 Jahre und umfaßt mindestens 6 Monate allgemeine Psychiatrie, 6 Monate Gemeindepsychiatrie, 6 Monate in der Kinderabteilung und 6 Monate Ausbildung über neuro-biologische Aspekte der Psychiatrie. Theoretische Vorlesungen vervollständigen diese vier Kurse. Man arbeitet auch 3 Monate auf einer forensischen Abteilung und nach Wahl auf anderen Erfahrungsgebieten, z. B. Gerontopsychiatrie, Drogensucht usw. Die Ausbildung in Psychotherapie zieht sich durch die ganzen 3 Jahre. Nach 3 Jahren muß der Student eine Eignungsprüfung ablegen, um Mitglied des Royal College of Psychiatrists zu werden. Weitere 4 Jahre Erfahrung werden allgemein als notwendig erachtet, bis der Psychiater erfahren genug ist, um als Facharzt zu arbeiten, und etwas Forschungserfahrung während dieser Zeit wird für wichtig erachtet. Natürlich hängt die tatsächliche Länge der Ausbildung vom Gesetz von Angebot und Nachfrage ab. Es gibt z. B. mehr Bedarf an psychiatrischen Fachärzten im Bereich der geistigen Behinderung als im Bereich der Geisteskrankheiten. Nicht alle Psychiater werden so gut ausgebildet, und es wird noch viele Jahre dauern, bis das Royal College of Psychiatrists die Situation in unserem Land als zufriedenstellend betrachtet.

Die Rekrutierung von Medizinalbeamten ist einigermaßen zufriedenstellend, da die Medizin auf dem Niveau des Facharztes ein nicht hierarchischer Beruf ist. Die meisten Allgemeinkrankenhäuser auf Distriktebene haben verschiedene Abteilungen, von denen eine die Psychiatrie ist. Jede hat einen Ausschuß aller betroffenen Fachärzte, die einen Vertreter in ein zentrales „Medical Committee" entsenden. Vom Gemeindearzt abgesehen, nehmen Verwaltungsaufgaben gewöhnlich nicht die ganze Zeit in Anspruch, so daß der Facharzt weiterhin in der Klinik tätig sein kann.

7.2 Nichtärztliches Personal

Die Hauptgruppen der nichtärztlichen Berufe sind: klinische Psychologen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten und -anleiter, Sprachtherapeuten, Physiotherapeuten und Heilgymnasten. All diese Gruppen können in stationären und in ambulanten Einrichtungen arbeiten, und die Arbeit in nicht klinischen Einrichtungen nimmt mehr und mehr zu: in Heimen, Tageszentren, Werkstätten und zu Hause beim Patienten. Die meisten sind weisungsgebundene Berufe, und die Vorgesetzten neigen dazu, die klinische Arbeit mehr und mehr durch Verwaltungsarbeit zu ersetzen. Dies gilt besonders für die Krankenpflege und die Sozialarbeit der örtlichen Behörden.

Es gibt zwei Ausbildungswege für die psychiatrische Krankenschwester: die Zulassung (entweder nur als psychiatrische Krankenschwester oder mit der „Doppel"-Befähigung, d. h. Zulassung auch als Allgemeinschwester) und die Ausbildung zur Hilfsschwester. Tabelle 6 zeigt die großen Unterschiede der Personalschlüssel in verschiedenen Gegenden. Zwar hat sich der Personalschlüssel beträchtlich verbessert, um fast 50 % im Jahre 1971 gegenüber 1963, aber es besteht immer noch empfindlicher Mangel.

Die Rolle der psychiatrischen Schwester wird einerseits zunehmend in Frage gestellt, gleichzeitig jedoch ausgedehnt. In einem äußerst interessanten Versuch wurden Krankenschwestern dazu ausgebildet, unter der Aufsicht von Fachleuten Verhaltenstherapie zu machen, und sie konnten das sehr geschickt. Andere Krankenschwestern übernahmen von einer Tagesklinik aus die Nachsorge als Teil einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung, besuchten wenn nötig Patienten und ihre Angehörigen zu Hause und arbeiteten mit dem Allgemeinpraktiker zusammen.

Durch die Einführung injizierbarer Formen des Phenothiazins wurde den Krankenschwestern noch eine wichtige Möglichkeit, in der Gemeinde zu arbeiten, eröffnet. Sie waren schon seit je als wesentliches Element der therapeutischen Gemeinschaft mit der Rehabilitation und Gruppenarbeit betraut. Innerhalb der neuen D.G.H.-psychiatrischen Abteilungen haben sie neue Möglichkeiten und neue Aufgaben. Die Rolle der Krankenschwester innerhalb des multidisziplinären „Teams der zweiten Linie" wurde so gestärkt. Von nur allgemein ausgebildeten Krankenschwestern erwartet man auch schon einige Kenntnisse über die psychiatrischen Aspekte ihrer Arbeit. Andererseits jedoch wurde festgestellt, daß typische Aufgabenbereiche von Krankenschwestern weniger erforderlich sind. In einem jüngst erschienenen Bericht wurde die Übernahme neuer Formen der Organisation und Ausbildung für das Personal, das sich um die geistig Behinderten kümmert, empfohlen (Bericht des Briggs Committee 1973).

Obwohl die Lage sich bessert, herrscht Übereinstimmung bezüglich des ernsten Mangels an Sozialarbeitern. Der „Central Council for Education and Training in Social Work" hat sich in den letzten Jahren auf mehreren Arbeitstagungen mit den verschiedenen Aspekten der Neuanwerbung und Ausbildung beschäftigt und ist jetzt dabei, definitive Vorschläge vorzulegen (siehe z. B. CCETSW-Papier Nr. 3 über die Eignung für Sozialarbeit und den unveröffentlichten Bericht über Ausbildung zur Sozialarbeit mit Behinderten). Der Berufsstand hat sich jetzt zusammengeschlossen und hat seine eigene Basis in den neuen Social Service Departments. Höchstwahrscheinlich wird die Ausbildung ähnlich der der praktischen Ärzte werden mit einer allgemeinen Grundausbildung und nachfolgender Spezialisierung auf der Universität und in der Praxis. Der „psychiatrische Sozialarbeiter" der Vergangenheit, der von Anfang an als solcher ausgebildet wurde, wird wahrscheinlich nicht wieder eingeführt, aber das gegenwärtige Beharren auf den rein grundsätzlichen Bestandteilen in der Einzelfallhilfe gibt der Vorstellung Raum, daß es für einen allgemein ausgebilde-

ten Sozialarbeiter unmöglich sei, sich mit allen Formen sozialer Probleme zu beschäftigen. Wahrscheinlich wird jedes Sozialarbeiterteam eines Gebietes (zuständig für 30 000 Einwohner) schließlich wenigstens einen Sozialarbeiter mit psychiatrischer Erfahrung haben, der eng mit dem örtlichen psychiatrischen Facharzt und den psychiatrischen Schwestern zusammenarbeiten wird. Es wird jedoch noch einige Jahre dauern, bis die neue Organisation gefestigt ist und ihre möglichen Vorteile spürbar werden.

Noch ein anderer Berufszweig ist im Wandel begriffen, nämlich die klinische Psychologie. Bis jetzt ist zwar die Berufsgruppe der klinischen Psychologen ziemlich klein, aber spielt schon eine wichtige Rolle bei Diagnose und Beurteilung, bei der Therapie (besonders der Verhaltenstherapie) und in der Forschung. In der Erziehungsberatung waren sie schon immer führend. Eine höchst wichtige künftige Aufgabe ist die Rolle des Beraters für Angehörige von Patienten mit schweren Behinderungen (Schizophrenie, geistige Behinderung, frühkindlichen Autismus), so daß es auf diese Weise einem viel größeren Anteil ermöglicht wird, zu Hause zu bleiben anstatt irgendwelche Einrichtungen besuchen zu müssen (Schopler 1971). Ein Ausschuß der D.H.S.S. prüft gegenwärtig die Zukunft der klinischen Psychologie und wird wohl in diesem Jahr einen Bericht herausgeben.

8 Forschung und Entwicklung

Die Forschung wird aus vier Hauptquellen finanziert: (I) dem Medical Research Council, (II) dem D.H.S.S., (III) den Universitäten, (IV) privaten Stiftungen. Die Frage, welchen Betrag jede dieser Quellen auf dem Gebiet der Forschung und Entwicklung leisten sollte, war kürzlich Gegenstand einer intensiven und auch kontroversen Diskussion. Die ersten drei der genannten Quellen werden letzten Endes alle von der Regierung finanziert, die daher berechtigt ist, mitzubestimmen, auf welchem Gebiet geforscht werden sollte und welche Forschungsergebnisse angewandt werden sollten. Mit anderen Worten: Das Volk, das die Forschung bezahlt, sollte durch seine gewählten Repräsentanten letztlich darüber entscheiden, wie das Geld ausgegeben werden soll. Andererseits sind viele Wissenschaftler skeptisch, inwieweit die Auswahl der Prioritäten durch die Regierung wohl die unabhängigeren Verfahrensweisen, an die wir bis jetzt gewöhnt waren, übertreffen könnten (Dainton und Rothschild 1971; Central Policy Review Staff 1972).

Der gegenwärtige Zustand ist ein Kompromiß, der noch nicht vollständig erprobt ist. Der Medical Research Council erhält Gelder (22,4 Millionen Pfund im Jahre 1972) vom Department of Education and Science, um grundlegende und langfristige („strategische") Forschung zu betreiben. Er ist eine unabhängige Körperschaft, obwohl von der Regierung ernannte Wissenschaftler in seinen Hauptausschüssen sitzen. Die meisten Gelder sind zur Errichtung und Erhaltung von Forschungseinrichtungen bestimmt, die recht langlebig sind. Gelder werden auch dazu benutzt, einzelne Wissenschaftler in einem Forschungsvorhaben zu unterstützen und — gewöhnlich einer Universität — kurzfristige Zuschüsse zu geben. Einige der MRC-Einrichtungen trugen zur Forschung auf dem Gebiet der sozialen und epidemiologischen Psychiatrie bei und beeinflußten so direkt oder indirekt die Entwicklung der Dienste. Ein Teil der MRC-Mittel steht ausdrücklich einem gemeinsamen Ausschuß von MRC- und D.H.S.S.-Mitgliedern zur Verfügung, so daß wissenschaftliche Ziele, denen man größere Priorität einräumt, als ihnen bisher zugestanden wurde, direkter beeinflußt werden können.

Dem D.H.S.S. selbst stehen beträchtliche Mittel zur Verfügung (109 Millionen Pfund im Jahre 1972), die direkt für operationale, evaluative und administrative Forschung und für die Entwicklung verwendet werden. Der D.H.S.S. hat einen Chief Scientist (etwa: Chefwissenschaftler), der von ärztlichen und nichtärztlichen Wissenschaftlern (insbesondere Fachleuten der Sozialwissenschaften) auf allen einschlägigen Gebieten beraten wird. Diese Berater beraten sich wiederum mit Beamten aus jeder der Hauptplanungsabteilungen. So wurde eine „Research Liaison Group" in der Planungsabteilung eingerichtet, die sich mit geistigen Störungen beschäftigt und in der die Verwaltungsbeamten und Planer, die Forschungsleute und die Berater des Chief Scientist (ein Psychiater, ein Psychologe und ein Sozialwissenschaftler) die für den Bezirk anstehenden Fragen besprechen, um herauszufinden, wo sich Forschungsergebnisse anwenden lassen und auf welchem Gebiet neue Forschungen angestellt werden müssen. Auf diese Weise werden wissenschaftliche und administrative Fachkenntnisse über das ganze Feld der ärztlichen und der Social Services hinweg vereint, und es ist daher zu hoffen, daß künftige Forschung zweckmäßiger sein wird. Gegenwärtig unterstützt der D.H.S.S. mehrere Forschungseinrichtungen (darunter eine, die sich mit psychiatrischen Aspekten in der Allgemeinpraxis beschäftigt). Es gibt auch zwei Modelleinrichtungen, eine für Geisteskranke in Worcester und eine für geistig Behinderte in Sheffield, in die all die verschiedenen vom D.H.S.S. geforderten Vorschläge für einen gut funktionierenden Dienst eingebracht werden sollen, um herauszufinden, ob solche Dienste tatsächlich zu verwirklichen sind.

Die Universitäten und privaten Stiftungen (ausgenommen der Nuffield Provincial Hospitals Trust) spielen keine sehr wichtige Rolle in der evaluativen und operationalen Forschung.

Der D.H.S.S. ist für das Sammeln von Daten, die die nationalen, ärztlichen und sozialen Dienste betreffen, zuständig. Auf dem Gebiet der Psychiatrie wurde ein „Mental Health Enquiry"-Fragebogen für alle Patienten, die in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen oder aus diesen entlassen wurden, entwickelt. Für jedes Jahr werden auch Daten über die Anzahl der Beschäftigten, der Tagesklinik- und Poliklinik-Patienten gesammelt. Ein Großteil der Informationen in diesem Schriftstück ist den D.H.S.S.-Berichten entnommen, die in der Bibliographie aufgeführt sind. Bis jetzt gibt es nur wenige Sam-

melstudien oder andere statistische Arbeiten mit Datenverknüpfung. Der D.H.S.S. unterstützt jedoch örtliche Fallregister in mehreren Gebieten, die besser geeignet sind, die komplexen, daran beteiligten statistischen Daten zu gewinnen (Wing und Bransbey 1970; Wing und Hailey 1972). Auch die Regional Health Authorities werden Zahlenmaterial über ihren Bereich sammeln und die operationale Forschung fördern müssen.

9 Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Die systematische Entwicklung der britischen psychiatrischen Dienste begann im ersten Viertel des 19. Jahrhunderts. Zu dieser Zeit waren die ersten psychiatrischen Krankenhäuser kleine, aktive, aufgeklärte Institutionen, die im starken Gegensatz zur Roheit, Vernachlässigung und zum Elend der „Gemeindefürsorge" jener Zeit standen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts waren die psychiatrischen Krankenhäusern zu groß geworden.

Sie verloren ihren therapeutischen Schwung, und die „kustodiale" Ära begann. Etwa zur selben Zeit jedoch tauchten langsam die ersten Umrisse des „Welfare State" auf, die mehr als ein halbes Jahrhundert später den Education Act von 1944, den Disabled Persons Act von 1944 und den National Health Act von 1946 und 1960 hervorbrachten. Die ärztlichen Dienste werden jetzt wieder in die Gemeinde eingegliedert, und man kann voraussehen, daß die großen psychiatrischen Krankenhäuser schließlich geschlossen werden können.

Der Mittelpunkt des ärztlichen psychiatrischen Dienstes ist die psychiatrische Abteilung im District General Hospital mit Betten für akut Kranke, einer Tagesklinik und einem guten poliklinischen und häuslichen Dienst, unterstützt von einem abgetrennten Dienst für alte Demente und von sozialen Einrichtungen für chronisch Behinderte. Ein multidisziplinäres Team von Psychiatern, Psychologen, Schwestern, Beschäftigungstherapeuten und Sozialarbeitern wird den Dienst tragen, und es wird in jedem Gebiet Abteilungen für Alkoholiker, Drogensüchtige und Sicherungsbedürftige geben. Einen ganz nach diesen Richtlinien arbeitenden Dienst gibt es in ganz England noch nicht, aber in mehreren Zentren werden bereits erfolgreich Teile dieses Modells erprobt.

Es gibt einige besonders schwierige Punkte.

1. Die „Primärbehandlung". Ein sehr großer Anteil der „kleinen" psychiatrischen Erkrankungen wird im Moment nicht effektiv behandelt.
2. Die Distriktpsychiater. Die Arbeitslast scheint im Augenblick für einen Facharzt, der für 60 000 Einwohner sorgen soll, zu groß zu sein. In beiden Fällen könnte ein multidisziplinäres Team einen Teil der Last übernehmen, indem es den Arzt von einigen Aufgaben befreit.
3. Die Social Services, die äußerst schnell vergrößert werden müssen, wenn nicht ein gefährliches Ungleichgewicht entstehen soll, das zur Folge haben könnte, daß die sozialen Bedürfnisse der chronisch Behinderten wiederum von den psychiatrischen Krankenhäusern bewältigt werden müssen, deren hauptsächliche therapeutische Funktionen und Traditionen inzwischen verschwunden sind.
4. Alle betroffenen Berufe werden ihre Rolle neu definieren müssen. Die Ärzte können nicht immer Teamleiter sein. Die Schwestern müssen die Gemeinde in ihre Arbeit einbeziehen. Die Sozialarbeiter werden begreifen müssen, auf welche Weise Institutionen auf Behinderungen einwirken können; sie können nicht mehr reine Außendienstmitarbeiter sein. Neuen Berufen, besonders dem des klinischen Psychologen, wird man Bewegungsfreiheit geben müssen. Schließlich muß die wissenschaftliche Forschung und Entwicklung wirklich ernst genommen werden, und der Fortschritt auf dem gesamten Gebiet muß im Auge behalten, Problembereiche müssen erkannt und neue Kenntnisse müssen gewonnen und angewendet werden in einem Prozeß von rationaler, aber demokratischer Planung.

Die Zukunft der britischen psychiatrischen Dienste stellt deshalb eine Art Herausforderung dar. Nach meiner persönlichen Ansicht besteht die Möglichkeit, einen neuen Service zu schaffen, der menschlicher und effektiver wäre als zuvor. Dieses kann aber nur erreicht werden, wenn die Gesundheits- und Sozialdienste mit Regierungsmitteln vorrangig bedacht werden.

References

Bahn, A. K., Gardner, E. A., Alltop, L. Knatterud, G. L. and Solomon, M. (1966). Comparative study of rates of admission and prevalence for psychiatric facilities in four register areas. *Am. J. Publ. Hlth., 56,* 2033.

Baldwin, J. A. (1971). *The Mental Hospital in the Psychiatric Service: A Case-Register Study.* London: O. U. P.

Bartak, L. and Rutter, M. (1973). Special educational treatment of autistic children: a comparative study. 1. Design of study and characteristics of units. *J. Child Psychol. Psychiat., 14,* 161—179.

Bell, G. M. (1955). A mental hospital with open doors. *Int. J. soc. Psychiat., 1,* 42.

Birley, J. L. T. (1973). The ghost in the machine. In: Cawley and McLachlan, *op. cit.*

Brooke, E. M. (1972). International statistics. In: Wing, J. K. and Häfner, H. *op. cit.*

Brown, G. W., Bone, M., Dalison, B. and Wing, J. K. (1966). *Schizophreniae and Social Care.* London: Oxford Univ. Press.

Brothwood, J. (1973). The development of national policy. Cawley and McLachlan, *op. cit.*

Brown, G. W., Birley, J. L. T. and Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Brit. J. Psychiat., 121,* 241—258.

Catterson, A., Bennett, D. H. and Freudenberg, R. K. (1963). A survey of longstay schizophrenic patients. *Brit. J. Psychiat., 109,* 750.

Cawley, R. and McLachlan, G. (eds.) (1973). *Policy for Action: A Symposium on the Planning of a Comprehensive District Psychiatric Service.* London: Oxford Univ. Press.

Ccetsw (1973). *Residential Work is a Part of Social Work.* London. CCETSW.

Ccetsw (1974). *Training for Social Work with Handicapped People.* Unpublished report, CCETSW.

Central Policy Review Staff (1972). *Framework for Government Research and Development.* Cmnd. 5046. London: HMSO.

Committee of Inquiry into Whittingham Hospital (1972). *Report.* Cmnd. 4861. London: HMSO.

Committee on Nursing (1972). Chairman: A. Briggs. Report. London: HMSO.

Cooper, A. B. (1972). Statistics from general practice. In: Wing and Häfner, *op. cit.*

Cooper, A. B. and Sylph, J. (1973). Life events and the onset of neurotic illness: an investigation in general practice. *Psychol. med., 3,* 421—435.

Corbett, J. and Wing, L. (1972). A plan for a comprehensive service for the mentally retarded. In: Wing and Hailey, *op. cit.*

Dainton, F. and Rothschild Lord (1971). *A Framework for Government Research and Development.* Cmnd. 4814. London: HMSO.

Davis, A.E., Dinitz, S. and Pasamanick, B. (1972). The prevention of hospitalisation in schizophrenia: five years after an experimental programme. *Am. J. Orthopsychiat., 42,* 375—388.

Dawson, H. (1972). Reasons for compulsory admission. In: Wing and Hailey, *op cit.*

Department of Health and Social Security (1969). *A Pilot Survey of Patients Attending Day Hospitals.* Stat. Rep. Series No. 7. London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1971). *Better Services for the Mentally Handicapped.* Cmnd. 4683. London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1972 a). *National Health Services Reorganisation: England.* Cmnd. 5055. London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1972 b). *Services for Mental Illness Related to Old Age.* HM (72) 71. London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1972 c). *Census of Mentally Handicapped in Hospital in England and Wales at the end of 1970.* Stat. Res. Rep. Series No. 3. London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1972 d). *Rehabilitation.* Report of the Tonbridge Committee. London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1973 a). *Report of the Chief Medical Officer for the year 1972.* London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1973 b). *Inpatient statistics from the Mental Health Enquiry for the year 1971.* Stat. and Res. Rep. Series No. 6. London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1973 c). *The Facilities and Services of Psychiatric Hospitals in England and Wales, 1971.* Stat. Res. Rep. Series No. 5. London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1973 d). *Health and Personal Social Services Statistics for England and Wales, 1972.* London: HMSO.

Department of Health and Social Security (1974). *Census of Patients in Mental Illness Hospitals, England and Wales, at the end of 1971, and of Day Patients in England and Wales on 17. April 1972.* Stat. Res. Rep. Series No. 7. London: HMSO.

Early, D.F. (1960). The Industrial Therapy Organization (Bristol): A development of work in hospital. *Lancet, 2,* 754.

Eastwood, M.R. (1970). Psychiatric morbidity and physical state in a genral practice population: In. Hare and Wing, *op. cit.*

Freudenberg, R. K. (1967). Theory and practice of rehabilitation of the psychiatrically disabled. *Psychiat. Quart., 41,* 698.

Gleisner, J., Hewett, S. and Mann, S. (1972). Reasons for admission to hospital. In: Wing and Hailey, *op. cit.*

Goldberg E. M. (1972). Services for the family. In: Wing and Häfner, *op. cit.*

Goldberg, E.M. and Neill, J. E. (1972). Social Work in General Practice. London: Allen & Unwin.

Greenland, C., (1970). *Mental Illness and Civil Liberty.* Occas. Papers on Soc. Admin. No. 38. London: Bell.

Greer, S. and Liddell, D. W. (1972). The department of psychological medicine at King's College Hospital. In: Wing and Hailey, *op. cit.*

Hailey, A. M. (1973). The chronic mental hospital population: A six-year follow-up study. *Brit. J. prev. soc. Med., 27,* 255—260.

Hare, E. H. and Shaw, G. K. (1965). *Mental Health and New Housing Estate.* London: Oxford Univ. Press.

Hare, E.H. and Wing, J. K. (eds.) (1970). *Psychiatric Epidemiology: An International Symposium.* London: O. U. P.

Hassall, C., Gath, D. and Cross, K. W. (1972). Psychiatric day-care in Birmingham. *Brit. J. prev. soc. Med., 26,* 112—120.

Hewett, S. and Ryan, P. (1974). A study of residents financially supported by 3 London boroughs in hostels for the "adult mentally ill". Unpublished report. MRC Social Psychiatry Unit.

Hirsch, S. R., Gaind, R., Rohde, P. D., Stevens, B. C. and Wing, J. K. (1973). Outpatient maintenance of chronic schizophrenic patients with long-acting fluphenazine: double-blind placebo trial. *Brit. med. J., 1,* 633—637.

Jones, K. (1972). *A History of the Mental Health Services.* London: Routledge.

Jones, M. (1952). *Social Psychiatry.* London: Tavistock.

Joseph, K. (1972). Foreword to: *National Health Service Reorganization: England.* Cmnd. 5055. London: HMSO.

Kaeser, A. C. and Cooper, A. B. (1971). The psychiatric patient, the general practitioner and the out-patient clinic: an operational study and a review. *Psychol. Med., 1,* 312.

Kushlick, A. (1966). A community service for the mentally subnormal. *Social Psychiatry, 1,* 73—82.

Kushlick, A. (1973). Evaluation of residential services for mentally retarded children. In: Wing and Häfner, *op. cit.*

Leff, J.P. and Vaughn, C. (1972). Psychiatric patients in contact and out of contact with services: a clinical and social assessment. In: Wing and Hailey, *op. cit.*

Leff, J. P. and Wing, J. K. (1971). Trial of maintenance therapy in schizophrenia. *Brit. med. J., 3,* 599—604.

Lovaas, O. I., Koegel, R., Simmons, J. Q. and Long, J. S. (1973). Some generalisations and follow up measures on autistic children in behaviour therapy. *J. Applied Behaviour Analysis, 6,* 131—166.

MacMillan, D. (1958). Community treatment of mental illness. *Lancet, 2,* 201.

Main, T. F. (1964). The hospital as a therapeutic institution. *Bull Meninger Clinic, 10,* 66—70.

Mann, S. and Cree, W. (1974). The "new long-stay" in mental hospitals. Unpublished report. MRC Social Psychiatry Unit.

Mann, S. and Sproule, J. (1972). Reasons for a six-month stay. In: Wing and Hailey, *op. cit.*

McKeown, T. (1971). A historical appraisal of the medical task. In: *Medical History and Medical Care.* Eds: G. McLachlan and T. McKeown. London: Oxford Univ. Press.

Neill, J. E., Fruin, D., Goldberg, E. M. and Warburton, R. W. (1973). Reactions to integration: the views and attitudes of social workers in a newly reorganised social services department. *Social Work Today, 4,* 458—465.

Rees, T. P. (1957). Back to moral treatment. *J. ment. Sci., 103,* 303.

Royal Commission on Medical Education (1968). Chairman: Lord Todd. Report. London: HMSO.

Russell, G. F. M. (1973). Will there be enough psychiatrists to run the psychiatric services based on district general hospitals? In: Cawley and McLachlan, *op. cit.*

Rutter, M. and Bartak, L. (1973). Special educational treatment of autistic children: a comparative study. II Follow up findings and implications for services. *J. Child Psychol. Psychiat., 14,* 241—270.

Schopler, E. and Reichler, R. J. (1971). Parents as co-therapists in the treatment of psychotic children. *J. Autism and Childhood Schiz., 1,* 87—102.

Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. C. and

Kalton, G. W. (1966). *Psychiatric Illness in General Practice.* London: Oxford Univ. Press.

Taylor, S. and Chave, S. (1964). *Mental Health and Environment.* London: Longmans.

Tidmarsh, D. and Wood, S. (1972). Psychiatric aspects of destitution. In: *Evaluating a Community Psychiatric Service.* Eds: Wing, J. K. and Hailey, A. M. London: Oxford Univ. Press.

Tripartite Committee (1972). *The Mental Health Service after Unification.* London: British Medical Association.

Wing, J. K., Bennett, D. H. and Denham, J. (1964). *The Industrial Rehabilitation of Long-stay Schizophrenic Patients.* Med. Res. Council Memo No. 42, London: HMSO.

Wing, J. K. and Bransby, E. R. (eds.) (1970). *Psychiatric Case Registers.* DHSS Stat. Rep. Series No. 8. London: HMSO.

Wing, J. K. and Brown, G. W. (1970). *Institutionalism and Schizophrenia.* London: Cambridge Univ. Press.

Wing, J. K. and Häfner, H. (eds.) (1973). *Roots of Evaluation: The Epidemiological Basis for Planning Psychiatric Services. London: Oxford Univ. Press.*

Wing, J. K. and Hailey, A. M. (eds.) (1972). *Evaluating a Community Psychiatric Service: The Camberwell Register 1964—1971.* London: Oxford Univ. Press.

Wing, J. K. and Wing, L. (1970). Psychotherapy and the national health service. *Brit. J. Psychiat., 116,* 51—55.

Wing, L. (1974). The handicaps of the mentally retarded in Camberwell. Unpublished report. MRC Social Psychiatry Unit.

Wing, L., Corbett, J., Pool, D., Wollen, W. and Yeates, S. (1972) Services for the mentally retarded in Camberwell. In: Wing and Hailey, *op. cit.*

Wing, L., Wing, J. K., Hailey, A., Bahn, A. K., Smith, H. E. and Baldwin, J. A. (1967). The use of psychiatric services in three urban areas: an international case register study. *Soc. Psychiat., 2,* 158—167.

Wolff, H. H. (1973). Psychotherapy in district psychiatric services. In: Cawley and McLachlan, *op. cit.*

Psychiatrische Gesundheitsdienste in den Niederlanden

von

Prof. Dr. R. Giel
Sociale Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Niederlande

1 Die Herkunft der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge

Um die Komplexität und die große Vielfalt der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge in den Niederlanden verstehen zu können, müssen wir einen Blick zurück auf ihre bisherige Entwicklung werfen. Intra- und extramurale Dienste wurden durch private Organisationen hauptsächlich auf religiöser Basis eingerichtet. Das Grundprinzip war die Vorstellung, daß Patienten und ihre Angehörigen auf eine Institution ihrer eigenen Wahl zugreifen können sollten. Dieses Prinzip bestimmte die Struktur der meisten Organisationen in den Niederlanden, von Gewerkschaften und politischen Parteien über „Cross-Organisations" bis hin zu allgemeinen Krankenhäusern reichend. Hinzu kommt die starke holländische Tradition privater Initiativen in allen Gesellschaftsbereichen.

Die Regierung spielte keine entscheidende Rolle als zentrale Planungsstelle und formulierte keine Prioritäten und taktischen Vorschläge.

Als Ergebnis können wir heute eine beträchtliche Überschneidung der Dienste und ein Wettbewerbselement beobachten, das einerseits Neuerungen in Gang gesetzt hat, aber sich andererseits als Hindernis für die Vereinheitlichung erwies.

Obwohl die Regierung schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts sich für das Schicksal der Geisteskranken zu interessieren begann und das erste Geisteskrankengesetz („Insanity Act") 1841 verabschiedete, verstand sie ihre Aufgabe nur als Pflicht, die Durchführung des Gesetzes und die Versorgung Geisteskranker, die als geistesgestört und anstaltsreif in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen worden waren, zu überwachen. Dies führte zu einer gewissen Kontrolle der Modernisierung der Einrichtungen für die Geisteskranken. Das Gesetz wurde 1884 ergänzt, um die Prozedur zu verbessern, Patienten für geistesgestört zu erklären.

Weitere Ergänzungen im Jahre 1904 ermöglichten den Patienten, sich freiwillig in spezielle Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser und eigens dafür anerkannte Allgemeinkrankenhäuser einweisen zu lassen.

Im Jahre 1941 übernahm die Regierung eine weitere wichtige Aufgabe mit der Einführung von Bestimmungen für Krankenkassen und Krankenversicherungsgesellschaften, die auch ihre konfessionellen und privaten Ursprünge hatten. Die Betonung lag auf der Sicherung der Rechte von jedermann, eine angemessene gesundheitliche Versorgung zu erhalten. Dies ließ sich nur erreichen, indem die Arbeitgeber verpflichtet wurden, gewisse finanzielle Verpflichtungen im Hinblick auf die Krankenversicherungen zu übernehmen. Bezüglich der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge selbst hatte die Regierung in der Zwischenzeit ihre Überwachungsaufgabe ausgedehnt. Einige Meilensteine sind der „Children's Act" von 1901, der 1921 ergänzt wurde und die Vormundschaft und Erziehung (1920) von verwahrlosten und geistig behinderten Kindern regelte. 1928 folgten die Gesetze über geistesgestörte Straftäter. Das langsam wachsende Bewußtwerden von Verantwortung seitens der Regierung wird reflektiert durch die komplexe Struktur vor allem an der Spitze unseres Systems von psychiatrischen Gesundheitsdiensten. Das Gesundheitsministerium ist für Geistesgestörte im allgemeinen und für die psychiatrischen Krankenhäuser verantwortlich. Das Justizministerium trägt Verantwortung für den Schutz des Kindes, da es für die Regelung der Vormundschaft zuständig ist. Darüber hinaus ist es für geistesgestörte Straftäter verantwortlich.

Das Erziehungsministerium ist zuständig für die Erziehung der Geistesschwachen und Geistesbehinderten. Das Verteidigungsministerium sorgt für geistesgestörtes militärisches Personal. Schließlich ist das Ministerium für „Kultur, Erholung und Sozialarbeit" für die Eheberatung und die Sozialarbeit mit den geistig Behinderten verantwortlich. Wie im privaten Bereich, ist auch der staatliche Bereich nicht ganz frei von Wettbewerb und sich überschneidenden Zuständigkeiten.

Während der Jahrzehnte nach dem 2. Weltkrieg haben sich die psychiatrischen Gesundheitsdienste sehr viel schneller entwickelt. Die Regierung beteiligt sich intensiver an der Planung und der Festsetzung von Prioritäten. Die intramuralen Dienste durchliefen eine Periode der Erneuerung und Ausweitung ihrer Einrichtungen und Aktivitäten. Während die religiöse Motivation der Dienste sich erheblich abschwächte, versuchten die extramuralen Dienste ihre verschiedenen Rollen neu zu definieren und streben eine Koordination und Integration ihrer Aktivitäten an.

Die Zusammenarbeit zwischen der Regierung und den privaten Organisationen ist intensiver geworden, besonders seit der Verabschiedung einiger Gesetze, die den Behörden mehr Einflußnahme erlaubten. 1968 trat der „General Act on special Health Risks" (A.W.B.Z.) in Kraft, der die Bezahlung langfristiger stationärer Aufenthalte, z. B. in einer Ein-

richtung für geistig Behinderte oder in einem psychiatrischen Krankenhaus, sicherte. Das gleiche Gesetz wird dazu dienen, den extramuralen Diensten eine stabile Basis zu liefern. Dies war notwendig, weil der Großteil ihrer Arbeit nicht als medizinische betrachtet wurde und deshalb von den Krankenkassen, die etwa 70 % der Bevölkerung erfassen, nicht bezahlt wurde. Das Gesetz über Krankenhaustagessätze wurde 1968 auch auf psychiatrische Krankenhäuser, psychiatrische Pflegeheime und Einrichtungen für geistig Behinderte ausgedehnt und räumte der Regierung die Möglichkeit der Kontrolle ein.

Das „Hospital Act" von 1971 erstrebt die Regionalisierung der intramuralen Dienste. Dadurch könnte eine bessere geographische Verteilung der psychiatrischen Krankenhäuser und ihre Verkleinerung erreicht werden.

Die Zentralstelle der psychiatrischen Gesundheitsdienste bildet die Aufsichtsbehörde für psychische Gesundheit im Gesundheitsministerium. Durch regionale Aufsichtsbeamte sorgt sie für die Durchführung der Vorschriften und Bestimmungen. Diese Abteilung im Ministerium berät den Minister und formuliert neue Anweisungen. Während der letzten Jahre hat sie eine aktivere Stellung bei der Planung psychiatrischer Gesundheitseinrichtungen eingenommen, indem sie Ausschüsse und Verantwortliche aus dem Arbeitsgebiet selbst mit hinzuzog.

2 Der finanzielle Hintergrund der Dienste

Aus dem Obengesagten wird deutlich werden, daß die finanzielle Struktur ebenso komplex wie die organisatorische ist. Obwohl es kein verstaatlichtes Gesundheitssystem wie in Großbritannien gibt, ist jedermann entweder versichert oder fällt in den Bereich der verschiedenen Gesetze zur sozialen Sicherung.

Die Krankenkassen erfassen mehr als 70 % der Bevölkerung. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die Hälfte des Beitrages für diejenigen zu bezahlen, deren Einkommen unter einer bestimmten Höhe liegt. Der Betrag paßt sich der Inflationsrate an. Wer mehr als diese Summe verdient, ist im allgemeinen freiwillig versichert und erhält einen Teil vom Arbeitgeber zurückerstattet.

Wie oben dargelegt, sorgt der „Act on Special Health Risks" für Langzeitkrankenhausaufenthalte und für die Unterhaltung der sozialpsychiatrischen Dienste. Sozialdienste, einschließlich der sozialpädagogischen Dienste, werden vom Ministerium für „Kultur, Erholung und soziale Fürsorge" unterstützt. Das Justizministerium unterhält besondere Einrichtungen für psychisch gestörte Straftäter, während für langfristige stationäre Aufenthalte wiederum der „Act on Special Health Risks" zuständig ist.

3 Organisation und Struktur der psychiatrischen Gesundheitsdienste

Das System der psychiatrischen Gesundheitsdienste entspricht bis zu einem gewissen Grade den verschiedenen Kategorieren von Patienten. Die wichtigsten Kategorien sind:

1. allgemeine psychiatrische Patienten (Erwachsene)
2. geistig behinderte Patienten
3. psychisch gestörte Straftäter
4. verschiedene andere Kategorien, wie geisteskranke Kinder, Süchtige, Epileptiker und psychogeriatrische Patienten.

Die psychiatrische Versorgung wird hauptsächlich gewährleistet durch:

1. die psychiatrischen Krankenhäuser und Universitätsabteilungen für Psychiatrie
2. die Neuropsychiater in privater Praxis mit ihren Belegabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern
3. die Einrichtungen für geistig Behinderte
4. die sozialpsychiatrischen Dienste.

Die obengenannten Kategorien bestehen bzw. arbeiten relativ unabhängig voneinander. Sogar innerhalb einer Kategorie gibt es sehr wenig Koordination von Zuständigkeiten und Aktivitäten. Dennoch wird die Integration mit starkem Nachdruck betrieben, und die Leiter der verschiedenen Dienste treffen sich regelmäßig in einer großen Anzahl von Ausschüssen und Vereinigungen teilweise auf nationaler und teilweise auf regionaler (Provinz-) Ebene. Die Krankenhausdirektoren haben zu einem gewissen Ausmaß Einzugsgebiete festgelegt, die besonders außerhalb der Sprechstundenzeiten gültig sind.

Die sozialpsychiatrischen Dienste wurden häufig auf Provinz- oder Gemeindeebene eingerichtet. Durch regelmäßige Besuche im Krankenhaus versuchen sie, die Kontinuität der Behandlung in ihrer Region zu gewährleisten. Aber all dies geschieht nur auf freiwilliger Basis, und die Regierung hat entweder keine Macht, die Integration durchzuführen oder ist zu vorsichtig, ihre Befugnisse auszuschöpfen.

Da die psychiatrischen Krankenhäuser in der letzten Zeit eine Periode der Erneuerung und Ausweitung ihrer Einrichtungen durchliefen, während die sozialpsychiatrischen Dienste sich wegen der Knappheit der Mittel nur mühsam durchkämpfen konnten, beschäftigt sich die Aufsichtsbehörde gegenwärtig viel mit der Stärkung der sozialpsychiatrischen Dienste. Wenn die psychiatrischen Krankenhäuser versuchen, Polikliniken einzurichten, geschieht dies oft gegen den Widerstand der sozialpsychiatrischen Dienste und der Neuropsychiater in freier Praxis.

Die Furcht vor der Monopolisierung des gesamten Bereiches der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge durch nur eine Art von Dienst ist ein Merkmal der holländischen Psychiatrie und steht dem Prinzip der Kontinuität der Behandlung und der Flexibilität der Dienste im Wege. Andererseits wird dadurch jedoch die weitere Entwicklung angeregt und die Vielseitigkeit der Dienste gefördert.

4 Die Typen der psychiatrischen Gesundheitsdienste

Im folgenden wollen wir die Typen der gegenwärtig in den Niederlanden existierenden Dienste beschreiben. Wir wollen einige allgemeine Informationen über die Anzahl der Betten, des Personals usw. geben. Die meisten der Informationen sind dem „Memorandum regarding Mental Health", 1971 vom Gesundhitsministerium veröffentlicht, entnommen. Leider gibt es über den neuesten Stand keine ausreichenden Informationen, und wir können auch nicht sicher sein, daß die Zahlen absolut korrekt sind.

Der Überblick wird sich mit folgenden Typen von Dienste beschäftigen:

1. sozialpsychiatrische Dienste
2. jugendpsychiatrische Dienste
3. Erziehungsberatungsstellen („child guidance clinics")
4. Eheberatungsstellen
5. Einrichtungen für Alkohol- und Drogenabhängige
6. psychotherapeutische Institute
7. Neuropsychiater in der freien Praxis
8. Tages- und Nachtkliniken
9. psychiatrische Krankenhäuser
10. Familienfürsorge
11. Übergangsheime und Wohnheime
12. psychogeriatrische Institutionen
13. Institutionen für geistig Behinderte
14. Institutionen für geistesgestörte Straftäter.

4.1 Sozialpsychlatrische Dienste

Es gibt 44 sozialpsychiatrische Dienste, d. h. 3,1 auf 1 Million Einwohner. In der folgenden Tabelle ist die Anzahl des Personals pro 1 Million Einwohner für die Jahre 1967, 1968 und 1969 angegeben.

	1967	1968	1969
Psychiater/andere Ärzte	5,3	5,5	5,7
Psychologen/Pädagogen	2,5	3,3	3,7
sozialpsychiatr. Schwestern/psychiatrische Sozialarbeiter	13,7	14,7	15,5
Verwaltungspersonal	6,9	8,2	8,8
insgesamt ...	28,6	31,9	33,7

Die genauen Ziele der sozialpsychiatrischen Dienste wurden bisher noch nicht formuliert, und wir können deshalb nur einige allgemeine Bemerkungen darüber machen.

Ihre Ziele sind:

1. Die Versorgung des Einzelpatienten in Beziehung zu seiner Familie und seiner weiteren Umwelt.
2. Begleitung des Patienten über lange Zeiträume und wenn notwendig lebenslang, d. h. die Behandlung ist nicht auf Krisenzeiten begrenzt.
3. Wenn nötig, sind auch Hausbesuche Teil der Versorgung.
4. Der Dienst übernimmt nicht nur Überweisungen von Allgemeinpraktikern, sondern auch von der Polizei, den Gerichten, den Sozialbehörden usw.

Es gibt folgende Behandlungsangebote:

1. Nachsorge, besonders nach der Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus.
2. Vorbeugung gegen die Einweisung durch Hausbesuche oder poliklinische Versorgung, vom Allgemeinpraktiker angebahnt.
3. Vermittlung zwischen zuweisenden Stellen und den psychiatrischen Krankenhäusern, wenn eine Einweisung nötig wird. Dies ist besonders wichtig in einem städtischen Dienst, der 24 Stunden pro Tag arbeitet.
4. Eingriffe zugunsten des Patienten oder seiner Umgebung, um die Mitarbeit von Sozialbehörden, Arbeitsämtern, Wohnungsämtern usw. zu gewinnen.
5. Die Beratung Dritter (von Gerichten, psychiatrischen Krankenhäusern usw.) im Hinblick auf Weiterleitung, Therapie oder andere Versorgung eines Patienten.
6. Beratungsarbeit: Gesundheitserziehung, Teilnahme an Ausschüssen über Psychohygiene usw.

Die sozialpsychiatrischen Dienste arbeiten nicht nach einheitlichem Muster. Die größeren Städte haben einen städtischen Dienst, der 24 Stunden pro Tag zur Verfügung steht. Dieser ist für alle Einweisungen in psychiatrische Krankenhäuser zuständig und wird so leicht zu einer psychiatrischen Feuerwehr, von Heim zu Heim gehend und psychiatrische Krankenhäuser und Polizeistationen heimsuchend.

Andere sind in ländlichen Gebieten tätig und machen kaum durchgehenden Dienst. Zwar können sie in verschiedenen Orten in Kliniken arbeiten, versorgen aber insgesamt ihr Gebiet nicht angemessen.

Als nächstes sind die sozialpsychiatrischen Dienste zu nennen, die einer religiösen Gemeinde angehören. Oft gibt es mehrere davon in einem Gebiet, jede bestimmt ihr eigenes Arbeitsgebiet und sie stehen unter geringerem Druck, alles, was auf sie zukommt, anzunehmen. Einige Dienste umfassen sowohl psychiatrische Versorgung (z. B. Nachsorge) als auch psychohygienische Bereiche (Erziehungsberatung und Eheberatung).

Nach unserer Meinung gibt es zwei Probleme in bezug auf die sozialpsyiatrischen Dienste. Zum einen

werden ihnen die schwierigsten psychiatrischen Fälle, wie Süchtige, Psychopathen und psychogeriatrische Fälle, die weder bei den intramuralen Diensten noch beim Neuropsychiater in der freien Praxis noch bei den Sozialbehörden sehr beliebt sind, überlassen. Andererseits handelt es sich hier um Bestrebungen wirklicher präventiver Arbeit bei Personen, die noch nicht als psychiatrische Fälle angesehen werden. Patienten versus Klienten! Wenn sie dazu kämen, ihre Aktivitäten in Richtung auf Klienten zu verschieben, könnten die chronisch psychiatrischen Fälle möglicherweise nicht mehr betreut werden.

Das zweite Problem ist ihre Unabhängigkeit von anderen Diensten, wie z. B. den psychiatrischen Krankenhäusern. Im Hinblick auf die chronischen psychiatrischen Patienten wären sie besser daran, wenn sie ein Teil des Krankenhaussystems wären. In diesem Fall müßten sie nicht mehr überall um ein Bett für einen ihrer Patienten betteln, wenn die Einweisung notwendig wird. Die Kontinuität der Behandlung und eine kurzfristige Krankenhausaufnahme, um eine kritische soziale Situation zu meistern, würden ermöglicht, ebenso wie eine richtige Nachsorge. Die enge Verbindung zu einem psychiatrischen Krankenhaus würde jedoch vielleicht ihre Orientierung in Richtung auf Psychohygiene behindern, und ihnen hinge der Makel der „totalen Institution" zu sehr an.

Gegenwärtig ist die Mehrzahl der sozialpsychiatrischen Dienste personell zu schlecht besetzt, um auch nur ihrer ursprünglichen Aufgabe, der Nachsorge für psychiatrische Patienten, die aus dem psychiatrischen Krankenhaus entlassen wurden, gerecht zu werden.

Im Hinblick auf das Personal der sozialpsychiatrischen Dienste hat die Regierung folgenden Schlüssel anerkannt:

Auf jeden Psychiater kommen zwei bis drei sozialpsychiatrische Krankenschwestern, ein halber Psychologe und drei Verwaltungsangestellte. Auf vier Schwestern sollte eine Supervisionsschwester mit einer begrenzten Anzahl eigener Fälle kommen. Für vier Psychiater in einem Dienst sollte es einen Supervisor geben.

Auf jeweils 75 Fälle, die aktiv behandelt werden (Prävalenzzählung), sollte eine sozialpsychiatrische Schwester kommen.

Es ist nicht bekannt, wie man zu diesen Zahlen kam, und es ist auch nicht klar, ob sie überhaupt angemessen sind. Psychiatrische Sozialarbeiter sind auffallenderweise bei der Personalplanung nicht berücksichtigt.

Es gibt keine verläßlichen Angaben über den Anteil der Bevölkerung, der durch die sozialpsychiatrischen Dienste versorgt wird. Sehr wahrscheinlich wird der Anteil beim Vorhandensein von Neuropsychiatern oder anderen Arten von Diensten regional stark schwanken. Es gibt deshalb auch keine Möglichkeit, den zukünftigen Bedarf zu planen.

Drei Untersuchungen haben etwas Licht auf die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste geworfen.

Eine Aufstellung der Überweisungen zum Zweck der Aufnahme ins psychiatrische Krankenhaus wurde während eines Monats im Jahre 1970 durchgeführt. Es zeigte sich, daß die Anzahl der Überweisungen in den verschiedenen Bezirken zwischen 1,7 und 4,6 pro 1 000 Einwohner im Alter von 15 oder darüber schwankte, während die Anzahl der tatsächlich innerhalb eines Monats nach der Überweisung Aufgenommenen zwischen 1,2 und 2,8 schwankte. Im ganzen wurden etwa 72 % der Überwiesenen schließlich aufgenommen. Ungefähr 67 % der Patienten wurden durch einen sozialpsychiatrischen Dienst, 11 % durch Allgemeinpraktiker, 7 % durch Neuropsychiater, 5 % durch die Poliklinik des psychiatrischen Krankenhauses und die übrigen durch eine Vielzahl anderer Stellen überwiesen. Die sozialpsychiatrischen Dienste überwiesen den bei weitem höchsten Prozentsatz psychogeriatrischer Fälle, wobei ihre Überweisungen sehr oft von den Krankenhäusern zurückgewiesen wurden.

In einem anderen Überblick versuchte man die Aktivitäten des Personals der Dienste zu registrieren. Etwa 70 % der Zeit wurde für Diagnose und Behandlung von Einzelpatienten verwandt, die anderen 30 % wurden für die folgenden Aufgaben verwandt:

— Notfallbehandlung durch den Psychiater

— Aufnahmen durch sozialpsychiatrische Schwestern

— eigene Weiterbildung der Sozialarbeiter

— Inanspruchnahme der Psychologen durch organisatorische Aufgaben.

Nur die Hälfte der Dienste hat ein Präventivprogramm ausgearbeitet.

In der dritten Untersuchung fanden wir heraus, daß in dem von dieser Studie erfaßten Bereich die sozialpsychiatrischen Dienste 35 % des gesamten psychiatrischen Personals besaßen, 44 % aller Arbeitsstunden pro Woche leisteten und 25 % aller neuen ambulanten Patienten sahen. ²/₃ ihrer Fälle wurden von Allgemeinpraktikern, nur 5 % von psychiatrischen Krankenhäusern zugwiesen; 41 % kamen nur zur Diagnostik und Beratung und 28 % zur Behandlung. 71 % der Fälle wurden nur einmal gesehen.

Es scheint sich das Bild eines Notfalldienstes abzuzeichnen, der die Aufnahme schwieriger Fälle, wie z. B. gerontopsychiatrischer Patienten, vermittelt.

4.2 Jugendpsychiatrische Dienste

Die sozialpsychiatrischen Dienste beschäftigen sich hauptsächlich mit den Problemen der Erwachsenen. Die Erziehungsberatungsstellen, die wir später besprechen werden, behandelten die jüngste Altersgruppe der Kinder. Es zeigte sich eine Lücke in den Diensten, die nicht gut genug ausgestattet waren, um ältere Kinder und Jugendliche zu versorgen. Deshalb wurden die jugendpsychiatrischen Dienste geschaffen, meistens als Unterabteilung der sozialpsychiatrischen Dienste. Sie sind mit Kinderpsychiatern, sozialspychiatrischen Schwestern und manch-

mal auch mit Psychologen besetzt. Sie wollen auf den gleichen Gebieten wie die Dienste für Erwachsene arbeiten.

Es gibt keine Informationen über Personal, die Tätigkeit, die Finanzierung und Planung.

4.3 Erziehungsberatungsstellen (child guidance clinics)

Die erste Erziehungsberatungsstelle in den Niederlanden wurde 1928 in Amsterdam gegründet. Gegenwärtig gibt es 72 Einrichtungen, d. h. annähernd 16 auf 1 Million Kinder zwischen 0 und 19 Jahren. Das Personal dieser Einrichtungen wird in der folgenden Tabelle als Verhältniszahl pro 1 Million Kinder zwischen 0 und 19 Jahren angegeben.

	1967	1968	1969
Psychiater	8,8	10,4	10,7
Psychologen/Pädagogen	13,1	13,4	14,9
andere Therapeuten ..	1,3	1,3	1,7
Sozialarbeiter	33,7	37,3	37,7
Verwaltungspersonal	24,7	25,9	26,9
Gesamtpersonal	81,7	88,2	92,1

Es gibt keine Informationen über die Anzahl neuer Fälle oder die Gesamtzahl der Kontakte.

Ein Bericht über eine Provinz ergab, daß ihr quantitativer Beitrag fast nicht ins Gewicht fällt. Während eines Zeitraums von 4 Monaten sahen sie nur 17 % aller neuen Fälle zwischen 0 und 14 Jahren. Die Nervenärzte zusammen sahen 43 % und der sozialspychiatrische Dienst 39 %. Noch überraschender war, daß von den wenigen Fällen, die die heilpädagogischen Einrichtungen annahmen, sie bald, fast die Hälfte, in andere Einrichtungen überwiesen. Aber mit den wenigen verbleibenden Fällen hatten sie bei der Nachsorge mehr direkte Kontakte, als es in den anderen psychiatrischen Diensten üblich war.

Die Erziehungsberatungsstellen in dem Bezirk hatten zusammen 25 % des gesamten psychiatrischen Personals; sie leisteten 6 % aller Arbeitsstunden und sahen 1 % aller neuen Fälle (alle Altersgruppen). Dies zeigt, daß sie vorwiegend als Team mit einer multidisziplinären Methode arbeiten.

Der Psychiater war lediglich Berater im Team, Psychologen und Sozialarbeiter dominierten. Sie versuchen gewöhnlich, sowohl mit den Eltern als auch mit dem Kind zu arbeiten.

Angesichts des sehr begrenzten quantitativen Beitrags zu den psychiatrischen Gesundheitsdiensten unternahm das „Netherlands Institute for Child-Studies" in Haag ein Experiment mit der psychiatrischen Beratung, bei der das Personal sich nicht direkt mit den Kindern beschäftigen sollte. Statt dessen mußten sie andere, z. B. Lehrer, die mit den Kindern zu tun hatten, unterstützen. Nach 4 Jahren Erfahrung zog das Institut die Schlußfolgerung, daß eins der Hauptprobleme war, das Personal wirklich in die Beratungsarbeit einzubeziehen. Es erfordere beträchtliche Erfahrung und Disziplin, sich nicht mit den Kindern selbst zu beschäftigen. Das Institut meinte, daß es besser sei, diese Art von Arbeit mit einem bereits existierenden Dienst zusammenzulegen, anstatt sie von einer unabhängigen Beratungsstelle aus durchzuführen.

4.4 Eheberatungsstellen

Wir konnten keine sachlichen Informationen über diese Einrichtungen gewinnen. Sie arbeiten hauptsächlich mit Psychologen und Sozialarbeitern. Sie können einen Psychiater als Teilzeitberater beschäftigen. Andere sind Teil eines sozialpsychiatrischen Dienstes. Im oben erwähnten Bericht über eine Provinz fanden wir heraus, daß sie während einer Zeitspanne von 4 Monaten 4 % aller neuen ambulanten Patienten berieten, hauptsächlich Personen zwischen 15 und 44 Jahren. Ihr Personal macht 10 % des gesamten psychiatrischen Personals im Bezirk aus und leistete 7 % aller Arbeitsstunden. Sie boten viel häufiger als irgendein anderer Dienst Behandlung an und sahen ihre Klienten am häufigsten zur Nachbehandlung; 1/3 ihrer Klienten könnte als psychiatrische Patienten klassifiziert werden.

Es ist uns nicht möglich abzuschätzen, ob diese Informationen als repräsentativ für die Situation in den Niederlanden anzusehen sind. In den Gebieten, wo es mehr Dienste dieser Art gibt, könnte das Bild ganz anders aussehen.

4.5 Einrichtungen für Alkoholiker und Drogenabhängige

Es gibt keine verläßlichen Angaben über die Gesamtzahl der Problemtrinker und Süchtigen in den Niederlanden.

Die 19 Beratungsstellen für Alkoholiker (= 1 pro 450 000 Menschen im Alter von 20 Jahren oder darüber) haben zusammen annähernd 11 000 Patienten in Behandlung. Das sind 1,3 Patienten pro 1 000 Einwohner in dieser Altersgruppe oder grob gesagt: 580 Patienten pro Einrichtung.

Alkoholiker und Drogenabhängige werden wie folgt versorgt:

Oft werden die Patienten zuerst zu den Alkoholikerberatungsstellen geschickt, um ambulant behandelt zu werden. Die Leiter dieser Stellen sind am häufigsten Sozialarbeiter und gelegentlich Soziologen. Sozialarbeiter oder sozialpsychiatrische Krankenschwestern machen Hausbesuche, um die Situation zu beurteilen.

Ein Dienst kann Einrichtungen an verschiedenen Orten haben. Der Sozialarbeiter kann etwa 70 bis 150 Patienten betreuen. Die Patienten werden durch die Gerichte, die Allgemeinpraktiker, Geistliche usw. überwiesen. Von diesen Einrichtungen aus kann der Patient an eine der Spezialinstitutionen verwiesen werden, die zusammen annähernd 500 Betten haben, d. h. 6,1 Betten pro 100 000 Einwoh-

ner im Alter von 20 Jahren oder darüber. Aber auch die psychiatrischen Krankenhäuser und die Universitätsabteilungen nehmen Süchtige auf, ebenso wie die drei Einrichtungen für geistesgestörte Straftäter.

Geschichtlich gesehen hatte das Justizministerium die Hauptverantwortung für Personen mit Alkohol- oder Drogenproblemen. Sowohl das Justiz- als auch das Gesundheitsministerium unterstützen die Arbeit.

Das Ministerium für Kultur, Erholung und Sozialarbeit hat Interesse an einigen der Nachsorgeprobleme: Beschützende Werkstätten, Sozialzentren usw.

Es gibt mindestens drei freie Vereinigungen, die die Behandlung und Prävention des Alkoholismus und der Drogensucht unterstützen. Die Heilsarmee hat viele Heime für Süchtige. Die Anonymen Alkoholiker haben etwa 40 Gruppen im ganzen Land.

Im oben erwähnten Bericht über eine holländische Provinz wurde festgestellt, daß 92,5 % der Suchtproblemfälle an Alkoholikerberatungsstellen überwiesen wurden. Mehr als 75 % der Überweisungen erfolgten durch die Gerichte. Es wurde deutlich, daß nur 30 % der Fälle durch die Beratungsstellen behandelt wurden, 65 % wurden nur beraten.

Obwohl eine Einschätzung der Arbeit der Alkoholikerberatungsstellen fehlt, erfüllen sie nach allgemeiner Ansicht ihre Aufgabe zufriedenstellend, soweit die Alkoholiker betroffen sind. Bei den Drogenabhängigen ist die Situation ganz anders. Sie erkennen weder die Alkoholikerberatungsstellen noch die intramuralen Dienste an. Einige Spezialeinrichtungen experimentieren mit einer freieren Führung dieser Kategorie von Patienten.

In der folgenden Tabelle werden die Regierungszuwendungen an die sozialpsychiatrischen Dienste, die heilpädagogischen Einrichtungen und die Alkoholikerberatungsstellen aufgeführt, und zwar in 1 000 holländischen Gulden pro 100 000 Einwohner.

Dienst	1967	1968	1969
sozialpsychiatrischer Dienst	27,1	34,9	40,0
Erziehungsberatungsstelle (child guidance clinic)	25,8	32,1	35,8
Alkoholikerberatungsstellen	5,3	5,6	7,4

4.6 Die psychotherapeutischen Institute

Diese Institute entstanden aus der Notwendigkeit, Personen psychotherapeutisch zu behandeln, die sich private psychotherapeutische Behandlung nicht leisten konnten.

Es gibt jetzt sieben solche Einrichtungen. 1969 gab es sechs, die schätzungsweise 90 000 Stunden Psychotherapie abhielten, d. h. annähernd sieben Stunden pro 1 000 Einwohner oder elf Stunden pro 1 000 Einwohner im Alter von 20 Jahren oder darüber.

In diesen Institutionen arbeiten Psychiater und Psychologen zusammen und konzentrieren sich auf Diagnose und psychotherapeutische Behandlung. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Ausbildung von Psychotherapeuten. Häufig beschäftigen sie stundenweise Psychiater.

Wenn ein Patient zur Behandlung im Institut zugelassen wird, muß er von seiner Krankenkasse die Genehmigung für eine Kur von maximal 45 Sitzungen einholen. Falls der Patient nicht krankenversichert ist, erstattet der „General Act for Social Support" die Behandlung. Diese Art der Unterstützung ist Sache des „Municipal Social Security Service".

Das Gesundheitsministerium fördert Aktivitäten, wie Dokumentation, Evaluation und Information. Pro Jahr stellt es etwa fl. 250 000 zur Verfügung, d. h. annähernd fl. 35 000 bis 40 000 pro Institut. Die Institute erhalten jährlich durchschnittlich fl. 20 000 aus einer anderen Stiftung, die präventive Aktivitäten zu fördern sucht.

Die psychotherapeutischen Institute werden viel kritisiert, weil man annimmt, sie konzentrierten sich auf die intellektuell begabten und relativ gesunden Patienten. Ein eher berechtigter Einwand ist, daß es kaum kontrollierbar ist, womit sie sich überhaupt beschäftigen, und daß es auch keinen nennenswerten Evaluierungsversuch gegeben hat. Was ihre Effektivität angeht, sind wir heute nicht besser informiert als zur Zeit der Gründung der ersten Institute in den Jahren 1940, 1946 und 1953.

4.7 Die Nervenärzte in freier Praxis

Heute nehmen die Nervenärzte in freier Praxis vielleicht die widersprüchlichste Stellung in unserem System von Diensten ein. Sie stellen bis jetzt eine unbestimmte Mischung von Psychiatern, Neurologen, Neuropsychiatern und Psychotherapeuten dar. Sie sind für die ambulante Versorgung in der Praxis oder in einem Allgemeinkrankenhaus zuständig oder sie führen eine psychiatrische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus. Einige arbeiten zusätzlich stundenweise in einer Eheberatungsstelle oder einem psychotherapeutischen Institut.

Die Auseinandersetzung geht hauptsächlich um ihre Honorare und deren Folgen für die Art und Weise, wie sie ihren Dienst ausführen. Sie werden von den Krankenkassen nach der Anzahl der behandelten Patienten und der Anzahl der belegten Betten bezahlt. Auf privater Basis können sie sich keine Sozialarbeiter, Therapeuten, Psychologen usw. leisten. Andererseits wurden ihre psychiatrischen Abteilungen lange Zeit von den Behörden der Allgemeinkrankenhäuser abgelehnt und wurden erst kürzlich und sehr zögernd als wesentlicher Aspekt eines allgemeinen ärztlichen Dienstes akzeptiert. Deshalb ist ihre Personalausstattung nur minimal im Vergleich zu chirurgischen, medizinischen oder anderen Fachabteilungen. Es fehlt an ausreichendem Verständnis dafür, daß ein Beschäftigungstherapeut oder ein Sozialarbeiter in einer psychiatri-

schen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses einer Intensivpflegekrankenschwester oder einem anderen Spezialisten auf einer chirurgischen Abteilung vergleichbar ist. Aus diesem Grund wird die nervenärztliche Abteilung im Allgemeinkrankenhaus oft als Einmannbetrieb geführt, sehr zum Nachteil des Patienten, besonders deshalb, weil der Psychiater viele Patienten sehen muß, um von seiner Arbeit leben zu können.

Man versucht, diese Situation zu bewältigen, indem man einen Psychiater als Angestellten im Allgemeinkrankenhaus beschäftigt. Oft gibt es starken Widerstand dagegen von anderen Fachärzten, die diese Tendenz als Bedrohung ihrer eigenen Position als private Unternehmer im Allgemeinkrankenhaus sehen.

Außerdem erarbeitet die Aufsichtsbehörde des Gesundheitsministeriums jetzt Kriterien für die Führung einer zweckmäßigen psychiatrischen Abteilung. Sie sollte z. B. minimal 20 und maximal 40 Betten, 3 Psychiater, 1 Beschäftigungstherapeuten auf 10 Betten, psychiatrische Krankenschwestern usw. haben. Jedoch sind diese Kriterien nicht sehr eindeutig formuliert, und es ist überhaupt nicht klar, ob man sie befolgen muß.

Nach Lage der Dinge stellt der Psychiater in der freien Praxis einen wichtigen Sektor im Gesamtsystem der psychiatrischen Gesundheitsdienste dar, mit einer Patientenpopulation, die sich deutlich sowohl von der der sozialpsychiatrischen Dienste als auch von der der psychiatrischen Krankenhäuser unterscheidet.

Die Aufsichtsbehörde ermittelte 1964, daß 3,2 % aller Patienten in Allgemeinkrankenhäusern eine psychiatrische Diagnose hatten. Etwa 1/3 waren in den Universitätskrankenhäusern. Und von allen Einweisungen (im Jahre 1966) waren 2,2 % psychiatrische Patienten, während ein weiteres Prozent eine psychiatrische Diagnose als Nebendiagnose hatte. Der durchschnittliche Aufenthalt im Krankenhaus betrug 37 Tage verglichen mit 18,3 Tagen für alle Patienten in Allgemeinkrankenhäusern. Es ist interessant, diese Abteilungen mit den psychiatrischen Krankenhäusern zu vergleichen (im Jahre 1969):

	ungefähre Bettenzahl	ungefähre Zahl der Aufnahmen
Psychiatrische Krankenhäuser	26 000	12 500
Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	2 000	21 000

Die Abteilungen nehmen weit mehr Neurotiker, Manisch-Depressive, geistig Behinderte und kinderpsychiatrische Fälle auf. Sie versorgen offensichtlich eine abweichende Patientenpopulation.

Auch im Hinblick auf ambulante Patienten unterscheiden sie sich von den sozialpsychiatrischen Diensten. Ein Bericht über eine Provinz zeigte, daß sie viel mehr Patienten, häufiger aber in größeren Abständen als die sozialpsychiatrischen Dienste sehen. Auch hier waren die psychoneurotischen und manisch-depressiven Patienten vorherrschend.

Unserer Meinung nach ist es unmöglich zu entscheiden, wie die Zukunft der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern aussehen wird. Der Charakter des Privatunternehmens ist immer noch viel zu stark zu spüren, um entweder das ganze System zu reorganisieren oder die bestehenden Abteilungen zu verbessern. Nicht sehr viele junge Fachärzte sind erpicht darauf, eine Karriere dieser Art zu beginnen. Dies wird für die Planung eine weitere Unsicherheit bedeuten.

4.8 Tages- und Nachtkliniken

Es gibt kaum Informationen über diese Art von Diensten in den Niederlanden. Es steht fest, daß es fünf psychiatrische Tageskliniken mit zusammen 120 Plätzen gibt. Sie wurden noch nicht evaluiert, und aus ihrer Zahl kann man nur schließen, daß sie noch keine bedeutende Rolle in der holländischen Psychiatrie spielen.

4.9 Die psychiatrischen Krankenhäuser

Zunächst einige Zahlen.

Bereitgestellte Gelder für Wiederaufbau und Ausbau der psychiatrischen Krankenhäuser in Millionen holländischer Gulden:

1966:	38,4	1968:	45,5	1970:	73,6
1967:	52,2	1969:	45,6		

Kosten durch fertiggestellte Gebäude:

1966:	28,1	1968:	20,5
1967:	32,2	1969:	35,2

Kostenaufwand der psychiatrischen Krankenhäuser:

	1965	1966	1967
Anzahl der Krankenhäuser	38	38	37
Anzahl der Betten	26 934	26 827	26 477
Anzahl stationärer Patienten	26 507	26 306	26 137
Gesamtkosten in holländischen Gulden (×1000)	195 962	222 018	271 873
— davon Gehälter	130 824	155 146	187 457

Vollbeschäftigtes Personal in den psychiatrischen Krankenhäusern (39):

	1967	1968	1969
Psychiater	212 (8)	215 (8)	222 (8)
andere Ärzte	110 (4)	104 (4)	110 (4)
Psychologen/Pädagogen	58 (2)	65 (2)	72 (3)
psychiatr. Krankenschwestern	2 185 (82)	2 134 (80)	2 300 (87)
andere Schwestern	1 487 (56)	1 324 (50)	1 440 (54)
Lernschwestern	4 212 (159)	4 488 (169)	4 480 (169)

In Klammern: Annäherungswerte pro 1 000 Betten.

Die psychiatrischen Krankenhäuser sind insgesamt mit beschäftigungs-therapeutischen und Freizeiteinrichtungen gut ausgestattet. Viele wurden während der letzten 10 Jahre renoviert. Im Hinblick auf die materielle Versorgung bleibt vielleicht weniger zu wünschen übrig als beim Personal. Die Regierung schränkt ihr Wachstum in bezug auf die Personalausstattung streng ein, hauptsächlich indem sie ihnen nicht gestattet, die Tagessätze zu erhöhen. Die Tagessätze schwanken stark zwischen den einzelnen Krankenhäusern. Auch in bezug auf ihre stationären Patienten gibt es Schwankungen. Einige haben viele geistig Behinderte oder andere chronische Patienten, während andere eine relativ hohe jährliche Zu- und Abgangsrate von Patienten haben. Die Krankenhäuser zeigen eine Tendenz, umfassend zu versorgen: z. B. in Form von poliklinischen Abteilungen, Tageskliniken, Übergangsheimen, Heimen usw.

Dieser Entwicklung treten die sozialpsychiatrischen Dienste sehr entgegen. Tatsächlich begünstigt die scharfe Trennung zwischen intra- und extramuralen Diensten nicht das Prinzip der Kontinuität der Versorgung, besonders nicht für die chronisch rückfälligen Patienten. Die Krankenhäuser selektieren durch ihre Aufnahmepolitik, besonders bezüglich der Psychopathen, der Süchtigen und der psychogeriatrischen Patienten. Um diese Fälle unterbringen zu können, müssen die überweisenden sozialpsychiatrischen Dienste inständig bitten. Hinzu kommt, daß die psychiatrischen Krankenhäuser nur sehr zögernd ein Einzugsgebiet festlegen, aus Furcht, ihre Freiheit der Selektion zu verlieren.

Für die schwereren und chronischen Fälle wäre es ein großer Fortschritt, wenn die Krankenhäuser verpflichtet wären, sich für ein Einzugsgebiet zuständig zu erklären, und wenn sie zusammen mit den sozialpsychiatrischen Diensten einer Organisation angehörten.

Es wird jedoch allgemein befürchtet, daß beim Zusammenlegen beider Dienste der sozialpsychiatrische Dienst den Makel des psychiatrischen Krankenhauses übernehmen würde, was vielleicht die Intensivierung seiner präventiven Aufgabe hemmen würde.

Anhang I gibt einige weitere Informationen über die regionalen Aktivitäten der psychiatrischen Krankenhäuser. Anhänge II und III geben die neuesten Informationen über die psychiatrischen Krankenhäuser und Universitätsabteilungen.

4.10 Familienfürsorge

An wenigen Orten überwacht ein psychiatrisches Krankenhaus Patienten, die in besonders ausgewählten Familien in einem nahegelegenen Dorf versorgt werden. Solche Programme wurden bisher nie beurteilt. Man hat den Eindruck, daß diese Art der Behandlung der Vergangenheit angehört. Nicht weil sie nicht effektiv wäre, sondern als Folge der modernen Wohnungen, der Mobilität der Familien und des geringen Umfanges der Kernfamilie, die sich mehr und mehr als unfähig erweist, für ihre eigenen behinderten Mitglieder zu sorgen.

4.11 Übergangsheime und Wohnheime

Übergangsheime und Wohnheime sind neu in den Niederlanden. Wir konnten keine Angaben über die wenigen existierenden Einrichtungen erhalten.

4.12 Gerontopsychiatrische Dienste

Anerkannte Institute für geronto-psychiatrische Patienten

	1967	1968	1969
Anzahl der Institute	38	44	54
Anzahl der Betten	3 850 (3,0)	4 575 (3,6)	5 100 (3,9)

1. In Klammern: Anzahl pro 1 000 Einwohner mit 65 oder darüber.
2. Es gibt mindestens 2 500 Patienten in nicht anerkannten Heimen. Deshalb wäre die Anzahl für 1969 annähernd 6,6 pro 1 000.

Es gibt keine Möglichkeit zu erfahren, wieviel alte Menschen wegen psychiatrischer Beschwerden der Krankenhausaufnahme bedürfen. Die gegenwärtige Wohnungssituation in den städtischen Gebieten und das Fehlen präventiver und tagesklinischer Dienste vermindert wahrscheinlich die Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten alter Menschen. Im Jahre 1968 betrug die ungefähre Anzahl in Krankenhäusern untergebrachter alter Menschen das folgende:

— psychiatrische Krankenhäuser	7 500
— psychogeriatrische Einrichtungen	3 800
— nicht anerkannte Heime	4 500
— Pflegeheime	1 200
— Altersheime	500
insgesamt	22 000

Im Jahre 1968 gab es in den Niederlanden annähernd 1 200 000 Menschen mit 65 Jahren oder darüber. Das bedeutet, daß etwa 1,8 % der alten Bevölkerung mit psychiatrischen Problemen im Krankenhaus lag. Eine beträchtliche Anzahl davon sind psychiatrische Patienten, die in einem psychiatrischen Krankenhaus alt wurden (annähernd 30 %?).

Die Aufsichtsbehörde für psychiatrische Gesundheit schätzt, daß 0,75 % der alten Bevölkerung an geistigen Verfallserscheinungen von solchem Schweregrad leidet, daß eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Nach ihrer Voraussage wird im Jahre 1980 der Prozentsatz auf 1 % gestiegen sein.

Aber in einigen Provinzen erwartet man einen Prozentsatz von 2,5 bis 4,4 %. Besonders in der Altersgruppe von 80 oder darüber erwartet man einen hohen Prozentsatz (8 %).

Einige der sozialpsychiatrischen Dienste haben sich auf psychogeriatrische Versorgung spezialisiert. Etwa die Hälfte der Patienten, die vom sozialpsychiatrischen Dienst in der Provinz Friesland gesehen wurden, sind 65 Jahre alt oder älter. Dieser Dienst unterscheidet ein seniles Dekompensationssyndrom, was eine Mischung aus geistigem, physischem und sozialem Verfall darstellt. Anscheinend können mit der Verbesserung des physischen und sozialen Status des Patienten die Symptome der Demenz erheblich zurückgehen. Deshalb wird die Koordination der allgemeinen ärztlichen und psychiatrischen Dienste von allergrößter Bedeutung für die alten Patienten sein.

Die Aufsichtsbehörde für psychische Gesundheit hat die Bedingungen für die angemessene Behandlung von geistesgestörten alten Patienten formuliert. Aber mit Ausnahme von einigen ausgezeichneten psychogeriatrischen Krankenhäusern, die extra zu diesem Zweck gebaut wurden, haben wir recht wenig Erfahrung mit ambulanten Diensten, Tageszentren usw. Die Einrichtungen sollten umfassen:

1. ein psychogeriatrisches „screening-team" als Teil eines sozialpsychiatrischen Dienstes.
2. eine Abteilung, die medizinische Pflege ermöglicht, vorzugsweise als Abteilung im allgemeinen Krankenhaus, und die auch zur weiteren Beobachtung dient.
3. eine gerontopsychiatrische Behandlungsabteilung, die Teil eines allgemeinen Krankenhauses, eines psychiatrischen Krankenhauses oder selbst ein unabhängiges Krankenhaus sein kann.
4. besondere Pflegeheime oder Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern, die langfristige stationäre Behandlungsmöglichkeiten bereitstellen.

Leider hat man nicht versucht, einen strukturellen Wandel aufzuzeigen, der darauf abzielt, die existierenden gerontopsychiatrischen Dienste zu vereinheitlichen.

4.13 Einrichtungen für geistesgestörte Straftäter

Ein geistesgestörter Straftäter kann vom Gericht den Regierungsbehörden überantwortet werden. In diesem Fall entsteht das Problem der Behandlung. Bis 1969 geschah dies etwa 165 mal pro Jahr. Im Jahre 1969 waren es an einem Stichtag annähernd 637 Personen nach dieser Bestimmung in einer psychiatrischen Institution. Das waren annähernd 23 % aller Strafgefangenen und von Personen in Haft. Zur gleichen Zeit waren etwa 10 000 Personen in Behandlung der ambulanten Rehabilitationsdienste.

Es gibt verschiedene spezielle Einrichtungen für geistesgestörte Straftäter, aber sie können auch in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden. Sie müssen erst im „Psychiatric Observation Hospital" in Utrecht gewesen sein. Von dort können sie in ein staatliches psychiatrisches Krankenhaus, ein staatliches Asyl für geistesgestörte Straftäter, ein normales psychiatrisches Krankenhaus usw. geschickt werden.

Diese Dienste wollen wir nicht weiter diskutieren, weil sie sich im Zustand des Wandels und der Erneuerung befinden und der Autor nicht kompetent ist, wirklich die Situation zu überschauen.

5 Vereinheitlichung von Diensten

Nach der obigen Diskussion wird klar, daß es bis zur tatsächlichen Vereinheitlichung unserer psychiatrischen Gesundheitsdienste noch ein weiter Weg ist. Wenn nicht alle Gesundheitsdienste verstaatlicht werden, ist nicht klar, wie die Regierung bei der Vereinheitlichung der vielfältigen hochindividuellen Institutionen vorankommen will.

Ein wichtiger Fortschritt ist jedoch die Änderung in der Einstellung der Aufsichtsbehörde für das psychiatrische Gesundheitswesen. Diese hat sich von einem ziemlich passiven Kontrolleur der bestehenden Vorschriften und Bestimmungen zu einer Behörde gewandelt, die neue Vorgehensweisen plant und anregt. Bis zu einem gewissen Grad konnte sie die Regierung zwingen, ihre Pläne und ihre Politik klarzulegen. Es liegt beim Parlament und bei der Regierung, diese Politik in die Tat umzusetzen.

Die folgenden Hauptprobleme unseres psychiatrischen Gesundheitssystems wurden von der Aufsichtsbehörde anerkannt:

1. Der Mangel an verläßlichen und aktuellen Informationen über die Aktivitäten der psychiatrischen Gesundheitsdienste.
2. Ein ähnlicher Mangel an evaluativer Forschung über das Funktionieren der Dienste.
3. Probleme in der Verwaltung der einzelnen Dienste. Die beängstigend angewachsene Komplexität (medizinische, verwaltungstechnische und finanzielle) eines Dienstes hat Zweifel über die Kompetenz eines ärztlichen Direktors als einzig verantwortliche Person aufgeworfen. Ökonomisch und juristisch ausgebildete Mitarbeiter müssen Mitglieder der Verwaltung eines Dienstes werden.
4. Finanzprobleme. Einige Dienste werden von den Krankenkassen bezahlt, d. h. während des ersten Jahres der Behandlung und für die Fürsorge. Andere werden nach dem „Special Health Risks Act" pro Patient abgefunden, und zwar gleich von Beginn der Krankheit an. In manchen Fällen übernimmt der „Act" die Kosten erst nach einem Jahr Krankheit und Bezahlung durch die Krankenkassen. Besondere Dienste werden nicht pro Patient, sondern nach ihrem jährlichen Budget bezahlt; mit anderen Worten: Es gibt keine einheitliche Finanzierung der Dienste.
5. Probleme der Struktur der Gesundheitsdienste.
   - — Ungenügende Differenzierung der Dienste.
   - — Anhäufung psychiatrischer Krankenhäuser in bestimmten Bezirken mit attraktiver Umgebung.
   - — Die finanziell stärkere Position der intramuralen Dienste.
   - — Eine allgemein schlechte geographische Verteilung der Dienste.
   - — Keine klare Unterscheidung zwischen Grundversorgungs- und mehr spezialisierten Diensten.
   - — Keine regionalen Zuständigkeiten seitens der Dienste.

Der vielleicht ehrgeizigste Versuch der Regierung, die Situation zu ändern, war die Darlegung ihres Plans zur Regionalisierung der psychiatrischen Gesundheitsdienste. Dieser Plan enthält zwei wichtige Schritte. Einer ist die Teilung des Landes in Regionen (ungefähr 0,5 bis 1 Million), Distrikte (200 000 bis 250 000 Einwohner) und kleinere Bevölkerungseinheiten. Zweitens das Angebot psychiatrischer Gesundheitsfürsorge in Stufen zunehmender Spezialisierung (Staffelung). Im Hinblick auf die Stufen (Staffelung) der Behandlung möchte die Regierung folgende Richtlinien anwenden:

1. Grad der Spezialisierung.
2. Intensität der Behandlung.
3. Art der Behandlung.
4. Größe der betroffenen Bevölkerungsgruppe.

Zu 1: Grad der Spezialisierung:

- — erste Stufe:
  keine Spezialisierung, Frühdiagnose und Grundbehandlung mit einer Vielzahl von Behandlungszielen, Auswahl für höher spezialisierte Behandlung
- — zweite Stufe:
  spezialisierte Diagnose und Behandlung, weitere Selektion für die nächste Stufe
- — dritte Stufe:
  hochspezialisiert

Zu 2.: Intensität der Behandlung:

- — erste Stufe:
  poliklinische Behandlung
- — zweite Stufe:
  tages- oder nachtklinische Behandlung
- — dritte Stufe:
  stationäre Fürsorge/Behandlung

Zu 3.: Art der Behandlung:

- — erste Stufe:
  Aufnahme, Beobachtung, Überweisung
- — zweite Stufe:
  Behandlung, Fürsorge
- — dritte Stufe:
  Rehabilitation, Resozialisation

Zu 4.: Einzugsgebiet:

- — erste Stufe:
  annähernd 25 000 Personen (Quarter)
- — zweite Stufe:
  annähernd 200 000 Personen (District)
- — dritte Stufe:
  annähernd 0,5 bis 1 Million Personen (Region)
- — vierte Stufe:
  auf nationaler Ebene.

Der Plan enthält auch den Aufbau eines distriktpsychiatrischen Gesundheitszentrums, in das die folgenden Dienste integriert werden sollen:

— soziale und jugendpsychiatrische Dienste

— ein Erziehungsberatungszentrum

— ein Eheberatungszentrum

— ein sozialpädagogischer Dienst (ambulanter Dienst für die geistig Behinderten)

— andere Beratungsdienste für geistig Behinderte

— gerontopsychiatrische Beratungsdienste

— Krisenzentrum

Andere Dienste könnten vielleicht teilweise in das psychiatrische Gesundheitszentrum integriert werden:

— das psychotherapeutische Instiut

— die Einrichtungen für Alkoholiker und andere Suchtkranke

— die Dienste für geistesgestörte Straftäter

— Beratungsdienste für Jugendliche

Die letzte Gruppe von Diensten braucht vielleicht eine so spezielle Methode und Atmosphäre, daß sie zumindest teilweise separat bestehen sollte.

Da das Zentrum ambulante Behandlungen anstrebt, wird die Integration der voll- und teilstationären Dienste nicht als notwendig betrachtet, obwohl die Koordination ihrer Aktivitäten und reibungslose Überweisungen höchst wünschenswert wären.

Offensichtlich ist die Errichtung dieser Zentren durch die traditionelle Unabhängigkeit der individuellen Dienste in den Niederlanden, durch die verschiedenen Finanzierungsarten jedes Dienstes, die gegenwärtige Spaltung der Gesamtheit der psychiatrischen Gesundheitsarbeit in Bereiche, für die eine Vielzahl von Ministerien zuständig ist, und schließlich durch das Fehlen eines staatlichen Gesundheitssystems behindert.

6 Möglichkeiten der Evaluation

Aus zwei Gründen ist die Evaluation der Dienste noch nicht allgemein üblich:

1. Wir haben nicht die wissenschaftlichen Fachkenntnisse, um die schwierige Aufgabe, einen Dienst zu evaluieren, zu übernehmen.
2. Ärzte geben traditionell nur sehr zögernd jemandem Einblick in ihre Aktivitäten. Deshalb werden gesetzliche Maßnahmen erörtert, Dienste, die Mittel von der Regierung erhalten, das, was sie tun, evaluieren zu lassen.

Dennoch, die Teilnahme an Projekten der WHO hat die Forschung angeregt:

1. Gegenwärtig erstellen wir ein nationales Register von Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern.
2. Wir nehmen an dem Programm der WHO über „Aktivitäten psychiatrischer Gesundheitsdienste" teil.
3. Wir führten eine WHO-„pilot"-Studie über ambulante und gerontopsychiatrische Patienten durch.
4. Eine der nördlichen Provinzen ist eine „pilot-area" der WHO für ein Informationssystem über psychische Gesundheit.
5. Die Krisenzentren arbeiten an einer Evaluation ihrer Arbeit.
6. Die Aktivitäten der sozialpsychiatrischen Dienste wurden untersucht.
7. Ein Bericht über die Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser wurde erstellt.
8. Wir haben ein Fallregister aller psychiatrischen Gesundheitsdienste in einem städtischen Gebiet.
9. Das Gesundheitsministerium baut ein allgemeines Informationssystem für alle Gesundheitseinrichtungen und die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen auf. Die Allgemeinkrankenhäuser haben ein privates Informationssystem über Aufnahmen und Entlassungen, aber es ist nicht sehr ergiebig wegen seines privaten Charakters und wegen der Furcht der Fachärzte vor einer öffentlichen Darstellung ihrer Aktivitäten.
10. Wir führen eine Studie über die Kriterien einer angemessenen Nutzung von psychiatrischen Betten durch.
11. Schließlich sind eine Vielzahl von Forschungsinstitutionen auf dem Gebiet der „Psychohygiene" tätig: Abwesenheit bei der Arbeit, Behinderung, Verhaltensmuster und Probleme der Sexualität, Kriminologie, Drogengebrauch und -mißbrauch, Selbstmord und Selbstmordversuch, Lebensbedingungen und psychische Gesundheit usw.

Über die Teilnahme an den Anstrengungen der WHO hinaus ist die holländische Regierung mehr und mehr daran interessiert, die Institute bei der Durchführung angewandter Forschung zu koordinieren und zu lenken und zielt so auf die Entwicklung von Konzepten, die praktische Konsequenzen haben könnten. Auf seiten der Regierung gibt es eine Tendenz, sog. „Masterplans" für die Forschung zu entwickeln. Da Forschung meistens von der Motivation und dem Interesse einzelner auszugehen und abzuhängen scheint, ist es schwierig, sich vorzustellen, auf welche Weise ein „Masterplan" die Forschung anregen könnte. Solche Pläne werden wahrscheinlich nicht von erfahrenen Forschern erstellt, und sie ersticken deshalb wissenschaftliche Anregungen mehr, als daß sie sie fördern.

Die Regierung könnte die Forschung viel erfolgreicher anregen und steuern, indem sie gut ausgeführte und gut begründete Anträge für die zu bewilligenden Mittel verlangt. Ein geeigneter Plan für zukünftige Forschungsbemühungen und zur Aufarbeitung der Ergebnisse würden dem Mißbrauch der Mittel vorbeugen und gleichzeitig sichern, daß die Ergebnisse der angewandten Forschung auch angewandt werden. Die Regierung wird sich dessen im zunehmenden Maße bewußt.

Die Situation der psychisch Kranken in Dänemark im Jahre 1974

von

Erik Strömgren
Prof. für Psychiatrie an der Universität Aarhus, Dänemark

Für das Verständnis der gegenwärtigen Situation der psychisch Kranken in Dänemark ist eine gewisse Kenntnis der Geschichte der dänischen Psychiatrie von Bedeutung. Ein kurzer Abriß dieser Geschichte sei deshalb der Schilderung der jetzigen Situation vorangestellt.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Versorgung der Geisteskranken Aufgabe der Städte und Gemeinden. Nur die Stadt Kopenhagen hat sich dieser Aufgabe ernstlich angenommen, und zwar durch Gründung der städtischen Irrenanstalt Sct. Hans Hospital bei Roskilde im Jahre 1816. Da immer deutlicher wurde, daß die Aufgabe von den Gemeinden und Städten vernachlässigt wurde, mußte der Staat allmählich die Initiative auf diesem Gebiete ergreifen. Im Laufe von wenigen Jahren wurden drei Anstalten gebaut. In der Mitte des 20. Jahrhunderts gab es insgesamt erst acht psychiatrische Krankenhäuser, von denen die meisten über etwa 1 000 Betten verfügten.

Dieser Status entsprach nicht der gleichzeitigen Entwicklung des somatischen Krankenhauswesens, und es wurde immer deutlicher, daß eine radikale Änderung der Situation notwendig war.

Im Jahre 1952 wurde eine ministerielle Kommission gegründet mit der Aufgabe, einen *Generalplan für die staatliche Psychiatrie* zu entwickeln. Ein solcher Plan wurde im Jahre 1956 veröffentlicht und bildete seitdem im großen und ganzen die Grundlage für die Organisation der Psychiatrie in Dänemark.

Die Kommission hat die Mängel der damaligen dänischen Psychiatrie klar beschrieben und zwar besonders die folgenden: Die meisten Krankenhäuser waren zu alt und zu groß. Sie mußten große Gebiete versorgen, und dadurch war der Kontakt zwischen Krankenhaus und Bevölkerung ganz ungenügend. Die meisten Krankenhäuser waren außerdem in isolierten Gegenden gelegen und hatten keine Verbindung zu dem übrigen somatischen Krankenhauswesen. Grundsatz des Generalplans war deshalb, alle neuen psychiatrischen Krankenhäuser in die Nähe von allgemeinen Krankenhäusern zu bauen und sie maximal mit 400 Betten auszustatten. Da es aus ökonomischen Gründen unmöglich war, die alten Krankenhäuser aufzugeben, mußten diese radikal modernisiert werden, wodurch eine Reduktion der Bettenzahl notwendig wurde, was aber nur ein Vorteil war, weil dadurch eine Verkleinerung des Einzugsgebietes bewirkt wurde und somit auch ein besserer Kontakt zwischen Bevölkerung und Krankenhaus.

Die neuen Krankenhäuser sollten dieselben Einzugsgebiete haben wie die benachbarten somatischen Krankenhäuser. Am besten wäre es, wenn Psychiatrie und Somatik auch baulich integriert werden könnten, so daß alle Kranken — seien sie überwiegend somatisch oder psychisch krank — buchstäblich durch dieselbe Pforte ankommen sollten.

Eine Bettenzahl von etwa 300 wurde als optimal angesehen. Das Krankenhaus sollte so groß sein, daß alle Formen von psychischen Krankheiten dort behandelt werden, und alle möglichen Hilfseinrichtungen vorhanden sein konnten. Letzteres wäre bei kleineren Einheiten ökonomisch nicht mehr möglich. Ideal wäre es, alle psychisch Kranken in demselben Krankenhaus zu behandeln („totale psychiatrische Einheit"), so daß die nicht wünschenswerte Trennung der akuten von der chronischen Psychiatrie, wie sie in der Stadt Kopenhagen existierte, nirgendwo anders entstehen sollte.

Es war vorauszusehen, daß — aus Gründen der räumlichen Gegebenheiten — das Ideal nicht überall dort, wo ein Bedürfnis dafür vorlag, verwirklicht werden konnte. Es wurde deshalb geplant, sich an solchen Orten mit kleineren Einheiten zu behelfen. Glücklicherweise stellte sich aber heraus, daß in der Nähe der meisten größeren allgemeinen Krankenhäuser, die in dieser Beziehung in Frage kamen, genügend Land vorhanden war, um den Bau einer ausreichend großen psychiatrischen Einheit zu erlauben.

Diese Pläne wurden — wie erwähnt — in der Mitte der fünfziger Jahre veröffentlicht. Damals befand sich Dänemark in einer günstigen ökonomischen Lage, und es erschien als realistisch, diese radikale Modernisierung der Psychiatrie im Laufe von relativ wenigen Jahren zu erwarten. Die politische Stimmung war günstig und das Parlament hat gesetzlich bestimmt, neue psychiatrische Krankenhäuser so schnell wie möglich an sechs verschiedenen Orten in der Nähe von Allgemeinkrankenhäusern zu bauen und eine radikale Modernisierung mehrerer älterer Krankenhäuser sofort zu beginnen. Leider stellte sich dann Ende der fünfziger Jahre eine ökonomische Krise ein; die Entwicklung verlief sehr viel langsamer, als man anfänglich gehofft hatte, und bis jetzt sind nur die Krankenhäuser in Glostrup und Aalborg gebaut worden; ein drittes befindet sich im Bau im Hillerød.

Inzwischen entstand bei den lokalen Behörden eine verständliche Ungeduld; man wollte nicht länger

auf staatliche Initiativen warten und hat anstelle dessen kleine psychiatrische Abteilungen an den allgemeinen Krankenhäusern errichtet.

Dabei ist zu bemerken, daß es immer auch Strömungen gab, die es eigentlich als richtig ansahen, die Psychiatrie vorzugsweise in Form von kleinen Krankenhausabteilungen zu entwickeln. Man ging dabei von der Vorstellung aus, die leichteren und kurzdauernden Fälle in diesen Abteilungen fertig zu behandeln und die schwierigeren Fälle, die gefährlichen Kranken und die Chronischen den staatlichen, entfernt gelegenen Anstalten zuzuweisen.

So haben sich viele Städte und Gemeinden die leichteren Aufgaben innerhalb der Psychiatrie ausgesucht. Es begann eine klägliche Entwicklung, die zudem dadurch gekennzeichnet wurde, daß eine staatliche Planung nicht mehr möglich war, weil man nie wußte, welcher der psychiatrischen Aufgaben sich die verschiedenen lokalen Behörden annehmen wollten.

Ganz chaotisch ist die Situation geworden, als im Jahre 1968 die dänische Regierung beschlossen hat, daß *alle staatlichen Krankenhäuser von den lokalen Behörden übernommen werden sollen.* Das war an sich vielleicht eine gute Idee. Zum großen Unheil wurde sie aber dadurch, daß nach dem Beschluß keine weiteren Aktionen folgten. Eine Kommission hat die Richtlinien für eine solche Übernahme angegeben; die Regierung hat aber diese Richtlinien nicht akzeptiert, und bis vor kurzem wußte niemand, wann der Übergang stattfinden werde. In einer solchen Situation ist es verständlich, daß alles zum Stillstand kommt. Der Staat unternimmt nichts, weil man damit rechnet, daß die lokalen Behörden doch in wenigen Jahren die Verantwortung übernehmen werden, und die letzteren, weil sie ja noch keine Verantwortung zu tragen haben.

Als deutlich wurde, daß alle öffentlichen Initiativen erstarrt waren, und das gerade zu einem Zeitpunkt, da eine tiefgreifende Neuplanung indiziert schien, hat sich die *dänische psychiatrische Gesellschaft* dazu entschlossen, die Planungsaufgaben zu übernehmen. Eine *Planungskommission* wurde gegründet. Sie hat sehr schnell gearbeitet, und schon im Jahre 1970 wurde ein sehr umfangreicher *Bericht* erstellt.

Bemerkenswert war dabei, daß diesem Bericht von allen Psychiatern zugestimmt wurde. Die frühere Dichotomie zwischen den Anhängern der totalen psychiatrischen Einheit und den Befürwortern der Aufteilung der Psychiatrie in akute und chronische Einheiten ist allmählich verschwunden. Niemand bestreitet jetzt ernstlich mehr, daß die Psychiatrie an den allgemeinen Krankenhäusern konzentriert werden muß, und daß diese psychiatrischen Einheiten entsprechend groß sein sollen, um alle Arten von psychisch Kranken behandeln zu können.

Der Bericht enthält 14 Sonderberichte von verschiedenen Ausschüssen, die die folgenden Themen bearbeitet haben: Statistik, Regionalplanung, Kinderpsychiatrie, Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Oligophrenie, forensische Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Forschung, Fachausbildung, Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen, private psychiatrische Praxis, Wehrpsychiatrie.

Der Ausschuß für *Regionalplanung* hat ein Modell für die Organisation der psychiatrischen Fürsorge geschaffen. Damit der Plan möglichst elastisch sein sollte, hat man damit angefangen, die *kleinste psychiatrische Einheit* zu beschreiben, die noch einigermaßen ökonomisch funktionieren kann. Eine solche Einheit soll schätzungsweise eine Bevölkerung von etwa 30 000 Einwohnern versorgen können. Sie muß 60 Betten haben, außerdem 15 Plätze für Tagespatienten, und schließlich auch Zugang zu 20 Plätzen in psychiatrischen Pflegeheimen, die in der Nähe des Krankenhauses gelegen sein sollen, und die in erster Linie für geriatrische Fälle vorgesehen sind. Dieser Planung liegen genaue epidemiologische Vorstudien zu Grunde. Es handelt sich also nicht um Schreibtischpläne, sondern um Ergebnisse langjähriger Empirie.

Für eine solche psychiatrische Einheit ist vorgesehen, daß dort zwei festangestellte Fachärzte arbeiten sollen, zwei jüngere Fachärzte und zwei bis vier Ärzte in psychiatrischer Ausbildung. Die Einheit soll die Bevölkerung in gemeindepsychiatrischer Weise versorgen. Wenigstens die Hälfte der Arbeitszeit der Ärzte, der Sozialarbeiter und der Psychologen und ein beträchtlicher Teil der Zeit des Pflegepersonals soll für die Arbeit außerhalb des Krankenhauses reserviert werden, und zwar in integrierter Zusammenarbeit mit den sozialen Behörden.

Die Angestellten einer solchen Abteilung müssen dann auch sämtliche ambulatorische Aufgaben des Bezirkes lösen können. Sie müssen sich den sozialen Institutionen zur Verfügung stellen und auch die Möglichkeit haben, Hausbesuche bei Kranken in Zusammenarbeit mit den praktischen Ärzten zu machen. Es wäre also hier von einer kompletten Gemeindepsychiatrie die Rede. Falls in dem Bereich ein praktischer Facharzt vorhanden ist, sollte mit diesem enge Zusammenarbeit stattfinden, beispielsweise so, daß der betreffende Arzt eine Teilzeit-Anstellung im Krankenhaus übernehmen könnte.

Es wird nun von allen zugegeben, daß eine solche Einheit, die auch das psychiatrische „Atom" genannt worden ist, nur ausnahmsweise isoliert funktionieren soll. Am besten ist es, wenn *vier bis sechs* solcher *Einheiten zusammenarbeiten* können und auch baulich vereint sind. Prinzipiell sollen sie aber auch dann gemeindepsychiatrisch arbeiten in dem Sinne, daß jede Einheit ihren eigenen Bevölkerungsteil versorgt. Vorgesehen ist auch die Möglichkeit einer Spezialisierung. So können zum Beispiel jugendpsychiatrische Abteilungen oder geriatrische Abteilungen eingerichtet werden.

Die Veröffentlichung dieses Planes hat einen bemerkenswerten Erfolg gehabt. Die Gesundheitsabteilung („Sundhedsstyrelsen") des Innenministeriums hat dem Plan zugestimmt. Später haben dann in jedem einzelnen Bezirk die Psychiater den Generalplan für die besonderen Bedürfnisse des betreffenden Bezirkes angepaßt, und schon jetzt sind diese *Lokalpläne* dann in mehreren Fällen von den lokalen Behörden übernommen und mit den übrigen Krankenhausplänen integriert worden.

Für die Kooperation mit dem somatischen Krankenhauswesen und den sozialen Instituten ist es wichtig, daß das psychiatrische Krankenhaus dieselbe Bevölkerungsgruppe bedient, wie die übrigen genannten Institutionen. Ein dänischer administrativer Bezirk (ein „Amt") hat gewöhnlich 200 000 bis 500 000 Einwohner. Als *Beispiel* kann die *Planung im Aaarhus Amt* erwähnt werden. Der Bezirk hat 550 000 Einwohner. In Risskov, einer Vorstadt der Bezirkshauptstadt Aarhus, gibt es ein psychiatrisches Krankenhaus mit etwa 800 Betten, sowie Kooperation mit drei psychiatrischen Pflegeheimen mit insgesamt 400 Betten, außerdem eine kinderpsychiatrische Abteilung mit 60 Betten. Ambulanzen gibt es im Krankenhaus sowie in 4 größeren Städten des Bezirkes. In den Allgemeinkrankenhäusern in den Städten Randers und Silkeborg gibt es psychiatrische Abteilungen von 20—30 Betten. Der Plan geht nun darauf hinaus, daß diese beiden Abteilungen auf je etwa 200 Betten vergrößert werden sollen. Dadurch wird es möglich, das Risskov-Krankenhaus zu modernisieren und die Bettenzahl dort zu reduzieren, was eine gleichmäßigere Verteilung der psychiatrischen Kräfte im Bezirk ermöglicht. Ein Vorteil des Planes ist, daß in den drei erwähnten Städten soziale Zentren vorgesehen sind.

Es wird als erstrebenswert angesehen, daß auch die Universitätskliniken, wenn möglich, gemeindepsychiatrisch arbeiten sollen, d. h., daß sie einen bestimmten Bevölkerungsabschnitt versorgen und deshalb entsprechende Größe haben sollen. Dieses Ziel wurde schon in Aarhus und in Glostrup erreicht und wird in nächster Zukunft auch in Odense verwirklicht.

Im folgenden werden einige der von der Sachverständigen-Kommission erwähnten Themen kurz kommentiert.

1

Die *Verantwortung* für Behandlung und Pflege der psychisch Kranken ist zur Zeit getrennt. Laut „Gesetz für öffentliche Fürsorge" aus dem Jahre 1933 (die sogenannte „Sozialreform") hat der Staat zwar grundsätzlich diese Verantwortung; praktisch werden aber Teile dieser Verantwortung von Städten und Bezirken („Ämter") verwaltet, in den letzten 15 Jahren in zunehmendem Maße. Bis zum Jahre 1955 besaßen nur die Hauptstadtsgemeinden Kopenhagen und Frederiksberg eigene psychiatrische Einrichtungen in Form von psychiatrischen Kliniken in allgemeinen Krankenhäusern und außerdem gehört das größte psychiatrische Krankenhaus Dänemarks, Sct. Hans Hospital in Roskilde, der Stadt Kopenhagen. Seit dem Jahre 1955 sind viele kleine psychiatrische Kliniken in Allgemeinkrankenhäusern in verschiedenen Gegenden Dänemarks entstanden. Die finanzielle Verantwortung hat aber immer noch der Staat in dem Sinne, daß nicht nur die staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser vom Staate finanziert werden, sondern auch dadurch, daß kommunale psychiatrische Einrichtungen teilweise oder ganz vom Staat ökonomisch betreut werden. Das Prinzip ist dabei, daß in den Fällen, wo solche kommunale Einrichtungen an Orten geschaffen wurden, wo es mit dem Generalplan des staatlichen psychiatrischen Krankenhauswesens vereinbar war, sämtliche Kosten des Betriebes vom Staat getragen werden. An anderen Orten, wo solche Institutionen errichtet wurden ohne Rücksicht auf den staalichen Plan, bezahlt der Staat nur denselben Prozentsatz, den er auch für somatische Abteilungen in kommunalen Krankenhäusern bezahlt.

Eine Planung für ganz Dänemark war nicht mehr möglich, als sich herausstellte, daß mehrere Städte und Bezirke psychiatrische Abteilungen errichteten ohne Rücksicht auf den staatlichen Generalplan. Das ministerielle Gesundheitsamt (Sundhedsstyrelsen) kann zwar für die Planung der nichtstaatlichen Einrichtungen Ratschläge geben, ist aber nur eine beratende Institution, die wohl von großem, aber nicht entscheidendem Einfluß ist. Sie hat es deshalb nicht verhindern können, daß lokale Initiativen in Widerstreit mit den staatlichen Plänen geraten sind. Dabei ist außerdem noch zu beachten, daß zwischen dem Direktorat im Innenministerium, das die spezielle Verantwortung für die staatliche Psychiatrie hat, und „Sundhedsstyrelsen" keine volle Übereinstimmung bestanden hat mit Rücksicht auf die Planung der Psychiatrie; Sundhedsstyrelsen hat sich besonders für die Errichtung von kleinen psychiatrischen Kliniken in Allgemeinkrankenhäusern interessiert und war eine Zeitlang scheinbar der Ansicht, daß man sich damit begnügen könne. Diesbezügliche Pläne wurden deshalb von Sundhedsstyrelsen konsequent gefördert, auch wenn sie in Widerstreit mit dem Generalplan waren.

Diese Entwicklung war selbstverständlich ziemlich unerfreulich, erstens, weil eine zusammenfassende Planung nicht mehr möglich war, zweitens, weil es auf die Politiker einen schlechten Eindruck machte, daß die Ansichten über die Entwicklung der Psychiatrie so sehr auseinander gingen. Man wußte nicht recht, welche Tendenzen man unterstützen sollte; das führte bestenfalls zu einer Verzögerung, in anderen Fällen aber zu einer vollkommenen Blockierung der Entwicklung. In einem kleinen Lande wie Dänemark, mit 5 Millionen Einwohnern, wäre es wahrscheinlich rationell, wenn die Planung des gesamten Gesundheitswesens eine Aufgabe des Staates wäre. Für das psychiatrische Krankenhauswesen hat es auch entcheidende Vorteile gehabt, eine zentralisierte Administration zu besitzen. Ein Nachteil war es andererseits, daß die Psychiatrie in dieser Weise von dem übrigen Krankenhauswesen getrennt wurde; da ferner die Allgemeinkrankenhäuser traditionell immer von lokalen Behörden administriert wurden, und da eine Zentralisierung dieser Krankenhäuser utopisch wäre, ist es verständlich, daß es als naheliegend angesehen wurde, auch das psychiatrische Krankenhauswesen zu dezentralisieren und mit dem allgemeinen Krankenhauswesen zu vereinen. Man mußte dann mit in Kauf nehmen, daß die Rationalisierungsmöglichkeiten einer zentralisierten Administration verloren gehen würden.

2

Seit dem 1. April 1973 ist prinzipiell jede *Krankenhausbehandlung frei.* Nur diejenigen Kranken, die über 60 Jahre alt sind, und die über ein Vermögen verfügen, bezahlen pro Tag eine kleine Summe, höchstens 15 Kronen pro Tag. Vor dem erwähnten Datum wurde von den Krankenkassen für jeden Krankentag bezahlt, aber nur eine ganz kleine Summe, die eigentlich nur von symbolischer Bedeutung war.

3

Die im folgenden angegebenen Ziffern betreffen Organisation und Struktur der psychiatrischen Institutionen und entstammen größtenteils einer *Zensusuntersuchung* aus dem Jahre *1972.*

Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden demnächst in einer Monographie in englischer Sprache veröffentlicht werden. Die Tabellen sind dieser Monographie entnommen. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über sämtliche psychiatrische Institutionen, mit den normierten Bettenzahlen. In Tabelle 2 sind sämtliche Kranke, die am Stichtag in psychiatrischen Institutionen aufgenommen waren, nach Diagnose aufgeführt. Die Institutionen sind in größeren homogenen Gruppen gesammelt.

3.1

In sämtlichen Institutionen befanden sich am Stichtag 12 928 Kranke. Davon waren 1 088 Tagespatienten.

Diese Ziffer ist in den letzten Jahrzehnten nur ganz langsam angestiegen, und zwar langsamer als der Zunahme der Bevölkerungsziffer entsprechend. Zugenommen hat die Bettenzahl in kinderpsychiatrischen Institutionen, sowie in psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Die Ziffer für Tageskranke ist ebenfalls in raschem Zuwachs begriffen. In den psychiatrischen Krankenhäusern wurden zwar viele neue Stationen und auch einige Krankenhäuser errichtet; die gesamte Bettenzahl ist aber eher etwas gefallen, weil gleichzeitig eine Modernisierung der alten Krankenhäuser stattgefunden hat, die eine Reduktion der Bettenzahl mit sich führte. Diese gesamte Entwicklung wird sich sicherlich in nächster Zukunft fortsetzen. Dabei ist zu bemerken, daß sich zukünftig die scharfe Trennung zwischen Kliniken in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Krankenhäusern aufheben wird: die ersteren werden vergrößert werden, die letzteren verkleinert und die Funktionen der beiden Kategorien werden sich mehr und mehr ähneln. Pro 1 000 Einwohner gibt es zur Zeit 2,5 psychiatrische Plätze.

3.2

Die meisten psychiatrischen Krankenhäuser haben Filialen in Form von *Pflegeheimen,* deren Betten in den oben angeführten Ziffern eingerechnet sind.

Tabelle 1

Prescribed number of beds in Danish psychiatric institutions per 27. September 1972

Hospital units	Hospital proper	Nursing homes	Family care	Total
State hospitals				
Augustenborg	460		20	480
Brønderslev	307			307
Glostrup	391	320		711
Middelfart	952	122	5	1 079
Nykøbing S	655	298		953
Torshavn	60			60
Vedsted	239		13	252
Viborg	501	304		805
Vordingborg	615	414	27	1 056
Aalborg	256	89		345
Århus	717	387	49	1 153
Total ...	5 153	1 934	114	7 201
Other hospitals				
Filadelfia	142	38	24	204
St. Hans Hospital ..	1 610	685	44	2 339
Geronto-psychiatric hospitals				
Brøndbylund	374			374
Ringbo	382			382
Sundbygård	128			128
Øresundhospitalet .	104			104
Total ...	2 740	723	68	3 531

Insgesamt befinden sich etwa 18 % der hospitalisierten Kranken in Pflegeheimen.

3.3

In den erwähnten Ziffern waren die Institutionen für *Schwachsinnige* nicht eingerechnet. Die Schwachsinnigenfürsorge ist prinzipiell von der übrigen Psychiatrie getrennt. Schwachsinnige werden in psychiatrische Krankenhäuser nur aufgenommen, wenn sie außerdem andere psychische Abnormitäten zeigen. Im Hinblick auf die Psychogeriatrie ist zu erwähnen, daß nur die Stadt Kopenhagen dafür selbständige Institutionen besitzt.

Eine private Institution, Kolonie Filadelfia, hat sich besonders der *Epileptiker* angenommen. Ungefähr 700 Epilektiker werden hier behandelt.

Other psychiatric institutions

Psychiatric wards:	
Bispebjerg Hospital	104
Frederiksborg Hospital	114
Kommunehospitalet	85
Rigshospitalet	64
Esbjerg	25
Herning	23
Holbæk	19
Horsens	20
Næstved	32
Randers	25
Silkeborg	32
Slagelse	40
Svendborg	34
Vejle	43
Hjørring	32
Odense	40
Rønne	15
Thisted	22
Total ...	769
Psychiatric wards for adolescents:	
Bispebjerg Hospital	17
Montebello, Helsingør	40
Total ...	57
Departments for child psychiatry	
Glostrup	30
Viborg	16
Århus	72
Bispebjerg	36
Rigshospitalet	18
Total ...	172
Neurosis Sanatoria	
Dianalund	116
Jysk Nervesanatorium	100
Montebello, Gentofte	39
Montebello, Helsingør	136
Total ...	391
Institutions for alcoholics	
Overførstergården	29
Ringgården	25
Tåstrup	22
Ørsholt	32
Total ...	108

In dem staatlichen Krankenhaus in Nykøbing Sjælland gibt es eine besondere „Sicherungsanstalt" für besonders *gefährliche Kranke.* Solche Kranke können in diese Station nur nach Beschluß des Justizministeriums eingewiesen werden. Die Anstalt, die in dem Jahre 1915 gegründet wurde, hatte ursprünglich 50 Plätze. Die aktiven somatischen Behandlungsmethoden haben den Zustand vieler Kranker weitgehend gebessert, so daß der Bedarf jetzt auf etwa 20 Plätze abgesunken ist.

Für psychisch abnorme *Rechtsbrecher* gibt es verschiedene Unterbringungsmöglichkeiten. Die psychotischen werden in gewöhnliche psychiatrische Krankenhäuser aufgenommen. Die nichtpsychotischen und also überwiegend psychopathischen Rechtsbrecher werden in besonderen Institutionen aufgenommen (Herstedvester und Horsens), die früher Psychopathenanstalten genannt wurden; sie standen beide unter ärztlicher Leitung. Als Folge einer Strafrechtsreform, die unter anderem die Anwendung von Verwahrungsmaßnahmen radikal einschränkt, ist die Funktion dieser beiden Anstalten tiefgreifend geändert worden. Die Horsens-Anstalt steht jetzt nicht mehr unter ärztlicher Leitung.

Wie die Herstedvester Anstalt zukünftig funktionieren wird, ist zur Zeit noch unklar. Überhaupt finden innerhalb der gerichtlichen Psychiatrie zur Zeit große Umwandlungen statt. In den dreißiger Jahren hat eine humanitäre Welle ganz dominiert, wobei man es so weit wie möglich vorzog, Kriminalität als Krankheit anzusehen. Jetzt wird es eher als Unheil für den Kriminellen betrachtet, als psychisch abnorm beurteilt zu werden, und als ganz besonderes Unheil, Objekt einer nicht-zeitbegrenzten Maßnahme zu werden. Zum Beispiel war es früher gängig, daß jugendliche Rechtsbrecher in das Jugendgefängnis kamen, wo sich die Dauer des Aufenthaltes nach dem Zustand des Kriminellen richtete. Jetzt erhalten die Jugendlichen überwiegend eine gewöhnliche Strafe.

Für stationäre Behandlung von *Neurotikern* gibt es drei Sonderinstitutionen, die sogenannten Neurosensanatorien, von denen das älteste in Verbindung mit der Kolonie Filadelfia eingerichtet wurde; die beiden anderen befinden sich in Helsingør und in der Nähe von Vejle.

Tabelle 2

Resident patients in Danish Psychiatric Institutions on September 27, 1972, distributed according to institutions and diagnoses. Numbers and percentages.

Diagnoses	State Hospitals		Filadelfia		St. Hans Hospital		Geronto-psychiatric Hospitals	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schizophrenia	3 334	43,4	46	25,6	973	42,0	138	13,3
Manic-depressive Psychosis	756	9,9	31	17,2	185	8,0	23	2,2
Organic Disorders								
Presenile and Senile Psychoses	818	10,7	13	7,2	414	17,9	613	59,2
Cerebrovascular Disease	554	7,2	1	0,6	104	4,5	128	12,4
Neurosyphilis	60	0,8	1	0,6	30	1,3	11	1,1
Epilepsy	87	1,1	2	1,1	18	0,8	3	0,3
Other Organic Disorders	335	4,4	2	1,1	114	4,9	37	3,6
Reactive Conditions								
Psychogenic (Reactive) Psychoses	303	3,9	11	6,1	37	1,6	7	0,7
Neuroses	308	4,0	29	16,1	92	4,0	16	1,5
Psychopathy	405	5,3	25	13,9	127	5,5	17	1,6
Mental Deficiency	91	1,2	4	2,2	27	1,2	2	0,2
Alcoholism	209	2,7	3	1,7	108	4,7	16	1,5
Drug Addiction	59	0,8	—	—	11	0,5	—	—
Other Conditions								
Not Classifiable Psychoses	311	4,1	11	6,1	69	3,0	23	2,2
Other Diagnoses	44	0,6	1	0,6	8	0,3	2	0,2
Total...	7 674	100,1	180	100,1	2 317	100,2	1 036	100,0

4.1

Es gibt elf *psychiatrische Krankenhäuser*. Davon gehört eines der Stadt Kopenhagen, die übrigen sind staatlich. Die meisten haben etwa 800 Betten; das größte, Sct. Hans Hospital, hat etwa 2 000 Betten, die kleinsten haben etwa 250 Betten. Die staatlichen Krankenhäuser sind regionale Krankenhäuser (mit Ausnahme des Brønderslev Krankenhauses). Sie können prinzipiell alle Arten von psychisch Kranken aufnehmen, und grundsätzlich sollen sie auch in der Lage sein, alle Krankheitsarten behandeln zu können. Das im Jahre 1957 errichtete Krankenhaus in Brønderslev wurde für chronische Kranke geplant, die ganz überwiegend von anderen Krankenhäusern überwiesen werden. Die neuesten Krankenhäuser (Glostrup und Aalborg) wurden in der Nähe von allgemeinen Krankenhäusern gebaut und arbeiten mit diesen eng zusammen.

Alle geplanten psychiatrischen Krankenhäuser werden in der Nähe von Allgemeinkrankenhäusern gebaut werden, und zwar mit einer Bettenzahl von etwa 300. — Das Kopenhagener Sct. Hans Hospital wird laufend modernisiert, und die Bettenzahl dabei reduziert. Die meisten Aufnahmen geschehen durch Aufnahmekliniken in der Stadt; es besteht aber eine Tendenz, mehr und mehr direkte Aufnahmen zu bewerkstelligen.

4.2

Vor 1955 gab es nur in Kopenhagen *psychiatrische Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern*. Seit 1955 wurden 14 psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern errichtet, davon drei staatlich, mit Bettenzahlen von 20 bis 40. Mehrere von diesen Abteilungen sind als „Vorläufer" für kommende psychiatrische Krankenhäuser geplant.

Tabelle 2

Psychiatric Wards in Copenhagen		Psychiatric Wards outside Copenhagen		Neurosis Sanatoria		Department for Child Psychiatry		Institutions for Alcoholics		All Hospitals	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
46	*10,1*	26	*5,5*	8	*1,5*	1	*0,6*	1	*0,9*	4 573	*35,3*
62	*13,6*	101	*21,5*	66	*12,4*	1	*0,6*	2	*1,9*	1 227	*9,5*
98	*21,4*	13	*2,8*	4	*0,8*	—	—	—	—	1 973	*15,3*
19	*4,2*	5	*1,1*	2	*0,4*	—	—	—	—	813	*6,3*
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	102	*0,8*
1	*0,2*	—	—	—	—	—	—	1	*0,9*	112	*0,9*
26	*5,7*	19	*4,1*	9	*1,7*	2	*1,3*	—	—	544	*4,2*
31	*6,8*	68	*14,5*	47	*8,8*	—	—	2	*1,9*	506	*3,9*
25	*5,5*	95	*20,3*	242	*45,5*	30	*19,1*	3	*2,8*	840	*6,5*
48	*10,5*	72	*15,4*	134	*25,2*	28	*17,8*	49	*46,2*	905	*7,0*
4	*0,9*	7	*1,5*	—	—	8	*5,1*	—	—	143	*1,1*
36	*7,9*	21	*4,5*	5	*0,9*	—	—	48	*45,3*	446	*3,4*
6	*1,3*	13	*2,8*	4	*0,8*	—	—	—	—	93	*0,7*
29	*6,3*	15	*3,2*	2	*0,4*	47	*29,9*	—	—	507	*3,9*
26	*5,7*	14	*3,0*	9	*1,7*	40	*25,5*	—	—	144	*1,1*
457	*100,1*	469	*100,2*	532	*100,1*	157	*99,9*	106	*99,9*	12 928	*99,9*

4.3

Selbständige „Community Mental Health Centers" sind noch nicht errichtet worden und werden eigentlich nicht geplant. Grundsätzlich sollten die Funktionen, die andernorts von selbständigen Community Mental Health Centers übernommen wurden, mit den Funktionen der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen integriert werden.

4.4

Ein selbständiges Tag- und Nachtkrankenhaus existiert in einer Kopenhagener Vorstadt (Gentofte). Dieses Krankenhaus ist Filiale eines Neurosensanatoriums Montebello bei Helsingør. Das ausgezeichnet eingerichtete Krankenhaus hat sich sehr gut bewährt. Im großen und ganzen geht die Tendenz aber eher dahin, daß die Tages- und Nachtfunktionen im Rahmen eines psychiatrischen Krankenhauses stattfinden sollen. Die meisten psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen haben jetzt Tagespatienten. Einige haben selbständige Stationen für diesen Zweck, die meisten behandeln aber Tagespatienten in den gewöhnlichen Stationen und in den Werkstätten. Die Administration ist auf diesem Gebiete überhaupt sehr flexibel, was besonders für die Rehabilitation psychisch Kranker von größter Bedeutung ist. Viele verschiedene Kombinationen sind möglich. Die in dem Krankenhaus aufgenommenen Patienten können entweder in den Werkstätten des Krankenhauses oder irgendwo außerhalb arbeiten. Es ist ihnen erlaubt, dabei Geld zu verdienen. Entlassene Kranke können als Tagespatienten in den Werkstätten des Krankenhauses arbeiten und auch dabei Geld verdienen.

Familienpflege von psychisch Kranken wurde bis vor wenigen Jahrzehnten in großem Maße praktiziert. Ihren Höhepunkt erreichte diese Versorgungsform in den dreißiger und vierziger Jahren; damals waren ungefähr 1 500 Kranke in Familienpflege, und zwar in der Art, daß sie von den psychiatrischen Krankenhäusern in besonders dafür ausgesuchten Familien untergebracht wurden, aber fortwährend als Patienten des Krankenhauses betrachtet und von dem Personal des Krankenhauses behandelt wurden. Als in den fünfziger Jahren die aktiven somatischen Behandlungsmethoden in den Vordergrund traten, nahm der Umfang der Familienpflege rasch ab. Viele dieser chronischen Kranken waren einer psychopharmakologischen Behandlung zugänglich, eine Behandlung, die damals nicht leicht in privaten Häusern durchgeführt werden konnte. Außerdem wurden von denjenigen chronischen Kranken, die noch im Krankenhaus waren, viele so weitgehend durch die neuen Methoden gebessert, daß sie entlassen werden konnten und keiner Familienpflege bedurften. Zur Abnahme der Familienpflege hat der zunehmende Wohlstand der Bevölkerung beigetragen; niemand hat jetzt ein ökonomisches Interesse daran, Kranke in Familienpflege aufzunehmen.

4.5 und 4.6

Ambulanzen haben die meisten psychiatrischen Krankenhäuser seit den dreißiger Jahren gehabt, und zwar nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch an verschiedenen anderen Orten im Aufnahmegebiet. In diesen Kliniken werden sowohl entlassene Kranke wie auch Kranke, die nur ambulatorischer Behandlung bedürfen, behandelt. Diese Ambulanzen sind in den psychiatrischen Krankenhäusern im allgemeinen sehr aktiv, während sich die psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern in dieser Beziehung mehr zurückhalten. Der Ärztebund ist traditionell solchen Ambulanzen gegenüber negativ eingestellt, weil man fürchtet, sie könnten zuviel in die Arbeit der privaten Ärzte eingreifen. Dabei ist zu bemerken, daß sich die Allgemeinpraktiker im großen und ganzen den psychiatrischen Patienten gegenüber unsicher fühlen und es sehr begrüßen, wenn es Möglichkeiten gibt, sie von Spezialisten behandeln zu lassen. Es gibt in Dänemark sehr wenig private psychiatrische Fachärzte, und eine wirkliche Konkurrenz zwischen privater und öffentlicher Psychiatrie kann deshalb nicht entstehen. Neuerdings hat sich auch der Ärztebund der Anschauung angeschlossen, daß ein effektiver psychiatrischer Dienst nur durch Zusammenarbeit von Allgemeinpraktikern, psychiatrischen Institutionen und privaten Fachärzten möglich ist.

Man kann kaum sagen, daß es präventive Programme gibt. Überhaupt ist wohl die *Prävention* innerhalb der Psychiatrie sehr schwach vertreten, es sei denn, daß man an Prävention von Rezidiven denkt. Eine solche Prävention ist eines der wichtigsten Ziele der Gemeindepsychiatrie, besonders wichtig für die entlassenen Schizophrenen, deren medikamentöse Behandlung notwendig ist, aber schwer durchführbar, wenn man nicht ständigen Kontakt mit dem Kranken hat. Viele praktische Ärzte fühlen sich inkompetent, eine solche Überwachung durchzuführen, und sind deshalb froh, daß sich die Krankenhäuser dieser Aufgabe angenommen haben.

Im großen und ganzen haben sich unabhängig vom Krankenhauswesen in den letzten Jahrzehnten an mehreren Orten sogenannte mentalhygienische Beratungsstellen entwickelt.

4.7

Einige *Beratungsstellen,* besonders solche für Kinder, stehen unter psychologischer Leitung, die meisten verfügen aber auch über Mitwirkung von Psychiatern.

Es gibt in Dänemark drei größere *Laienorganisationen,* die sich für die psychisch Behinderten interessieren: eine sehr tatkräftige Organisation nimmt sich der Sache der Schwachsinnigen an. Ein Verein für Mentalhygiene, der ursprünglich von Psychiatern gegründet wurde, ist allmählich mehr von Psychologen, Sozialarbeitern und Pädagogen dominiert; dieser Verein hat sich besonders für ambulante Arbeit interessiert, außerdem für Forschungsprobleme. Aus dem Gefühl heraus, daß dieser Verein sich nicht genügend für die Schwerkranken interessiert hat, hat eine Gruppe von Angehörigen psychisch Kranker einen anderen Verein gegründet, „Landsforeningen Sindslidendes Vel", der in engem Kontakt mit den psychiatrischen Krankenhäusern arbeitet.

5 Integration der verschiedenen Funktionen

5.1 und 5.2

Wie bereits erwähnt, ist die Psychiatrie nur in den Allgemeinkrankenhäusern mit den somatischen Abteilungen integriert worden. Die staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser haben bis vor kurzem mehr isoliert funktioniert. Eine volle Integration ist in erster Linie beabsichtigt durch die geplante Aufnahme aller psychiatrischen Krankenhäuser in das gewöhnliche Krankenhaussystem der „Ämter". Es hat sich aber gezeigt, daß es möglich ist, auch ohne administrative Fusion eine Integration zu bewirken. Die staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser in Glostrup und Aalborg, die als Nachbarn von Allgemeinkrankenhäusern gebaut wurden, praktizieren mit diesen sehr gut integrierte Zusammenarbeit. Dasselbe gilt für die kleinen staatlichen Abteilungen in Rønne, Thisted, Hjørring und Odense, die als Teile der lokalen Bezirkskrankenhäuser funktionieren.

Schwieriger war es von jeher, eine rationelle Zusammenarbeit der Gesundheitsinstitutionen mit den sozialen Institutionen zu bewirken. Die Neuplanung der Gesetzgebung auf diesem Gebiete hat als eines der Hauptziele eine Integration der sozialen Funktionen mit denen des Gesundheitswesens. Das wird für die Psychiatrie besonders wichtig sein. Erst jetzt wird eine effektive Sozialpsychiatrie möglich werden. Gemeinde- und Familienpsychiatrie kann erst wirksam werden, wenn persönliche Zusammenarbeit zwischen Allgemeinpraktikern, Sozialinstitutionen und Krankenhäusern realisiert wird. Es ist vorgesehen, daß in den Sozialzentren Ärzte von den psych-

iatrischen Krankenhäusern einen Teil ihrer Arbeit verrichten sollen. Umgekehrt sollen die Sozialarbeiter der Sozialzentren auch in den Krankenhäusern arbeiten. Dadurch können „Teams" entstehen, die sich zum Beispiel bestimmter Familien annehmen. In dieser Weise wird verhindert, daß — wie bisher — dieselbe Familie von vielen verschiedenen Spezialisten behandelt wird, die unter sich überhaupt keine Kooperation haben.

5.3

Wie bereits erwähnt, wird es von der Planungskommission der dänischen psychiatrischen Gesellschaft als richtig angesehen, daß die *Bevölkerungseinheit,* mit der sich ein sozialpsychiatrisches Krankenhausteam befaßt, von der Größenordnung 30 000 Einwohner sein soll.

6

Es gibt in Dänemark ein psychiatrisches *Register* in dem Instiut für psychiatrische Demographie, das im psychiatrischen Krankenhaus in Risskov errichtet wurde. Dieses Register umfaßt alle Aufnahmen und Entlassungen der dänischen psychiatrischen Institutionen (mit Ausnahme der Schwachsinnigenanstalten). Alle Aufnahmen werden sofort dem Register gemeldet. Es wird dann im Archiv nachgesehen, ob der betreffende Kranke früher psychiatrisch behandelt wurde, und wenn das der Fall ist, werden Epikrisen von früheren Aufnahmen der Institution zugestellt, in der der Kranke jetzt aufgenommen ist. Von dem Institut für psychiatrische Demographie werden alle Statistiken, die als Unterlagen der *Jahresberichte* der Institutionen dienen, vorgenommen. Das Register enthält persönliche Daten sowie Epikrisen und funktioniert somit als Diagnosenkartei für sämtliche psychiatrische Institutionen.

Das Register wird weitgehend nicht nur für *Forschungszwecke,* sondern auch für die *Planung* des psychiatrischen Krankenhauswesens genutzt. Gerade in den letzten Jahren, wo die Dezentralisierung der Psychiatrie geplant wird, war es von größtem Wert, daß von dem Institut genau gesagt werden konnte, wieviel psychiatrische Kranke in den verschiedenen Gegenden vorhanden waren, wieviel Krankenhausplätze notwendig waren usw.

7

Psychiatrische *Forschung* wird in Dänemark sowohl in den Universitätskliniken, wie auch in den psychiatrischen Krankenhäusern und den psychiatrischen Kliniken der Allgemeinkrankenhäuser betrieben. In dem Kopenhagener Universitätskrankenhaus Rigshospitalet gibt es eine psychiatrische Klinik und eine kinderpsychiatrische Klinik sowie Professuren für allgemeine Psychiatrie, für biologische Psychiatrie und für Kinderpsychiatrie. Als Teil eines großen Universitätskrankenhauses, in dem alle medizinischen Disziplinen vertreten sind, und das die theoretischen medizinischen Institute in seiner Nähe hat, verfügt diese psychiatrische Einheit über ausgezeichnete Forschungsbedingungen. An der im Jahre 1928 gegründeten Universität Aarhus ist die Psychiatrie seit 1943 vertreten; das staatliche psychiatrische Krankenhaus in Risskov (Vorstadt von Aarhus) dient als Universitätsklinik. Es gibt dort eine Professur für allgemeine Psychiatrie und eine für biologische Psychiatrie. In dem Krankenhaus sind während der letzten Jahrzehnte ausgezeichnete Forschungsbedingungen geschaffen worden. In dem im Jahre 1956 veröffentlichen Bericht der innenministeriellen Planungskommission für die Organisation der staatlichen Psychiatrie wurde vorgeschlagen, daß in dem Risskov-Krankenhaus ein Forschungsinstitut gegründet werden sollte. Der Bau eines solchen Institutes wurde im Jahre 1967 abgeschlossen. Dieses Institut enthält unter anderem Abteilungen für Neuropathologie, für biologiche Psychiatrie, für psychiatrische Demographie und für Chromosomenforschung. Dieses Forschungsinstitut arbeitet mit den übrigen psychiatrischen Krankenhäusern eng zusammen und bedient die anderen Krankenhäuser in verschiedener Weise.

In dem erwähnten innerministeriellen Bericht wurde außerdem ausdrücklich hervorgehoben, daß klinische Forschung ein integrierender Bestandteil aller Arbeit am Krankenbett sei. Es müssen deshalb in allen psychiatrischen Krankenhäusern Möglichkeiten für Forschung geschaffen werden. In den meisten dänischen Krankenhäusern ist es seit langem Tradition, daß die Direktionen damit einverstanden sind, in gewissem Ausmaße sowohl Arbeit wie Geld für Forschungszwecke zu nutzen. Das war in ganz besonderem Maße immer in dem Kopenhagener psychiatrischen Krankenhaus Sct. Hans Hospital in Roskilde der Fall. Hier hat man ganz ausgezeichnete Laboratorien eingerichtet.

Gute Möglichkeiten für psychiatrische Forschung werden überall dort entstehen, wo größere psychiatrische Einheiten als Teile oder als Nachbarn von Allgemeinkrankenhäusern errichtet werden. Das hat sich schon deutlich im Krankenhaus Glostrup herausgestellt, wo seit der Gründung im Jahre 1960 sehr rege Forschung stattgefunden hat. Auch in der kleinen psychiatrischen Universitätsklinik in Odense, die als Vorläufer eines psychiatrischen Krankenhauses dient, ist die Forschungsaktivität schon lebhaft.

In den Universitätskliniken ist die Forschung eine selbständige Aufgabe, die von den Universitäten finanziert werden kann. Obwohl in den gewöhnlichen Krankenhäusern auch beträchtliche Summen für Forschung verwendet werden, wird ein größerer ökonomischer Aufwand doch im allgemeinen nur möglich, wenn Zuschüsse von anderer Seite geschaffen werden können, in erster Linie von dem staatlichen „Forskningsråd".

Die Universitäten verfügen über eine gewisse Anzahl von freien Forschungsstellen und Stipendien. Es ist prinzipiell möglich, als Inhaber eines solchen Stipendiums in anderen Kliniken und Instituten außerhalb der Universitäten zu arbeiten. Davon wurde bis vor kurzem ausgiebig Gebrauch gemacht. In den letzten Jahren haben sich die ökonomischen

Verhältnisse der Universitäten so sehr verschlechtert, daß es beinahe unmöglich geworden ist, solche Stipendien für Zwecke außerhalb der Universitäten zu erhalten.

Wie bereits mehrfach erwähnt, ist vorgesehen, daß in wenigen Jahren die staatlichen Krankenhäuser von den lokalen Behörden übernommen werden sollen. Die Kommission, die sich mit diesen Fragen beschäftigt, hat einen Sonderbericht herausgegeben über die zukünftigen Bedingungen von Forschung und Unterricht innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser. Dieses Problem war besonders für das Forschungsinstitut in Aarhus aktuell. Wenn dieses Krankenhaus von den lokalen Behörden übernommen wird, kann nicht erwartet werden, daß diese Behörden auch den Betrieb des Forschungsinstitutes bezahlen werden. Sie sind zwar darauf eingestellt, gewöhnliche klinische Forschung in gewissem Ausmaße zu finanzieren, so wie sie es in ihren übrigen Krankenhäusern schon traditionell tun. Man kann aber nicht erwarten, daß sie auch die Grundlagenforschung, wie sie in dem Institute betrieben wird, bezahlen werden. Der Bericht empfiehlt deshalb, daß der Staat auch in Zukunft die ökonomischen Mittel für den Betrieb dieses Institutes beschaffen soll.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Entwicklung der psychiatrischen Forschung von den Politikern im Laufe der fünfziger und sechziger Jahre in tatkräftiger Weise gefördert wurde.

In den letzten Jahren ist alles in Stillstand geraten. Das Hauptinteresse der Politiker ist scheinbar, alle öffentlichen Kosten zu reduzieren und die Anzahl von öffentlich Angestellten möglichst zu vermindern. In einer solchen Situation leiden selbstverständlich besonders diejenigen Disziplinen, die wie die Forschung, von vielen Politikern als nicht dringlich notwendig angesehen werden. Diese Stagnation ist um so mehr fühlbar, weil zuvor alles in wirklich positiver Entwicklung begriffen war. Es war immer möglich, sowohl Arbeitskräfte wie materielle Zuwendungen für seriöse Forschungszwecke zu erhalten.

Ganz beschämend wirkt die Situation, weil zur selben Zeit der allgemeine Wohlstand der Bevölkerung größer ist als jemals zuvor.

Nach dieser überwiegend deskriptiven Schilderung der Situation der Psychiatrie in Dänemark möchte ich *abschließend* einige persönliche, wertende Bemerkungen hinzufügen. Ich möchte gern hervorheben, was meines Erachtens in der dänischen Psychiatrie gut und vielleicht nachahmenswert ist, und andererseits, was rückständig ist, beziehungsweise sich nicht bewährt hat. Was sind zur Zeit unsere größten Probleme, und wie können sie gelöst werden?

Wer in der täglichen psychiatrischen Arbeit engagiert ist, neigt aus verständlichen Gründen dazu, sich mehr für die Mängel als für die Vorteile des Statuts zu interessieren. Sehr vieles ist nicht gut genug, das fühlt man jeden Tag. Was andererseits bei uns gut ist, fällt eigentlich nur auf, wenn man ins Ausland geht und Vergleiche macht. Diejenigen, die in der dänischen Psychiatrie arbeiten, sind bestimmt nicht mit den Zuständen zufrieden. Wenn sie aber ins Ausland gehen, sehen sie bald ein, daß dort in den meisten Punkten doch die Schwierigkeiten größer sind.

Zuerst das Positive: Es ist sicher von entscheidender Bedeutung, daß in Dänemark traditionell die Pflege der Oligophrenen vollkommen von der übrigen Psychiatrie getrennt wurde. Das ist für beide Zweige von sehr großem Wert.

Weiterhin muß die relative Egalität der Behandlungsmöglichkeiten hervorgehoben werden. Der Standard der Institutionen und der Arbeit ist überall anständig, nirgendwo luxuriös. Es gibt überhaupt keine ökonomischen Hindernisse für die Behandlung des Einzelnen. Jedes Mitglied der Bevölkerung kann die zur Zeit bestmögliche Behandlung bekommen.

Wichtig ist auch, daß die Administration in den letzten Jahrzehnten sehr elastisch geworden ist. Formalitäten spielen keine große Rolle als Hindernisse für effektive Behandlung. Die große Mehrzahl der Aufnahmen in psychiatrische Kliniken und Krankenhäuser wird ganz ohne Formalitäten durchgeführt. Über 90 % der Aufnahmen sind freiwillig.

Die Flexibilität in der Administration zeigt sich auch darin, daß es möglich ist, den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gleitend zu gestalten. Dadurch wird die Rehabilitierung ganz wesentlich erleichtert.

Das in Fachkreisen schon lange existierende Interesse für Zusammenarbeit der sozialen und der psychiatrischen Institutionen hat jetzt auch Verständnis gefunden bei den Politikern. Änderungen in den diesbezüglichen Gesetzen, die in den letzten Jahren stattgefunden haben, verbessern die Möglichkeiten für solche Kontakte wesentlich.

Innerhalb der Universitäten hat es in den letzten Jahrzehnten volles Verständnis gegeben für die Notwendigkeit einer Expansion des psychiatrischen Unterrichtes und der Forschung. In diesem Zusammenhang ist es ein großer Vorzug, daß die Universitätskliniken nicht isoliert arbeiten, so wie es in vielen Ländern der Fall ist. Das regionale staatliche psychiatrische Krankenhaus in Glostrup hat jetzt die Funktion einer Universitätsklinik, und das psychiatrische Krankenhaus in Risskov ist zugleich Universitätsklinik. An der Universität Odense werden sich die Verhältnisse in gleicher Weise gestalten.

Für die Sektorisierung der Psychiatrie gibt es jetzt in allen Kreisen volles Verständnis. Der Gemeindepsychiatrie gegenüber sind alle Beteiligten sehr positiv eingestellt.

Unter den negativen Zügen wären die folgenden hervorzuheben:

Beinahe überall gibt es in den psychiatrischen Institutionen Platzmangel. Die Überfüllung der Stationen vermindert die Qualität der Arbeit. Bis vor wenigen Jahren konnten diese Mängel dadurch kompensiert werden, daß es erlaubt war, den Personalbedarf proportional der Anzahl der Patien-

ten vergrößern zu lassen. Seit 1968 ist das nicht mehr möglich, und der Mangel an Personal ist jetzt sehr spürbar. Die Arbeitswoche des Pflegepersonals ist im Laufe von einigen Jahren von 45 Stunden auf 40 Stunden reduziert worden. Ursprünglich wurde versprochen, daß diese Kürzung durch eine Vergrößerung der Anzahl des Pflegepersonals kompensiert werden sollte. Auch das ist jetzt unmöglich, was also bedeutet, daß für die Behandlung der Kranken viel weniger Personalstunden zur Verfügung stehen als früher. Dazu kommt noch, daß es immer schwieriger wird, die Stellen mit qualifiziertem Personal zu besetzen. Von den Krankenschwestern und Pflegerinnen wollen viele nur 12 oder 15 Stunden pro Woche arbeiten. Das Steuersystem bewirkt, daß es sich für das Personal nicht lohnt, einen vollen Tag zu arbeiten. Da die Stellen also nicht mit qualifiziertem Personal besetzt werden können, muß man viele Unausgebildete anstellen. Dadurch fällt eine schwere Last auf diejenigen Krankenschwestern und Pfleger, die den ganzen Tag arbeiten, und auf die jetzt die Verantwortung für das Kontaktbedürfnis der Kranken ganz überwiegend konzentriert wird.

Die Unmöglichkeit, mehr Personal zu beschaffen, bewirkt selbstverständlich auch, daß neue Initiativen wenig Aussicht haben, realisiert zu werden. Ein bedrückendes Gefühl der Stagnation verbreitet sich mehr und mehr. Diese Stagnation ist ja innerhalb der Psychiatrie besonders deutlich, weil wir uns in einem Interregnum befinden, wo weder der Staat noch die lokalen Behörden geneigt sind, etwas für die Psychiatrie zu unternehmen.

Sehr bedauerlich ist, daß die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie ins Stocken geraten ist. Das dafür notwendige Personal kann einfach nicht beschafft werden.

Die Arbeit in den Krankenhäusern wird dadurch sehr erschwert, daß es nicht genügend Pflegeheime gibt, besonders nicht für die geriatrischen Fälle. Das bewirkt, daß eine zunehmende Anzahl der Krankenhausbetten von diesen Kranken belegt werden, und daß immer weniger Plätze für aktive Behandlung frei bleiben.

Von schädlichem Einfluß ist es zweifellos, daß das öffentliche Interesse für Psychiatrie sich in den letzten Jahren beinahe ausschließlich auf die Süchtigen konzentriert hat. Für diese Gruppe ist ziemlich viel Geld und Personal reserviert worden, was an sich begrüßenswert ist, aber zur Kehrseite hat, daß Expansionen innerhalb anderer Sektoren der Psychiatrie noch schwieriger durchführbar werden.

Von negativem Einfluß ist selbstverständlich auch die lebhafte antipsychiatrische Diskussion in der Öffentlichkeit. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß auch unter den Politikern dadurch ein gewisses Mißtrauen der Psychiatrie gegenüber entstanden ist, jedenfalls in dem Sinne, daß bei Sparmaßnahmen die Bereiche zuerst betroffen sind, bei denen man nicht sicher ist, ob sich dort Investitionen lohnen.

Trotz dieser verschiedenen negativen Faktoren muß daran festgehalten werden, daß die psychiatrische Krankenbehandlung in Dänemark immer noch von anständiger Qualität ist. Wie lange das so bleiben wird, ist die große Frage.

Die Fürsorge für geistig Behinderte in Dänemark

von

N. E. Bank-Mikkelsen, Direktor,
Dänische Sozialverwaltung, Kopenhagen, Dänemark

Seit dem 2. Weltkrieg hat sich die Fürsorge für geistig Behinderte in Dänemark in einer Entwicklungsphase befunden, die sich auf humane Gesichtspunkte gründete. Neue Kenntnisse über die Natur der geistigen Behinderung hatten bessere Behandlungsmethoden und neue Zielsetzungen für den geistig behinderten Mitbürger zur Folge. Die Entwicklung ist bei weitem nicht abgeschlossen, und in den kommenden Jahren sind bedeutende Änderungen auf dem sozial-gesundheitlichen Gebiet zu erwarten.

Um die Problematik der Behindertenfürsorge zu verstehen, muß ein kurzer historischer Rückblick getan werden, damit das heutige System und die Pläne für die Zukunft verständlich werden.

Die Übersicht soll nur bestimmte Zeitabschnitte beschreiben, die für die Ausübung der Fürsorge ausschlaggebende Bedeutung hatten. Einzelheiten wie Übergangsperioden und Minoritätsgruppen mit anderen Zielen und Methoden werden daher ausgelassen.

Die Entwicklung des hiesigen Verwaltungssystems ist bezeichnend für dänische Praxis. Die Pionierarbeit wurde von privaten Personen und Gruppen geleistet, die Staatszuschüsse beantragten, welche im Zuge der Erweiterung der Arbeit später erhöht wurden.

Seit der dänischen Sozialreform vom Jahre 1933 trägt der Staat die volle Verantwortung für die Fürsorge für geistig Behinderte. Es gibt zwar noch einige private Einrichtungen, die auch zuschußberechtigt sind, doch nur in sehr geringem Umfang.

Das jetzige System ist in seiner Form sehr einfach — es besteht weder Bezirks-, Kommunal- und fast keine Privatverpflichtung. Alle Leistungen sind zudem kostenlos für den einzelnen Bürger.

Die erste dänische Einrichtung für geistig Behinderte wurde im Jahre 1855 errichtet auf Initiative einer privaten Gruppe, deren Sprecher — ein Arzt — der Auffassung war, daß geistige Behinderung geheilt werden könne. Die Einrichtung wurde „Heilanstalt" genannt, und da die Behinderten in vielen Fällen auch körperbehindert waren, bestand die Behandlung hauptsächlich aus gymnastischen Übungen, was auch die geistige Behinderung beseitigen sollte. Dieser Auffassung war man nur zehn Jahre lang, da sich die Behandlung als erfolglos erwies.

Man nannte die Anstalt jetzt „Idiotenanstalt", und es sollte fast ein Jahrhundert vergehen, bevor man wieder mit Optimismus an die Arbeit mit geistig Behinderten ging.

Da keine „Heilung" der geistigen Behinderung eintrat, setzte man sich andere Ziele. Man vermutete, daß geistige Behinderung ein permanenter Zustand und daher nicht zu beeinflussen sei. Die geistig Behinderten wurden in Anstalten untergebracht, weit entfernt von normalen Menschen, wo man sie pflegte und „aufbewahrte". Aus finanziellen Gründen wurden die Anstalten ständig größer gebaut und Enklaven geistig Behinderter, in denen Leichtbehinderte an der anfallenden Arbeit teilnahmen. Die Fürsorge wurde eine lebenslängliche Veranstaltung. Zeigte es sich, daß ein Behinderter außerhalb der Anstalt zu leben vermochte, wurde er oft als fehlangebracht und -diagnostiziert angesehen. Außerdem gab es damals die Familienfürsorge, in deren Rahmen die Behinderten für die Familie arbeiten mußten, während der Staat Zuschüsse bezahlte. Protektionismus nannte man die Philosophie damaliger Zeiten. Die Behinderten waren „arme, schwache Menschen", die vor der verständnislosen Gesellschaft, in der sie sich nie würden behaupten können, beschützt werden sollten. Außerdem wünschte man, die Gesellschaft vor den Behinderten zu beschützen, da man der Ansicht war, daß geistig Behinderte gefährlich, verbrecherisch, asozial, vagabundierend seien und deshalb eingesperrt werden müßten. Diese Theorie wurde bis zu diesem Jahrhundert an den hiesigen Universitäten doziert.

Die Gruppendiskriminierung geistig Behinderter beruhte auf schönen, humanen Gesichtspunkten, hatte für die Behinderten jedoch verhängnisvolle Folgen. Teils betrachtete man sie als eine gleichartige Gruppe, teils glaubte man, sie in gesetzlicher Hinsicht als Gruppe diskriminieren zu können.

Es wurde gesetzlich festgelegt, welche Rechte ein geistig Behinderter nicht haben sollte, und man tolerierte, daß ihre Wohnverhältnisse schlechter als die der übrigen Bevölkerung waren. Sie lebten unter kümmerlichen Verhältnissen in riesigen, weit abgelegenen Anstalten, schliefen in riesigen Sälen und hatten fast keine Bequemlichkeiten. Ein kleiner Stab von Pflegern paßte auf sie auf und pflegte sie, und oft wurden sie von den Eltern und Angehörigen versteckt und vergessen.

Ganz katastrophal wurde ihre Lage, als man Anfang dieses Jahrhunderts mit Intelligenzmessungen begann — auf Basis von Binet-Simon —, welche man später weiterentwickelte und den lokalen Verhältnissen anpaßte. Hier hatte man nun ein Mittel, das das Schicksal der Menschen mittels zweiziffriger Zahlen bestimmen konnte. Man war immer noch von

der Unveränderlichkeit des Zustandes überzeugt. Klinische Untersuchungen älterer Zeiten, die eine vernünftige Beurteilung ermöglichten, wurden durch Tests ersetzt, deren Resultate für Diagnosen von ausschlaggebender Bedeutung waren.

Ein IQ von 75 wurde als oberste Grenze genannt, ob geistige Behinderung vorlag oder nicht.

Die Gruppe der geistig Behinderten wurde immer größer. Es gab keine neuen Mittel zur Bekämpfung oder Behandlung. In den Jahren um 1920 bis 1930 begann man, die geistige Behinderung von Erblichkeitsgesichtspunkten aus zu betrachten. Man war der Ansicht, daß 80 % aller Behinderungen eugenischen Ursprungs seien. Auf Grund dieser Theorie wurde ein Gesetz erlassen, das geistig Behinderten schwereren Grades (und Geisteskranken) die Eheschließung untersagte. Das Gesetz trat 1922 in Kraft.

1929 wurde das erste dänische Gesetz über Sterilisation erlassen und 1934 wurde es erweitert, indem eine sehr liberale Sterilisationsbestimmung in Verbindung mit restriktiven Bestimmungen über Zwangsunterbringung und Zwangszurückhaltung von fast allen geistig Behinderten in Kraft trat.

Es war das Ziel dieser Regeln, alle geistig Behinderten auf Grundlage der Meldepflicht seitens Ärzten, Schulen usw. zu erfassen, sie vorzugsweise in Anstalten anzubringen und sie vor einer Entlassung sterilisieren zu lassen.

Trotz zahlreicher Sterilisationen und trotz Unterbringung in Anstalten konnte kein Rückgang der Behinderungen verzeichnet werden.

Die „eugenische" Periode, die im Dritten Reich so verhängnisvolle Folgen haben sollte, endete gegen 1950, als eine neue Epoche der dänischen Fürsorge begann.

In Dänemark leben verhältnismäßig mehr Behinderte in intramuralen Anstalten als in anderen Ländern.

In damaliger Zeit wurden die Anstalten von Ärzten geleitet, deren Arbeit mehr oder weniger verwaltungsmäßiger Art war. (In Schweden waren es die Pädagogen).

Erst zum Schluß dieser Epoche, 1930 und 1940, zeigten Psychiater fachliches Interesse. Die alten Anstaltsärzte versuchten, die Psychiatrie ihrem Gebiet fernzuhalten; sie gewann dann aber doch Einlaß, freilich ohne andere Beiträge als differenzierte Untersuchungsprozeduren und Diagnostizierung, Behandlung psychiatrischer Folgezustände und anderer psychiatrischer Syndrome zu leisten. Schließlich bekam die Psychiatrie, insbesondere in hygienischer Hinsicht, einen bedeutenden Einfluß. Nähere Zusammenarbeit mit dem Krankenhauswesen und den Anstalten für Geisteskranke gab es nicht, denn die Fürsorge für geistig Behinderte gehört unter die Regie des Sozialministeriums, während Krankenhauswesen und Anstalten für Geisteskranke unter die Regie des Innenministeriums gehören. Aus diesen Gründen hat man in der Behindertenfürsorge heute noch mehr ganztägig angestellte Ärzte als andere Länder, welche heute aber meistens Psychiater sind.

Nach dem 2. Weltkrieg begann eine neue Philosophie über die Behandlung geistig Behinderter, welche in Skandinavien zu der Entwicklung des „Normalisierungsprinzips" führte.

In vielen Ländern hatte die Herausforderung zu Neubewertung und Neubeurteilung enorme Bedeutung. Viele Länder haben ihre Fürsorgearbeit grundlegend geändert, andere haben einen Aufbau der Fürsorge angefangen.

Folgende Momente haben für den Ausbau der Behindertenfürsorge seit etwa 1950 große Bedeutung gehabt.

Der Begriff geistiger Behinderung wurde einer Neubewertung unterzogen. Man kannte spezifische Ursachen — z. B. Mongolismus —, betrachtete geistige Behinderung jedoch in behandlungsmäßiger Hinsicht als „einheitlichen Zustand". Bei Diagnostizierung war der Intelligenzquotient auschlaggebend, obwohl es sich bei klinischen Untersuchungen oft erwies, daß die soziale Funktion der Behinderten nicht immer im Verhältnis zum Quotienten stand.

Seit 1940 wurden verschiedene Ursachen geistiger Behinderung entdeckt und somit völlig neue Behandlungsformen erschlossen. Die Anzahl von 80 % erblich bedingter Behinderungen verminderte sich gleichlaufend mit der Erschließung exogener und endogener Ursachen. Die Vielfältigkeit der Aetiologie führte dazu, daß die geistig Behinderten nicht mehr als gleichartige Gruppe angesehen wurden.

Pädagogisch-psychologisches Interesse führte zu neuen Unterrichts- und Behandlungsformen und hatte zur Folge, daß alle Behinderten als unterrichts- und behandlungsempfänglich angesehen wurden. Die Theorie, daß geistige Behinderung ein lebenslänglicher Zustand sei, wurde aufgegeben. Man sah ein, daß alle Menschen die gleichen Entwicklungsmöglichkeiten haben, und zwar von einem Grundstadium bis zum Höchstmaße ihrer Fähigkeiten. Unterrichtsformen werden jetzt, im Gegensatz zu früheren Zeiten, *für* die Behinderten ausgeformt. Die meisten Behinderten werden im Schulalter erfaßt, so daß es den Forderungen an intellektuelles Denken zuzuschreiben ist, daß es die Gruppe der geistig Behinderten gibt. Über die manuellen Fähigkeiten der geistig Behinderten war man sich schon lange im klaren, und diese wurden jetzt zielbewußt beeinflußt.

Moderne Industrie hat viele Gebiete einfacher Arbeitstechniken, die die geistig Behinderten bewältigen können. Während die Behinderten vor dem Krieg als unnütze Wesen angesehen wurden, können sie heute produktiv an der Arbeit teilnehmen.

In medizinischer, pädagogischer und sozialer Hinsicht gab es neue Voraussetzungen. Diese hatten wiederum neue Haltungen zur Folge, in erster Linie bei den Eltern und Angehörigen, was wohl der bedeutendste Einschlag der Nachkriegszeit ist.

Gleichlaufend mit dem Bekanntwerden spezifischer Ursachen geistiger Behinderung — Geburtsschäden, Krankheiten vor, während und nach der Geburt —

wurde die Theorie hinsichtlich erblicher Anlagen aufgegeben.

Gleichzeitig verschwand das Scham- und Schuldgefühl der Eltern. Es wurde offen über die Behinderten gesprochen und geschrieben — Eltern organisierten sich und formulierten ihre Forderungen im Namen ihrer Kinder, z. B. das Recht auf Unterrichtung der behinderten Kinder, wie es allen zusteht. Der Begriff „Recht" wurde zum erstenmal in dänischer Gesetzgebung benutzt, als 1959 das Unterrichts- und Schulungsgesetz eingeführt wurde.

Unwissenheit, Scham- und Schuldgefühle waren die Gründe früherer Zeiten, die Kinder in Anstalten zu verstecken. Jetzt verlangten die Eltern, ihre Kinder bei sich zu behalten, wenn die Verhältnisse dafür sprachen und der Zustand des Kindes es ermöglichte.

Erfahrungen aus der Zeit vor dem 2. Weltkrieg und der Nachkriegszeit haben zu einer Neubewertung der Behandlung von Minoritäten geführt, sei es im Hinblick auf Rasse, Religion oder Handikap. Kategorisierungen führen oft zu negativer Diskriminierung, was mit demokratischen Gleichheitsgrundsätzen schlecht harmoniert. Geistige Behinderung wurde jetzt als normaler Bestandteil der Intelellektverteilung angesehen, obwohl man sich darüber im klaren war, daß diese Personen oft an anderen Defekten leiden können.

Juristisch-administrative Kreise formulierten folgende Gesichtspunkte: Geistig Behinderte, ungeachtet der Art und des Grades der Behinderung, sind Menschen wie jeder andere, sie sind Bürger mit den gleichen Rechten, wie sie anderen Bürgern zur Verfügung stehen. Wie andere auch haben sie ein Recht auf Spezialbehandlung, wenn es solcher bedarf, was bei geistig Behinderten sehr oft der Fall ist.

Die Zielsetzung hinsichtlich der gesamten Fürsorge wurde 1959 im neuen dänischen Gesetz über geistig Behinderte wie folgt festgelegt: „... den geistig Behinderten ein weitgehend normales Dasein zu ermöglichen". Heute würden wir lediglich sagen „Den geistig Behinderten ein normales Dasein zu ermöglichen". Dieser Grundsatz wurde später das *Normalisierungsprinzip* genannt.

Man kann fast sagen, daß das Normalisierungsprinzip ein Antidogma ist, welches frühere Dogmen über die Behandlung geistig Behinderter ausschaltet. Geistig Behinderte sind wie alle anderen Bürger des Landes zu behandeln. Offensichtlich war dieser Gesichtspunkt zu einfach, um unmittelbar verstanden zu werden. Er hat zu vielerlei Theorien mit Deduktionen geführt, um die Lebensverhältnisse der Behinderten jenen der übrigen Bevölkerung anzupassen. Gewisse, einfache Beschreibungen des Normalisierungsprinzips sind immer noch notwendig, um es im Gegensatz zum Protektionismus verständlich zu machen, welcher leider noch immer in vielen Ländern der Welt praktiziert wird. Daher gebe ich im folgenden eine Exegese des Normalisierungsprinzips.

Einleitend möchte ich sagen, daß eine Normalisierung nicht bezweckt, Behinderte in „normale" Menschen zu verwandeln. Hier ist also nicht von Normalität oder Uniformität die Rede. Der Begriff „normal" ist in dieser Beziehung schwer abgrenzbar — und in heutiger Zeit ist es nicht mehr so erstrebenswert, zu den „Normalen" zu gehören. Dies sei erwähnt, weil es sich oft gezeigt hat, daß der Begriff „Normalisierung" zu sprachlichen Verwicklungen führen kann. Gegner des Prinzips weisen darauf hin, daß geistig Behinderte nicht normal seien. Das mag stimmen, es ist aber eine Frage der Definition.

Normalisierung bezweckt, normale, gewöhnliche, typische, allgemeine Lebensverhältnisse zu schaffen, bedeutet also Gleichstellung mit anderen Bürgern des Landes.

Bei Planung der Fürsorge muß man folgende Aspekte in Betracht ziehen:

Das normale Leben hat mindestens drei Aspekte, die alle ein wesentlicher Teil des Daseins sind, und zwar: *Wohnen, arbeiten* und *Gestaltung* der *Freizeit*. Diese Aspekte sind verschiedenen Inhalts für Kinder und Erwachsene. In einigen Kulturen kann auch die Gruppe der Alten hinzugefügt werden.

Kinder wohnen meistens bei ihren Eltern. Auch geistig behinderte Kinder sollten zu Hause wohnen, wenn es keinen Grund gibt, sie in einer Anstalt unterzubringen. Kinder „arbeiten", indem sie zur Schule gehen. Geistig behinderte Kinder sollten daher auch zur Schule gehen. Geistig behinderten Kindern sollten — wie allen anderen — auch Freizeitaktivitäten zur Verfügung gestellt werden.

Erwachsene verlassen in der Regel ihr Elternhaus. Das sollte auch bei geistig Behinderten der Fall sein. Die meisten gehen einer Arbeit nach — was auch für den geistig behinderten Erwachsenen gelten sollte. Geistig behinderte Erwachsene sollten die gleichen Freizeitmöglichkeiten haben wie andere Bürger.

In protektionistischen Zeiten würden solche Forderungen niemals erfüllt worden sein.

Eine Folge dieser Beispiele wäre dann, daß Kinder bei ihren Eltern wohnen, die hierfür finanzielle und andere Unterstützung bekommen. Geistig behinderte Kinder haben ebenfalls ein Recht auf Unterrichtung und Schulung wie andere Kinder, was auch für die Freizeitaktivitäten gilt.

Die verschiedenen Aktivitäten sollten nie im selben Gebäude stattfinden.

Wenn ein Kind aus zwingenden Gründen in einer Institution leben muß, sollte hier dasselbe Prinzip zur Anwendung kommen.

Im Hinblick auf Art und Qualität der Wohnungen sollte der allgemeine Standard des jeweiligen Landes gelten.

Wenn ein Kind bei den Eltern wohnt, gibt es hier keine Probleme. Wenn man jedoch ein Heim oder eine Institution einrichtet, sollte das Schlafzimmer nie größer sein als in einem privaten Heim. Erwachsenen sollten Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden.

Der Kuriosität halber möchte ich erwähnen, daß Auslandsreisen — ein Teil der Freizeitgestaltung — der Behinderten in der Bevölkerung Erstaunen, ja

Anstoß erregten. Die Klienten fahren gruppenweise oder mit ihrer Familie nach Deutschland, Italien, Spanien, um dort ihren Urlaub zu verbringen, wie andere Bürger des Landes.

Inzwischen ist es uns gelungen, der Bevölkerung und unseren Mitarbeitern eine positive Haltung zu Fragen der Wohnungs-, Arbeits- und Freizeitprobleme der Behinderten beizubringen, was jedoch nicht bei Fragen einer Normalisierung des Verhältnisses zwischen den beiden Geschlechtern der Fall war. Das Sexualproblem ist fast immer von starken Vorurteilen umgeben und besonders, wenn es sich um Behinderte, oder gar um geistig Behinderte, handelt.

Das Gesetz über Eheschließung geistig Behinderter und Geisteskranker gilt immer noch. Das Eheverbot gründet sich zweifellos auf erbhygienische Gesichtspunkte, meiner Ansicht nach jedoch auch auf einen Widerstand gegen ein Geschlechtsleben geistig Behinderter.

Normalisierung bedeutet auch das Recht auf Geschlechtsleben — ein basales Recht, das natürlich auch den geistig Behinderten zustehen muß. Es bedeutet ebenfalls, daß Schulen und Einrichtungen diesbezüglichen Unterricht geben, und daß die Wohneinheiten ein Geschlechtsleben ermöglichen.

Das schwierigste Problem ist das Recht, Kinder zu bekommen. Dieses Recht sollte allen Menschen — auch geistig behinderten — zustehen. Es gibt jedoch viele Gründe dafür, keine Kinder in die Welt zu setzen, ob man nun geistig behindert ist oder nicht. Es ist die Aufgabe der Gesellschaft, in diesen Fragen Beratung zu erteilen.

Bei geistig Behinderten gibt es in höherem Grad Bedenken als bei der übrigen Bevölkerung, doch sollten diese nur in Fällen nachweisbarer erblicher Behinderung gelten. Auch aus sozialen und finanziellen Gründen kann ein Klient in Erwägung ziehen, ob er eine Versorgung des Kindes durchführen kann. Solche Probleme sollten geprüft und besprochen werden. Nur sollte geistige Behinderung an sich kein Grund sein, keine Kinder zur Welt zu bringen. Auch in dieser Hinsicht sollen geistig Behinderte wie andere Bürger behandelt werden. Antikonzeption, abortus provocatus und Sterilisation sollten auch den geistig Behinderten zugängig sein.

Das Endergebnis der genannten Gesichtspunkte ist das Normalisierungsprinzip, welches die Gleichstellung geistig Behinderter mit anderen Bürgern anstrebt. Wahrscheinlich würde man auch zum Ziel kommen, wenn man den Begriff der geistigen Behinderung näher analysieren würde.

International besteht keine Einigkeit über die Bestimmung des Begriffs, und auch in Dänemark ist man sich diesbezüglich nicht einig geworden.

Trotz einer WHO-Klassifizierung, welche für statistische Zwecke geeignet ist, hat jede Fachgruppe ihre eigene Auffassung von geistiger Behinderung. Diese Uneinigkeit erschwert uns genaue Angaben über erfaßte Fälle geistig Behinderter. Die Zahlen sind sehr unterschiedlich von Land zu Land. In den Vereinigten Staaten rechnet man mit 3 % der Bevölkerung, in Skandinavien mit etwa ½ % der Bevölkerung.

Da geistige Behinderung durch Therapie und Unterrichtung beeinflußbar und daher dynamischer Art ist, sagt die genannte Prozentzahl nichts über die Anzahl jener, die von Geburt an ihr Leben lang behindert sind. Sie beschreibt lediglich die erfaßten Behinderten, die auf Grund ihrer Behinderung der Hilfe seitens der Fürsorge bedürfen. Die Behinderung kann verschiedene Ursachen, und zwar gesellschaftliche oder unterrichtsmäßige Gründe haben, so daß ein Kind später als geistig behindert eingestuft wird. Auch können dem Schwachbegabten so schlechte Arbeitsverhältnisse angeboten werden, daß er später als behindert angesehen wird.

Die zuverlässigste Begriffsbestimmung ist die medizinische, welche ein identifiziertes Syndrom voraussetzt. Ob ein „Gesamtbegriff" über geistige Behinderung notwendig oder erstrebenswert ist, ist eine andere Frage.

Hier möchte ich nicht gegen den Begriff an sich argumentieren. Oberflächliche Betrachtungen mögen zu der Aussicht verleiten, daß geistige Behinderung ein überholter Begriff ist, der in früheren Zeiten Krankheiten und Defektzustände beschrieb, die differentiell nicht diagnostiziert werden konnten.

Da der Begriff eindeutig nicht bestimmbar ist, kann angenommen werden, daß es einen Gesamtbegriff über geistige Behinderung nicht gibt.

Bei der gesetzlichen Bestimmung des Begriffs anläßlich des 1959-Gesetzes benutzte man folgenden Wortlaut:

„Eine scharfe Abgrenzung jener, die als geistig behindert anzusehen sind, ist nicht möglich. Es kann sich unter Umständen auch um Personen handeln, deren Zustand auf Basis medizinischen Gutachtens einer geistigen Behinderung ganz gleichzustellen ist, wenn die betreffende Person auf Grund bedeutender Intelligenzdefekte außer Stande ist, sich selbständig zu behaupten, oder wenn eine zufriedenstellende Fürsorge und Behandlung der Person nur im Rahmen der Behindertenfürsorge wahrgenommen werden kann."

Diese „Zirkelbestimmung" besagt, daß man als geistig Behinderter angesehen wird, wenn man wie ein solcher handelt und daher der besonderen Fürsorgemaßnahmen der Behindertenfürsorge bedarf.

Das Normalisierungsprinzip hat das gleiche Ziel, denn der Mensch handelt verschieden und Personen, welche besonderer Hilfe bedürfen, soll diese Hilfe gegeben werden.

Man könnte auch sagen, daß ein Kind, ob normal oder behindert, als solches ein Angebot über Unterrichtung in Kinderschulen haben soll. Die Begriffsbestimmung an sich sagt nichts, verlangt jedoch von Staat und Verwaltung, daß hilfebedürftigen Personen Behandlung, Unterrichtung usw. anzubieten sind.

Wenn es den Begriff geistige Behinderung nicht gäbe, dann bedürfte es auch keiner speziellen Behindertenfürsorge. Vielmehr benötigte man gene-

relle Angebote, von denen alle Bürger des Landes Gebrauch machen können.

Das Normalisierungsprinzip und letztgenannte Betrachtungen haben praktische, legale und verwaltungsmäßige Folgen. Zunächst möchte ich über *Normalisierung-Integrierung-Segregierung* sprechen. In Fachkreisen wird in Verbindung mit dem Normalisierungsprinzip über Probleme der Integrierung-Segregierung gesprochen, was oft zu Begriffsverwechslungen führt.

Wie ich schon erwähnte, ist die Normalisierung das Ziel der Bestrebungen, den Behinderten möglichst normale Lebensbedingungen zu verschaffen.

Bei diesem Prozeß sind Integrierung und Segregierung ausschließlich Arbeitsmethoden, um eine Normalisierung zu erzielen. In der protektionistischen Periode war Segregierung eine geeignete Arbeitsmethode bei der Unterbringung der behinderten Person. In gleicher Weise muß man oft bei Normalisierungsbestrebungen die Integrationsmethoden verwenden. Integration ist jedoch nicht das Ziel, sondern ausschließlich ein Mittel zur Erreichung des Ziels. Bei Integrationsfragen muß man sich stets den Zweck der Integration vor Augen halten.

Aus dem untenstehenden Abschnitt kann ersehen werden, daß man zwischen Integrierung der administrativen Systeme und einer Integrierung der Behinderten unterscheiden muß. Letztere soll wiederum in Verbindung mit den Wohn-, Arbeits- und Freizeitverhältnissen beurteilt werden und man soll sich fragen, ob man den einzelnen Klienten, oder Gruppen von Klienten zu integrieren wünscht.

Einige legale und administrative Folgeerscheinungen des Normalisierungsprinzips.

Wenn das Gleichberechtigungsprinzip als wichtigster Teil des Normalisierungsprinzips anerkannt wird, darf es weder gesetzliche noch verwaltungsmäßige Sonderregeln für die Gruppe der geistig Behinderten geben. Es wäre verkehrt, da keine Gruppe so viele gemeinsame Charakter-Eigenschaften hat, daß sie gemeinsamen Regeln unterworfen werden kann.

In gesetzlicher Hinsicht bedarf es also keiner Sonderregeln für geistig Behinderte.

In Dänemark hat man Sonderregeln für geistig Behinderte, wie das Volljährigkeitsgesetz, das Ehegesetz und das Strafgesetz. All diese Gesetze könnten die gesamte Bevölkerung umfassen. Hiermit sei nicht gesagt, daß es keiner speziellen Maßnahmen für geistig Behinderte bedarf. Diese sollten jedoch ein integrierter Teil der allgemeinen Maßnahmen eines Landes sein.

Es ist allgemein bekannt, daß sich drei Verwaltungsgebiete der geistig Behinderten annehmen sollten, und zwar:

Das Gesundheitswesen, das Schulwesen und das Sozialwesen.

Bei jeder Planung muß daher auf allen drei Gebieten darauf geachtet werden, daß geistig Behinderte dazugehören.

a) *Das Gesundheits- und Krankenhauswesen* sollte allen Bürgern, ungeachtet ihrer Behinderung, Hilfsmaßnahmen anbieten. Es hat sich erwiesen, daß der Bedarf an Sozialeinrichtungen für geistig Behinderte sehr gering ist, daß aber ausreichende Diagnostizierungs- und Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen sollten, derer sich auch die geistig Behinderten bedienen können. Es sollte auch Pflegeheime für Spezialgruppen geistig Behinderter geben; ob diese vom Gesundheits- oder vom Sozialwesen verwaltet werden, ist gleichgültig.

   Hier verweise ich auf den Abschnitt über Prävention, wonach das Gesundheitswesen auf dem Gebiet der Prävention eine bedeutungsvolle Aufgabe hat. Prophylaktische Aktivitäten sind auch genereller Natur und beziehen sich nicht nur auf die Behinderten.

b) *Schulwesen.* Fast überall wird der geistig Behinderte als ununterrichtbar angesehen, was zu speziellen Regeln über Ausschließung der Behinderten von den Unterrichtsmaßnahmen führte. Für die geistig Behinderten war diese Entwicklung verhängnisvoll, denn gerade sie benötigen Unterrichtung mehr als jeder andere.

   Die Erfahrungen der letzten Jahre haben bewiesen, daß geistig Behinderte aller Grade durch Unterrichtung beeinflußt werden können. Traditionelle Fächer wie Lesen, Schreiben, Rechnen sind nicht so wichtig wie die Einübung der notwendigen Prozesse des täglichen Lebens (Anziehen, Reinlichkeit usw.). Es sollte daher der Schule obliegen, *allen* Bürgern einen solchen Unterricht anzubieten.

c) *Sozialwesen.* Auch hier ist es offenbar, daß soziale Hilfsmaßnahmen allen Bürgern, die solcher bedürfen, zur Verfügung zu stellen sind. Die notwendige Expertise zur Bedienung aller Behindertengruppen, ungeachtet der verschiedenen Arten, muß daher vorhanden sein.

Im Hinblick auf a), b) und c) sollten daher alle geistig Behinderten von denselben Verwaltungsorganen wie die übrige Bevölkerung bedient werden.

Die hierzu notwendige Expertise kann auch aus Spezialeinrichtungen bestehen, je nach den Maßnahmen, die den einzelnen Gruppen angeboten werden sollen.

Unsere Erfahrungen auf dem Gebiet des Normalisierungsprozesses (oder unsere Bestrebungen um eine Normalisierung) können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

Eine *Normalisierung der Verwaltung* wurde noch nicht durchgeführt. Die Fürsorge für geistig Behinderte ist immer noch ein staatliches Anliegen, auch in bezug auf Schulen für behinderte Kinder, die nicht in den Bereich der Volksschulen gehören.

Eine Denkschrift der sogenannten Sozial-Reform-Kommission (die von 1964 bis 1970 tätig war) bildete Grundlage für politische Grundsatzbeschlüsse hinsichtlich der verwaltungsmäßigen Eingliederung der Fürsorge in das allgemeine Gesundheits-, Sozial- und Schulwesen. Dieser Prozeß soll bis Ende

der siebziger Jahre beendet sein, und die Integration soll im Prinzip auf der Ebene der Bezirksplanung vorgenommen werden.

Auf zentraler Planungsebene wurde vorläufig eine Integration der bisher selbständigen staatlichen Verwaltungsgebiete, und zwar der Fürsorge für geistig Behinderte, der Kinder- und Jugendfürsorge und der Rehabilitierung und Spezialfürsorge vorgenommen.

Eine *Normalisierung* der Lebensverhältnisse der *Behinderten* muß von den vorgenannten drei Aspekten aus betrachtet werden, und zwar dem Wohnbereich, Arbeits- und Freizeitbereich.

1 Wohnungsangebot

Im Wohnbereich haben die alten, großen Zentralanstalten den Charakter gewechselt. Man reduzierte die Zahl der Bewohner, der innenarchitektonische Standard wurde gehoben und viele der Anstalten wurden durch Neubauten verbessert.

Die heutigen Zentralinstitutionen sind in höherem Grad als früher Behandlungsinstitutionen. Verwaltungsmäßige Veränderungen gingen dahin, daß Wohneinheit und Arbeitsplatz/Schule geographisch voneinander getrennt wurden, damit man auch hier einen normalen Tagesablauf einführen konnte. Aus finanziellen und praktischen Gründen war es natürlich nicht möglich, alle alten Anstalten abzubrechen, doch auf längere Sicht sehen die Pläne weitere Reduktionen sowohl der Anzahl als auch der Größen vor. Die neueren Zentralinstitutionen bieten ausgeprägte Behandlungsaktivitäten an. Ein Klient kann sich dort nur für die Dauer der Behandlung aufhalten. Da die meisten Klienten mehrfachbehindert sind, enthalten die Einrichtungen alle Behandlungsmöglichkeiten. Daher wäre der Gedanke, in der Zukunft auch andere Formen von Behinderungen aufzunehmen, nicht unrealistisch, was nach einer dezentralisierten Eingliederung der Fürsorge leicht durchgeführt werden kann. In Zentralinstitutionen und Wohnheimen geht der Trend dahin, daß beide Geschlechter im gleichen Gebäude wohnen, wodurch ein normaleres Milieu geschaffen wird. Eine ähnliche Verbesserung des Standards fand auch in den kleineren Lokaleinrichtungen statt.

Eine besondere Errungenschaft auf dem Wohngebiet sind die sogenannten Pensionen, d. h. kleinere Kollektive mit 15 bis 25 Bewohnern, die alle in den normalen Wohngebieten der Städte liegen. Seit 1959 stieg ihre Anzahl von 1 auf 30. Die Bewohner arbeiten außerhalb der Pension — entweder auf dem freien Arbeitsmarkt oder in beschützten Werkstätten.

Anfangs lebten nur leichter behinderte Klienten in diesen Pensionen, doch es hat sich erwiesen, daß diese Gruppen weiter integriert werden, und unsere Schwerbehinderten von den Pensionen Nutzen ziehen können.

Pensionen sind für Gruppenintegrierung sehr gut geeignet.

Seit einigen Jahren wohnen unsere Klienten einzeln oder als Ehepaare in gemieteten Wohnungen oder Zimmern, nachdem das Wohnungsangebot heute größer geworden ist. Zu diesem Zweck können sie zur Bezahlung der recht hohen Mieten von den Behörden Mietzuschüsse bekommen. Seitdem es modern geworden ist, seine privaten Ausgaben von Banken und Sparkassen verwalten zu lassen, benutzen auch die Behinderten diese Form. Die Entwicklung auf diesem Gebiet geht schneller, als eine im Jahr 1973 vorgenommene Analyse voraussagte. Man kann hier wirklich von individueller Integration im Wohnbereich sprechen.

Anfang der sechziger Jahre gab es in der Bevölkerung einzelne Proteste gegen die Errichtung kollektiver Wohnheime für geistig Behinderte. Die letzten Proteste führten dazu, daß die Gruppe die öffentliche Meinung gegen sich hatte, und man darf annehmen, daß sie der Vergangenheit angehören. Die individuelle Integration geistig Behinderter gab dagegen keinerlei Anlaß zu Protesten. Aus verschiedenen Gründen sollte eine zu starke Konzentrierung dieser Unterbringungsform jedoch vermieden werden. Gemeinsame Freizeitaktivitäten sind eine Voraussetzung zum weiteren Ausbau dieser Wohnform.

Individuelle Unterbringungsformen früherer Jahre — Pflegeverhältnisse bei Eltern oder Pflegefamilien — werden fast nicht mehr benutzt, da die Abhängigkeit und die Gefahr einer Überbeschützung hierdurch zu groß wird.

Es ist üblich, daß erwachsene Kinder von zu Hause fortziehen. Daß dies bei geistig Behinderten schwer durchführbar war, beruht teils auf fehlendem Verständnis seitens der Eltern, teils kann die Fürsorge keine ausreichenden Wohnungen anbieten.

2 Unterrichtsgebot

Das dänische Fürsorgesystem hat getrennte Spezialschulen und Kindergärten. Eindeutige Beweise der Zweckmäßigkeit dieser Schulformen, um die beste Normalisierung zu erzielen, liegen nicht vor. Besonders in dieser Hinsicht wurde die Frage einer Integration/Segregation hier heftig diskutiert. Die Anhänger des Integrationsgedankens sind heute vermutlich in der Überzahl.

Debile können in steigendem Grade in das allgemeine Volksschulsystem — in Spezialklassen oder in Unterrichtszentren für Behinderte — eingegliedert werden. Bis vor kurzem hatte man in der Fürsorge für geistig Behinderte eine zweiteilige Schulform, d. h. Schulen für Debile und Trainingsschulen — letztere für schwerbehinderte Kinder. Heute will man sich auf eine Schulform beschränken, indem die Debilen sich in höherem Grad als früher außerhalb der Fürsorgeschulung behaupten können. Ungeachtet der Integrationsdebatten hat man feststellen können, daß die größte Eingliederung auf dem Gebiet des Spezialunterrichts in Volksschulen stattfindet. Da es sich hier um Eingliederung in Spezialklassen oder Sonderschulen handelt, sind unsere Erfahrungen hinsichtlich der Integration als Mittel zur Normalisierung noch recht begrenzt.

Trainingsschüler in dänischen Kommunalschulen einzeln oder gruppenweise integrieren zu wollen, wäre vorläufig undenkbar. In den letzten Jahren ist es uns auch gelungen, viele unserer leicht behinderten Kinder in den allgemeinen Kindergärten unterzubringen. Dies war u. a. nur möglich, weil die Normalkindergärten heute keine nennenswerten Platzprobleme haben.

Eine möglichst frühzeitige Eingliederung von Kindern in Kindergärten erleichtert eine spätere Normalisierung. Man kann aber auch riskieren, daß geistig behinderte Kinder spezieller Förderung und Therapie bedürfen. Daher sind Sonderkindergärten sicher auch weiterhin anzubieten, und diese können dann nichtbehinderte Kinder aufnehmen, um die Isolation zu brechen und nichtbehinderten Kindern den Umgang mit behinderten Kindern beizubringen.

Arbeitsplätze und beschützte Werkstätten

Wie schon erwähnt, können 50 % der debilen Kinder nach Schulabschluß auf dem freien Arbeitsmarkt angestellt werden. Wenn sie Sozialhilfe und Unterstützung benötigen, werden diese von den allgemeinen Sozialverwaltungen der Gesellschaft zur Verfügung gestellt. Viele Behinderte müssen jedoch immer unter der Fürsorge für geistig Behinderte bleiben, und diese wohnen oft in Pensionen. Einige dieser Klienten haben inzwischen auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Anstellung gefunden.

In Zeiten der Arbeitslosigkeit war es wegen der Gewerkschaften außerordentlich schwierig, für unsere Klienten Stellungen auf dem freien Markt zu finden, was sicher auch weiterhin konjunkturbestimmt ist. Doch ist nicht mehr damit zu rechnen, daß geistig Behinderte auf Grund ihrer Behinderung ausgeschlossen werden, da sie bewiesen haben, daß der Intelligenzquotient keinen wesentlichen Einfluß auf den Einsatz am Arbeitsplatz hat.

In Dänemark hat man eine große Anzahl *beschützender Werkstätten* errichtet, die in Verbindung mit unseren Pensionen für die neuesten Bestrebungen von ausschlaggebender Bedeutung sind. Seit 1959 ist die Zahl der beschützenden Werkstattplätze von 85 auf 2 700 gestiegen.

Die Werkstätten entwickelten sich von primitiven Arbeitsplätzen zu modernen Industriewerkstätten mit moderner Ausrüstung. Man kann sagen, daß die beschützenden Werkstätten — die Anregung kam aus Holland — einer der markantesten Züge in der neueren Geschichte der Fürsorge sind. Sie liegen vorzugsweise in Industriegebieten — sind also gebietsmäßig integriert worden.

Unsere Bestrebungen, Klienten mit verschiedenen Behinderungen in unseren beschützten Werkstätten zusammen unterzubringen, sind leider nicht von Erfolg gekrönt worden, da geistig Behinderte als eine niedrige soziale Gruppe betrachtet werden. Es scheint, als ob sowohl Ausrüstung und Qualität der Werkstätten den Respekt vor den Werkstattarbeitern gehoben hat, was man auch im Hinblick auf die Pensionen für Behinderte vermerken konnte.

3 Freizeitaktivitäten

Dieses Gebiet läßt in Dänemark viel zu wünschen übrig. Für intramurale Klienten gibt es organisierten Freizeitunterricht, Klubaktivität usw. Auch Gruppenreisen nach Deutschland, Spanien, Italien usw. werden regelmäßig unternommen. Ähnliche Aktivitäten werden Werkstattsklienten angeboten.

Für Schulkinder arrangiert man Ferienreisen und Lagerschulen — letztere sind eine Mischung aus Unterricht und Freizeitaktivitäten.

Für die Behinderten der größeren Institutionen sind die Integrierungsmöglichkeiten auf diesem Gebiet recht beschränkt, während Pensionsbewohner an den allgemeinen Aktivitäten der übrigen Bevölkerung teilnehmen. In diesem Fall kann man vermutlich von Gruppenintegrierung sprechen.

Der verhältnismäßig unbedeutende Einsatz auf diesem Gebiet kann auf Gleichgültigkeit von seiten der verantwortlichen Personen zurückgeführt werden. Es ist aber auch möglich, daß der einzelne Behinderte seine Freizeit ohne Einmischung selber zu regeln im Stande ist. Nähere Untersuchungen würden sicher große Einsamkeitsprobleme zu Tage bringen.

Prävention

Hier will ich teils die primäre Prävention, die die Geburt eines geistig behinderten Kindes verhüten soll, teils die sekundäre Prävention behandeln, welche bezweckt, die Entwicklung dieser Risikokinder früh und wirksam zu unterstützen, damit eine spätere Behinderung vermieden werden kann.

1 Die primäre Prävention

Bevor ich auf die primäre Prävention eingehe, möchte ich einige ethische Betrachtungen machen, die von Land zu Land, von Kultur zu Kultur verschiedener Art sind. Das Normalisierungsprinzip — ein wesentlicher Bestandteil dänischen Denkens — beruht auf der Auffassung, daß alle Menschen die gleichen Rechte haben. Ungeachtet der Behinderung akzeptiert man den Menschen als solchen und als Mitbürger. Es entsteht die Frage, ob dieser Grundsatz mit aktiver primärer Prävention vereinbar ist.

In den letzten Jahren erzielte man politische Einigkeit über die Anwendung antikonzeptiver Mittel. Danach wurde ein Sterilisationsgesetz verabschiedet, das den Bürgern unter gewissen Umständen Sterilisation erlaubt. Spezielle Regeln und Zwangsmaßnahmen für geistig Behinderte gibt es nicht mehr. Auf der anderen Seite war man sich über die Frage des Abortus provocatus außerordentlich uneinig. Am 1. Oktober 1973 wurde ein Gesetz verabschiedet, das freien Abort erlaubt. Vor diesem Zeitpunkt wurde abortus provocatus nur in gewissen Fällen gestattet, beispielsweise wenn bewiesen werden konnte, daß ein behindertes Kind geboren werden würde. Die traditionelle Auffassung, daß die Geburt eines behinderten Kindes verhindert werden könne und müsse, gehört jener Periode an, in der

man geistig Behinderte auch als Menschen diskriminierte.

Ob der Respekt vor dem lebendigen Kind als gleichberechtigtem Bürger auch auf das ungeborene Kind zu übertragen ist, soll hier nicht erörtert werden. Das hängt von den ethischen, religiösen und kulturellen Anschauungen des einzelnen Landes ab.

In Dänemark hat man also ein Recht auf Abort, aber eine Abortpflicht kennt man hier nicht. Eine Frau kann also selbst bestimmen, ob sie ein behindertes Kind haben will oder nicht. Das Recht auf Abortus provocatus ist also lediglich ein Angebot.

Es wird immer schwierig sein, sich als geistig Behinderter in der normalen Gesellschaft zu behaupten, mögen die Haltung der Bevölkerung und die Qualität der Fürsorge auch noch so gut sein. Für die Eltern ist die Geburt eines behinderten Kindes eine kolossale Belastung, vermutlich größer als für das geistig behinderte Kind selbst. Aber auch von finanziellen Gesichtspunkten aus strebt man die größtmögliche Vorbeugung an.

Aus diesen Gründen bietet man freie Aborte an, während jedoch das geborene behinderte Kind voll anerkannt wird. Von Theorie über Rassenverbesserung und Rassenhygiene kann also nicht gesprochen werden.

Eine allgemeine Einführung dieser Regeln über Schwangerschaftshygiene und Schwangerschaftsuntersuchungen ist für die Prävention von großer Bedeutung. Darüber hinaus gibt es spezifische Maßnahmen zur Vorbeugung geistiger Behinderung.

Ein Gebiet, auf dem gute Erfolge verzeichnet werden konnten, ist die Arbeit mit Phenylketonurie, einem Enzymmangel, der bei dem neugeborenen Kind zu geistiger Behinderung führt. Die Krankheit kann leicht identifiziert werden und die Vorbeugung der schädlichen Einwirkung auf das Gehirn geschieht durch eine Spezialdiät. Da die Krankheit erblich ist, kann Vorbeugung durch Kontrolle der Risikofamilien vorgenommen werden.

In Dänemark arbeitet man seit Jahren am John F. Kennedy-Institut mit diesem Problem.

Cost-benefit-Berechnungen haben erwiesen, daß die Gesellschaft durch frühzeitige Behandlung dieser Kinder jährlich ½ Million Kronen pro PKU-Kind sparen kann.

Neue Kenntnisse über Chromosomen-Anomalien haben umfangreiche Forschungsaktivitäten im Hinblick auf pränatale Diagnosen mit sich geführt. Fruchtwasseruntersuchungen geben zu einem frühen Zeitpunkt die Möglichkeit zu Abortus provocatus.

Kürzlich vorgenommene cost-benefit-Berechnungen mit Hinblick auf das Down-Syndrom erwiesen, daß es durch generelle Prävention bei Müttern über 35 Jahren möglich ist, eine Geburt von mongoloiden Kindern zu verhüten, ohne nennenswerte Unkosten zu verursachen.

Allgemeine Fruchtwasseruntersuchungen aller schwangeren Frauen müssen heute als unrealistisch angesehen werden, da sie zu kostspielig werden würden (ca. 100 Millionen Kronen).

Fruchtwasseruntersuchungen sollten daher in erster Linie bei Frauen mittlerer Jahre vorgenommen werden und könnten durch Untersuchungen von Risikofamilien — Familien, die früher ein mongoloides Kind zur Welt gebracht haben, kombiniert werden.

Man kennt heute auch Stoffwechselkrankheiten mit Enzymdefekten und Chromosomenanomalien, bei denen geistige Behinderung auf eine ähnliche Weise verhindert werden könnte. Die Entwicklung auf diesem Gebiet befindet sich im Anfangsstadium. Eine Verbesserung auf dem Gebiet der Geburtshilfe würde auch präventiv wirken in Fällen, wo Geburtsschäden zu Behinderung führen können. Andererseits kann sie aber auch dazu führen, daß Kinder, die früher nicht überlebt hätten, geistig behindert werden. Wie gesagt, ist der freie Abort ein wesentlicher Beitrag zur Bekämpfung und Vorbeugung geistiger Behinderung. Auf der anderen Seite sollte man nicht zu große Kräfte auf eine Verhütung spontaner Aborte verschwenden, da dies die Methode der Natur ist, die Schwächsten abzustoßen.

Während man früher „im Dunkeln" tappte, um geistige Behinderung durch Sterilisierung geistig Behinderter zu verhüten — was übrigens auf die Ausbreitung geistiger Behinderung ohne Erfolg war — besteht heute die Möglichkeit einer unmittelbaren Präventionsaktivität, die das Gesundheitssystem aller Länder anbieten sollte.

Impfungen zur Verhütung geistiger Behinderung sollen hier nicht erwähnt werden. In Dänemark verabreicht man die gewöhnlichen Impfungen gegen Pocken, Starrkrampf, Keuchhusten, Diphterithis usw. In den Vereinigten Staaten führte man zur Bekämpfung geistiger Behinderung Masernimpfung ein. Auch hier wurde diese Möglichkeit erwogen, aber die Kontrolle über diese Krankheit ist so groß, daß sie fast nie zu geistiger Behinderung geführt hat.

2 Die sekundäre Prävention

Sekundäre Prävention bezweckt, die Entwicklung des Zustandes bei Kindern, die geistig behindert sind oder werden können, zum Stillstand zu bringen.

Die allgemeine Bekämpfung von Infektionskrankheiten und bessere Geburtenhygiene hat auf geistige Behinderung große Wirkung gehabt. Meningitis und Encephalitis können in vielen Fällen zu geistiger Behinderung führen, was auch bei anderen Infektionskrankheiten der Fall ist.

Systematische Kleinkinderuntersuchungen und Früherfassung aller Risikokinder sind für die Vorbeugung von großer Bedeutung. In Dänemark bietet man allen Kindern freie Untersuchungen, und zwar 3mal während des ersten Lebensjahres, und danach einmal jährlich, bis das Kind in die Schule kommt, wo dann der Schularzt die Kontrolle übernimmt.

Es hat sich hier leider erwiesen, daß freiwillige Untersuchungen nicht effektiv sind. Jene Kinder, wel-

che die Untersuchungen am dringensten benötigen, werden von den Eltern nicht zum Arzt geschickt. PR-Aktivitäten, um der Öffentlichkeit die Notwendigkeit periodischer Untersuchungen vor Augen zu halten, sind daher von größter Bedeutung, wenn man, wie hier, von politischer Seite keine Zwangsmaßnahmen durchführen kann.

Außer den medizinischen Präventivmaßnahmen hat es sich erwiesen, daß man durch pädagogisch/psychologische Maßnahmen geistige Behinderung vermeiden oder eine Entwicklung zum Stillstand bringen kann.

Dieses Wissen gründet sich auf neuen Erkenntnissen über die Ursachen geistiger Behinderung und ihrer dynamischen Natur, wonach alle geistig Behinderten durch Stimulation, Therapie und Unterricht beeinflußt werden können.

Die Entwicklungspsychologie hat im allgemeinen bewiesen, daß das oder die ersten Lebensjahre für die spätere Entwicklung des Menschen von ausschlaggebender Bedeutung sind. Das gilt auch den geistig Behinderten.

Außerdem gibt es in allen Ländern weitere Ursachen, die zu geistiger Behinderung führen können und nicht auf Krankheiten zurückzuführen sind, sondern auf eine stimulusarme Umgebung. Die Zahl dieser Behinderten ist in Ländern mit großer Armut natürlich am größten. Aus amerikanischen Untersuchungen geht hervor, daß die Ausbreitung geistiger Behinderung in Negerghettos größer ist als in anderen Gebieten des Landes. (Daher rechnet man in den Vereinigten Staaten mit 3 % gegenüber Skandinavien mit ½ % geistig Behinderten).

Man hat in vielen Ländern Versuche mit Frühprogrammen unternommen. Eine allgemeine Maßnahme, die den geistig Behinderten oder mutmaßlich Behinderten oft vorenthalten wird, ist die im jeweiligen Land geltende Unterrichtung während der allgemeinen Unterrichtsperiode. Man sprach, wie gesagt, von nichtunterrichtbaren Kindern, während pädagogische Kreise heute darauf hinweisen, daß alle Kinder unterrichtbar sind. Es ist eine Frage des Inhalts und der Methodik des Unterrichts und kaum des Zustandes der Schüler.

Oft wird behaupet, daß geistig Behinderte, wenn auch unterrichtbar, sich langsamer entwickeln und später schulreif würden als andere Kinder. Heute kennen wir die ausschlagebende Bedeutung einer frühzeitigen Beeinflussung.

Nach dem Normalisierungsprinzip sind *alle Kinder* in der gleichen Periode unterrichtspflichtig. Bei schwächer entwickelten Kindern sollten Unterricht und Stimulus so früh wie möglich in Angriff genommen werden. Daher sind Vorschulmaßnahmen ein notwendiger Teil des sekundär-präventiven Systems.

In Dänemark und den meisten anderen Ländern der Welt fing die Unterrichtung geistig behinderter Kinder sozusagen „von oben" an. Man unterrichtete leichtbehinderte Kinder, die sogenannten Debilen, wovon die Hälfte später ohne die Maßnahmen der Fürsorge im Leben fertig werden konnten, ein Beweis dafür, daß Schulung eine effektive Vorbeugungsmaßnahme ist.

Bei Erfassung geistig Behinderter hat es sich hier gezeigt, daß der größte Teil (knapp 1 %; im Verhältnis zu den total Erfaßten 0,43 %) im Schulalter erfaßt werden, was ebenfalls beweist, daß viele geistig Behinderte auf Grund geeigneter Unterrichtung die Hilfsmaßnahmen der Behindertenfürsorge nicht mehr beanspruchen, und daher nicht mehr als Behindert angesehen werden.

Anmerkung der Sachverständigen-Kommission:
Die Sachverständigen-Kommission hat Herrn Bank-Mikkelsen bei der Vergabe des Gutachten-Auftrages eine Reihe von speziellen Fragen vorgelegt, die von ihm im Folgenden einzeln beantwortet worden sind.

1. *Wer ist mitverantwortlich für die Planung, die Finanzierung, Entscheidungen und den Betrieb von Einrichtungen für geistig Behinderte?*

Auf zentraler Ebene ist die dänische Sozialverwaltung für alle Maßnahmen innerhalb der Fürsorge für geistig Behinderte verantwortlich.

Das Land ist in 10 Regional-Bezirke eingeteilt, die man hier Fürsorgezentren nennt, deren Leitung die volle Verantwortung auf lokaler Ebene hat. Die Leitung ist multidisziplinär zusammengesetzt und besteht aus einem Inspektor, einem Oberarzt, einem Sozialleiter und einem Direktor der Erziehung, die gemeinsam Verantwortung für die Fürsorge tragen. Es gibt Regeln über die Verteilung der Zuständigkeit zwischen Ministerium, Sozialverwaltung und Regionalleitung.

Die Finanzierung geschieht auf Staatsebene. Weder Amtskommunen noch Primärkommunen haben im Augenblick irgendwelche finanziellen Verpflichtungen.

Dieses staatliche System soll — wie an anderer Stelle genannt — jetzt dezentralisiert und an die Bezirke und Kommunen übergeben werden.

2. *Wer zahlt für die Patienten (Sozialministerium, soziale Versicherungseinrichtungen usw.)? Gibt es gleiche oder unterschiedliche Regelungen der Kosten für geistig Behinderte, psychisch und körperlich Kranke?*

Das Sozialministerium trägt alle Kosten, so daß die Klienten selber nichts zu zahlen haben. Ausgenommen sind Invalidenrentner, welche für ihren Aufenthalt zu zahlen haben, indem der Staat die Pension behält und den Behinderten Taschengeld, z. Z. in Höhe von Dkr. 235,00 pro Monat auszahlt. (Behinderte über 60 Jahre bekommen ein Taschengeld in Höhe von Dkr. 196,00 pro Monat).

Psychisch Kranke wohnen gewöhnlich in den Staatshospitälern für Geisteskranke, welche auch staatlich

verwaltet werden. (Eine nicht geringe Anzahl psychiatrischer Abteilungen gibt es auch in den allgemeinen Krankenhäusern.) Für die Geisteskranken werden die Unkosten von der öffentlichen Krankenversicherung bezahlt. Geistig Behinderte dagegen werden nicht als kranke Menschen angesehen.

Die Kosten für Aufenthalt in allgemeinen Krankenhäusern werden von der Krankenversicherung bezahlt und zwischen Staat und Kommune geteilt.

2.1. Gibt es einen einheitlichen oder unterschiedlichen Kostenträger bei der Betreuung geistig Behinderter in extramuralen bzw. intramuralen Einrichtungen, z. B. in Spezial-Kindergärten, Sonderschulen, Werkstätten, Wohnheimen, Zentralinstituten?

Extramurale und intramurale Einrichtungen werden vom Staat betrieben und die Finanzierung ist einheitlich.

2.2. Welche Hilfen bestehen für die Familien mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen?

Das Ziel, ein möglichst normales Dasein aufzubauen, bedeutet in diesem Zusammenhang, daß die Behindertenfürsorge Eltern hilft, ihre Kinder und Jugendlichen zu Hause zu behalten.

a) Man bietet Beratung an, Hilfe verschiedener Art im Haus der Familie, wie beispielsweise Hausbesuche von Gemeindeschwestern, praktische Hilfe bei der Behandlung geistig behinderter Kinder, Hilfsmittel wie Rollstühle, Brillen, Hörapparate, Hausunterricht für Kinder, die die Schule nicht besuchen können.

b) Außerdem kann finanzielle Unterstützung gewährt werden in Fällen, wo die Versorgung eines behinderten Kindes es notwendig erscheinen läßt (z. B. für Windeln usw.) Es gibt verschiedene Standardbeträge, deren Höhe von dem Zustand des Kindes abhängen, z. B. Beistands- und Pflegesätze, deren Höhe jenen für Invalidenrentner entsprechen. Vom 15. Lebensjahr an kann ein Jugendlicher Invalidenrente bekommen. Es gibt drei Gruppen, die sich nach dem Zustand des Behinderten richten.

Diese letztere Regel wurde scharf kritisiert, da eine zu frühe Zuteilung von Pensionen oft aktiven Rehabilitierungsbestrebungen im Wege steht. Wir erwarten in Kürze einen neuen Gesetzentwurf, wonach Invalidenrente erst vom 18. Lebensjahr an gegeben wird, da die Versorgungspflicht der Eltern zu diesem Zeitpunkt aufhört. Nach dieser Änderung werden die allgemeinen Regeln hinsichtlich finanzieller Unterstützung, die individuell beurteilt werden, auch für die Altersgruppe vom 15. bis 18. Lebensjahr in Anwendung kommen.

2.3. Welche Lebenssicherung (Pension, Rente, Aufnahme in die Kranken- oder Invalidenversicherung) ist für arbeitsfähige bzw. nichtarbeitsfähige Behinderte vorgesehen? In welcher Weise können berentete Behinderte in geschützter, oder in Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zusätzlich verdienen?

Die Finanzierung aller Fürsorgeformen für Behinderte geschieht auf Staatsbasis, also nicht über Versicherungen. Jeder dänische Bürger (auch Ausländer nach bestimmten Aufenthaltskriterien) hat ein Recht auf staatliche Fürsorge, ungeachtet seiner finanziellen Verhältnisse. Das dänische Grundgesetz, nach welchem jeder Bürger ein Recht auf Arbeit hat, gilt auch für geistig und anderweitig behinderte Bürger. In der Praxis bietet man allen Personen Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten an.

Die Anlernung in beschützten Werkstätten bezweckt, die Fähigkeiten und den Wirkungsdrang der Behinderten in die richtigen Bahnen zu leiten. Nach individuell angepaßter Ausbildung werden die Behinderten auf dem freien Arbeitsmarkt untergebracht; sei es in Industrie, Handwerk, Landwirtschaft, Gärtnerei usw. Die Vermittlung geschieht durch den Werkstattleiter und in gewissen Fällen in Zusammarbeit mit der allgemeinen Arbeitsvermittlung.

Jenen Personen, die nach Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt wieder unter beschützten Verhältnissen zu arbeiten wünschen und jenen, die auf Grund ihres geistigen und körperlichen Zustandes eine gewöhnliche Arbeit nicht bewältigen können, stehen Plätze in beschützten Werkstätten zur Verfügung, soweit dies für zweckmäßig angesehen wird.

Für Klienten, denen auf Grund herabgesetzter Arbeitsfähigkeit Invalidenpension nach den allgemeinen Kriterien gegeben wird, ist dies die Hauptquelle zur Bestreitung ihres Lebensunterhalts. Außerdem können sie jedoch einen gewissen Betrag auf dem freien Arbeitsmarkt oder in beschützten Werkstätten dazu verdienen.

Vom 67. Lebensjahr an bekommen Behinderte, wie andere Bürger, Altersrente, die jedoch geringer ist als die Invalidenrente. Außerdem gibt es zu einem gewissen Grad zusätzliche Verdienstmöglichkeiten in freien oder beschützten Arbeitsverhältnissen. Das Pensionsgesetz enthält jedoch Regeln, wonach die Renten von bestimmten Beträgen an herabgesetzt werden.

3. Organisation und Struktur der Versorgung von geistig Behinderten

3.1. Gesamtzahl der Betten und Plätze für geistig Behinderte, bezogen auf 1 000 Einwohner der Bevölkerung. (Wenn möglich, differenziert nach der jeweiligen Art der Unterbringung und differenziert nach Angaben für die Vergangenheit, die Gegenwart und die nähere Zukunft.)

a) Die Entwicklung seit 1959 bis zum heutigen Tage im Hinblick auf Einrichtungen und die entsprechende Klientenzahl ist aus untenstehender Tabelle ersichtlich:

	Anzahl Einrichtungen		Anzahl Behinderte	
	1959	1974	1959	1974
Regionalzentren ..	6	11	5 874	5 556
Lokaleinrichtungen .	14	28	2 024	2 374
Entlastungs- und Ferienheime	1	7	18	47
Sonderbehandlungsheime	0	2	0	9
Kinderheime	0	2	0	26
Behandlungsheim (Kriminelle)	0	1	0	5
Internate für Schulpflichtige	3	1	625	54
Schulheime	3	18	83	298
Internate für Jugendliche	0	5	0	107
Pensionen (Wohnheime)	1	32	15	656
Private Betreuungsheime	26	19	612	365
Gesamte intram. Betreuung/Beh.	54	126	9 251	9 497

b) Berechnungen der künftigen Entwicklung nach Art und Umfang der verschiedenen Einrichtungstypen gehen aus dem Material hervor, dem die sogenannte Perspektivplanung bis zum Jahr 1988 zugrunde gelegt wurde.

3.2. Angebotene Dienste

Die Angebote der Fürsorge für geistig Behinderte richten sich prinzipiell nach dem individuellen Bedarf des einzelnen Behinderten und gründen sich auf eine Beurteilung seitens pädagogischer, medizinischer und sozial-pädagogischer Spezialisten.

Eine Beurteilung hängt natürlich von den Geldmitteln ab, die den einzelnen Fürsorgezentren zur Verfügung stehen. Der Zweck der Bestrebungen ist die Versorgung, Behandlung, Kur und Pflege der Behinderten, und die Fürsorge ist dazu verpflichtet, den Behinderten ein möglichst normales Dasein anzubieten.

3.3. Spezielle Einrichtungen für bestimmte Behindertengruppen:

a) Geistig Behinderte und körperlich Behinderte

Nur in Fällen schwerer körperlicher Behinderungen — siehe unter (f) — werden spezielle Einrichtungen angeboten. Bei der Einrichtung einer neuen Institution — Wohn- oder Tagesinstitution — plant man die Häuser so, daß sie auch von körperlich Behinderten benutzt werden können, z. B. von Rollstuhlpatienten.

b) Geistig Behinderte und Hörbehinderte

Außer Sonderunterricht in Schulen gibt es keine besonderen Maßnahmen für Hörbehinderte. Man ist sich über das Problem im klaren, da eine Großzahl der geistig Behinderten auch unter Hörbehinderung leiden. Das Problem sollte in enger Zusammenarbeit mit der Fürsorge für Taube und Schwerhörige gelöst werden.

c) Geistig Behinderte und Sehbehinderte

Außer einer kleinen Sondereinrichtung für blinde geistig schwerbehinderte Jugendliche gibt es keine speziellen Einrichtungen für Sehbehinderte.

Vor einigen Jahren kam eine enge Zusammenarbeit mit dem staatlichen Blindeninstitut für Kinder zustande, besonders im Hinblick auf Observation geistig behinderter Blinder im Blindeninstitut. Eine Arbeitsgruppe behandelt im Augenblick diese Fragen und es ist zu erwarten, daß Spezialeinrichtungen für sehbehinderte Kinder errichtet werden, während man für sehbehinderte Erwachsene vermutlich eine Eingliederung mit den übrigen Klienten anstrebt.

d) und e) Psychotische und Autistische-Verhaltensgestörte bzw. Schwererziehbare

Die Verhältnisse dieser Gruppen sind augenblicklich ebenfalls Gegenstand gewisser Untersuchungen in Arbeitsgruppen. Vorläufig besteht noch eine gewisse fachliche Uneinigkeit, teils im Hinblick auf Abgrenzung der Gruppen, teils hinsichtlich der Behandlungsmethoden.

Mehrere unserer Zentralinstitutionen haben spezielle, kleine Abteilungen für psychotische Kinder und dergleichen. Außerdem gibt es ein selbständiges kleines Behandlungsheim und einen Kindergarten, vorwiegend für psychotische Kinder. Der Personalbedarf ist in diesen Abteilungen und Heimen bedeutend größer als durchschnittlich.

Kindern, die in ihrem Elternhaus leben, wird in Schulen Unterricht erteilt, und zwar wird meistens Einzelunterricht erteilt oder höchstens in sehr kleinen Gruppen unterrichtet. Die Zugehörigkeit psychotischer Kinder im dänischen Sozialsystem ist im allgemeinen noch nicht abgeklärt worden. Die Kinder- und Jugendfürsorge verfügt über Spezialbehandlungsheime, die Staatshospitäler nehmen psychotische Kinder in kinderpsychiatrischen Abteilungen auf, und die Fürsorge für geistig Behinderte nimmt sich derer an, die geichzeitig geistig behindert sind.

f) Geistig und körperlich Schwerstbehinderte

In einigen Zentralinstitutionen hat man Spezialabteilungen für körperlich Schwerstbehinderte, z. B. für Patienten mit cerebraler Parese.

Diese Abteilungen haben physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Physiotherapie spielt bei der Behandlung geistig Behinderter eine bedeutende Rolle.

4. Einrichtungsformen

4.1. Zentralinstitute: Zahlen, Größe, Funktion, Personalausstattung; gegenwärtige und zukünftig geplante Entwicklung

Zentralinstitute werden die größeren, oft krankenhausähnlichen Institute genannt, die in jeder Region die Verwaltung der regionalen Spezialfürsorge für geistig Behinderte wahrnehmen. Einige dieser Einrichtungen sind älteren Ursprungs — mehr oder weniger modernisiert — andere, wie im Hauptstadtgebiet, sind neueren Ursprungs.

Die Bezeichnung „Zentralinstitut" sagt also nichts über die Form der angebotenen Behandlung aus. Alle Zentralinstitute enthalten Möglichkeiten medizinischer Behandlung sowie Intensivbehandlung Schwerstbehinderter, u. a. Physiotherapie und medizinische Intensivbehandlungsangebote.

Wir haben heute elf Zentralinstitute mit 5 556 Klienten. Da unsere großen Einrichtungen durch kleinere ersetzt werden sollen, kann mit einer Herabsetzung der Klientenzahl gerechnet werden. Die Anzahl der Zentralinstitute wird sich bei der jetzigen Struktur auf Grund ihrer Funktionen als Verwaltungszentren jedoch nicht ändern. Laut Perspektivplan sollen diese Einrichtungstypen bis 1988 um ca. 4 000 Plätze reduziert werden.

Die Funktionen, welche heute von Zentralinstituten wahrgenommen werden, sollen zukünftig von den im Perspektivplan genannten Spezialbehandlungsheimen wahrgenommen werden. Eine genaue Angabe der Größen dieser Einrichtungen ist heute nicht möglich, doch denkt man an Einheiten für ca. 25 — evtl. zwei kombinierte Abteilungen für 50 Klienten.

4.2. Gibt es Behinderteneinrichtungen, die an allgemeine Krankenhäuser oder psychiatrische Einrichtungen angeschlossen sind?

Nein, aber bei Errichtung neuer Zentraleinrichtungen legt man Wert darauf, diese in Städten mit allgemeinen Krankenhäusern unterzubringen, so daß man die Spezialausrüstung des Krankenhauses benutzen kann. Die Abteilungen sollen auch Klienten der Zentralinstitute aufnehmen können.

4.3. Bestehen in die Gemeinden integrierte Zentren, oder sind derartige Zentren geplant?

Im Augenblick gibt es keine in die Gemeinden integrierte Einrichtungen. Bis zum heutigen Zeitpunkt bestehen weder konkrete noch allgemeine Pläne über eine Eingliederung der Fürsorge für geistig Behinderte in die Sozial- und Gesundheitsverwaltungen der Gemeinden. Die Sozial-Reform-Kommission hat in einer Denkschrift Nr. 2 (1970) vorgeschlagen, alle Fürsorgezweige — u. a. die Fürsorge für geistig Behinderte — zu einem späteren Zeitpunkt in die Sozial- und Gesundheitsverwaltungen der Gemeinden/Bezirke einzugliedern. Diese Integration ist jedoch noch nicht im einzelnen geplant, so daß weder Zeitpunkt noch Form — z. B. die Frage der Verteilung der Aufgaben zwischen Organen der Primärkommunen und Amtskommunen — bekannt sind.

4.4. Spezielle Einrichtungen für Tagespatienten, Wohnheime und sonstige Heime, Rehabilitationseinrichtungen insbesondere für bestimmte Patientengruppen

Angaben über die übrigen intramuralen und extramuralen Einrichtungen gehen aus den statistischen Unterlagen Punkt 7.1. hervor. Aus den Bezeichnungen kann ersehen werden, daß diese Einrichtungen bestimmte Behindertengruppen bedienen, z. B. Kindergartenkinder, Schulkinder, Erwachsene usw. Eine Konzentration von Patientengruppen, die gleichartiger Behandlung bedürfen, kann leider nicht vermieden werden, obwohl dieses zum Prinzip der Normalisierung im Widerspruch steht. In unseren Spezialschulen ist inzwischen eine Integration durchgeführt worden, indem debile und imbezille Kinder in derselben Schule unterrichtet werden.

Eine gewisse Integration von Patientengruppen findet auch außerhalb der Fürsorge auf dem Werkstattgebiet statt.

4.5. Konzepte für die primäre Prävention geistiger Behinderung (Beschreibung der Einrichtungen und gegebenenfalls der Programme). Besteht die Absicht, die Aufgaben des Kennedy-Instituts in Kopenhagen zu erweitern und an anderen Stellen ähnliche Institutionen zu errichten? Wenn ja, welche?

In dieser Verbindung verweise ich auf den Abschnitt über Prävention in den allgemeinen Bemerkungen.

John F. Kennedy-Institut

Eine Geldsammlung nach der Ermordung von John F. Kennedy im Jahre 1964 ermöglichte die Errichtung eines kleinen Forschungsinstituts in der Nähe Kopenhagens. Das ursprüngliche Programm bezweckte Identifikation und Behandlung von PKU — Follings Krankheit — deren Ausbreitung etwa 1 zu 10 000 Geburten beträgt.

Seit 1967 behandelt man in dem Institut alle Phenylketonuriekinder des Landes und betreibt Forschung über PKU.

Seit Mitte 1968 beschäftigt sich das Institut auch mit Chromosomenforschung.

Die Forschung im Kennedy-Institut konzentriert sich auf biochemische und cytogenetische Probleme. In Zusammenarbeit mit dem ernährungsphysiologischen Laboratorium des Kommunehospitals in Kopenhagen haben Diätassistenten des Instituts verschiedene Proteinpräparate und Kostpläne durchgearbeitet und entsprechende Diätvorschläge unterbreitet, welche den Eltern weitgehend die Arbeit in Verbindung mit einer Diätbehandlung ihrer Kinder im Elternhaus erleichtern sollen. Gleichzeitig verfügt das Institut über klinisch-biochemische und

cytogenetische Beratung für Familien, bei welchen Phenylketonurie oder Chromosomenanomalien vorgekommen sind.

Die Anzahl der routinemäßigen und wissenschaftlichen Untersuchungen ist im Laufe der vergangenen Jahre gestiegen, was in Verbindung mit den erhöhten Forderungen an verbesserte Technik, Neuanschaffungen von Geräten und Anstellung weiterer Hospitalslaboranten erforderlich machte. Diese Aktivitäten belasteten das Institut und die Laboratoriumkapazität in so hohem Grade, daß man an eine Erweiterung denken mußte. Das neue Labor wurde im März 1971 in Gebrauch genommen und wird heute für diagnostische Chromosomenuntersuchungen und cytogenetische Forschung benutzt. Indessen werden die Forderungen über Fruchtwasseruntersuchungen für pränatale Diagnostizierung immer dringlicher — eine Untersuchung, die außerordentlich zeitraubend ist und schon heute die Kapazität des Chromosomenlabors überschreitet. Die Fürsorgezentren verweisen in steigendem Maße Eltern an das Institut, die um genetische Beratung auf Grundlage von Chromosomenuntersuchungen und/oder Fruchtwasseruntersuchungen bitten. Man muß damit rechnen, daß die Anzahl dieser Untersuchungen stark steigen wird, sobald die Bevölkerung über die Möglichkeiten einer Diagnostizierung von Krankheiten des Embryo informiert ist.

Die ursprüngliche Kapazität des Labors zur Durchführung anderer Untersuchungen und Forschungsaufgaben ist schon heute zu klein und wird auf längere Sicht unzureichend sein, um den steigenden Anforderungen gerecht zu werden.

Das Institut hat die Absicht, in nächster Zukunft selber Analysen über Aminosäuren im Blut und Urin in Verbindung mit Diätbehandlungen von Phenylketonurie-Patienten vorzunehmen, da es unmöglich ist, mit der Hilfe anderer Labore zu rechnen. Auch soll die Möglichkeit bestehen, im Institut Untersuchungen von Enzymaktivitäten, beispielsweise im Lebergewebe, Fruchtwasser und gezüchteten Fruchtwasserzellen in Verbindung mit Differentialdiagnostizierung und/oder genetischer Beratung vorzunehmen.

Aus obengenannten Gründen schlugen wissenschaftliche Mitarbeiter des Instituts eine Erweiterung des Labor-Gebäudes für biochemische Aktivitäten vor — u. a. Chromatographie und Enzymuntersuchungen — welches Gebäude unmittelbar an das Kennedy-Institut anzuschließen ist. Gleichzeitig wurde folgender Vorschlag unterbreitet.

Das Institut ist der Ansicht, daß sich die Behandlungsaufgaben auf Krankheiten beschränken sollten, die auf Grund geistiger Behinderung entstehen und durch Diätbehandlung geheilt werden können. Außerdem sollte man über eine metabolische Klinik für geistig Behinderte verfügen, so daß es diagnostisch und therapeutisch als koordinierende Einheit für die Erforschung erblicher Krankheiten wirken und metabolische Untersuchungen (Chromatographien usw.) gewisser Patientengruppen der Zentralinstitute vornehmen kann.

Auch wünscht das Institut, Familien mit einem oder mehreren geistig behinderten Kindern genetische Beratung anbieten zu können, z. B. im Hinblick auf biochemische und cytogenetische Defekte und andere mit geistiger Behinderung verbundene Zustände oder Syndrome, da dies die Aufgabe der Fürsorge für geistig Behinderte ist.

Forschungsaktivitäten des Instituts sollten sich auf prophylaktische Aufgaben konzentrieren, um geistige Behinderungen zu verhüten.

Im Rahmen der Unterrichtsfunktionen wurden im Laufe der Jahre Vorträge, Kurse und dergleichen für Personal, medizinische Studenten, Gemeindeschwestern, Diätassistenten, Fürsorgeassistenten und Gruppen pädagogischer Mitarbeiter der Fürsorge abgehalten. Im Herbst 1968 wurde im Institut ein WHO-Kursus über Genetik abgehalten. Außerdem wird das Institut von einer großen Zahl ausländischer Gäste besucht, die sich mit Diätbehandlung, Kostberechnung, Diätzubereitung usw. usw. vertraut machen möchten.

Im Augenblick besteht der Mitarbeiterstab des Instituts aus einem Oberarzt, 2 Halbtagslaboranten und 2 medizinischen Konsulenten (8 oder 3 Stunden Dienst pro Woche).

Außerdem verfügt man über zwei Halbtagslaboranten für wissenschaftliche Analysen in Verbindung mit Belastungtests und Enzymuntersuchungen.

Das übrige Personal nimmt sich der eingewiesenen Kinder an, d. h. eine Vorsteherin und 7 bis 8 weitere Mitarbeiter. Die Zahl der eingewiesenen Kinder ist heute geringer, als man 1964 angenommen hatte, da es schon nach kurzer Zeit möglich war, Diätpläne auszuarbeiten, so daß die Eltern nach kurzem Aufenthalt im Institut die Diät bei sich zubereiten konnten.

Im Chromosomenlabor arbeiten ein medizinischer Assistent und 3 Ganztagslaboranten, während das übrige Personal, d. h. 1 Oberarzt, 3 Laboranten und 1 Fotograf, zwischenzeitlich arbeiten und ihr Gehalt aus Forschungsmitteln beziehen.

Zur Lösung prophylaktisch-therapeutischer Aufgaben und anderer Funktionen sollte der Personalstab erweitert werden. Auch benötigt man heute für weitere Forschungsaktivitäten ein neues Laboratorium.

Der Forschungsausschuß ist außerdem an der Erforschung der Zusammenhänge zwischen Chemie und menschlicher Psyche interessiert. Man verweist auf die Möglichkeiten einer Herabsetzung der Unkosten durch Vorbeugung gewisser Formen von Behinderungen, auch ist man der Ansicht, daß die Fürsorge über bessere genetische Beratung verfügen sollte.

Ein Ausbau der wissenschaftlichen und praktischen Aktivitäten auf diesem Gebiet sollte eine hohe Priorität erhalten. Eine ähnliche Erweiterung des Chromosomenlabors im Kopenhagener Reichshospital wurde durch Mittel des staatlichen medizinalen Forschungsrats ermöglicht, wobei das Kennedy-Institut beratende Funktionen hatte. Die beiden Laboratorien arbeiten eng miteinander.

Durch die Erweiterung des Chromosomenlabors des Reichshospitals ist ein Ausbau des Kennedy-Instituts keinesfalls überflüssig geworden. Das Institut eignet sich besonders für die Arbeit mit genetischen Problemen, eine Aufgabe, die andere Labors weder quantitativ noch qualitativ durchzuführen imstande sind. Durch erweiterte Möglichkeiten für pränatale Diagnostizierung und genetische Beratungen könnten viele Geburten von Risikokindern vermieden werden (nach bisherigen Berechnungen etwa 10 %). Diese Aufgaben könnte das Institut in Zusammenarbeit mit dem Reichshospital, einem Kommunehospital in Aarhus sowie einem Labor der Fürsorge in Jütland lösen.

4.6 Organisation und Struktur der ambulanten Versorgung

Jedes Fürsorgezentrum hat eine soziale Abteilung, die von einem Sozialleiter geleitet wird. Diese Abteilungen sind für alle ambulanten Versorgungen verantwortlich, werden aber in medizinischer und pädagogischer Hinsicht von den ärztlichen und pädagogischen Bereichen unterstützt. Außerdem besteht die Abteilung aus einem Souschef (Sozialbevollmächtigter), einigen Sozialarbeitern, Schwestern und Heimratgebern, die im allgemeinen als Fürsorgeassistenten ausgebildet werden (siehe 4.8). Den sozialen Abteilungen obliegt die Versorgung der extramural gebrachten Klienten — siehe 2.2. Im Hinblick auf erwachsene Behinderte obliegt es der Sozialabteilung, alternative Wohnangebote, z. B. Unterbringung intramuraler Klienten in kollektive Wohnungen, zu vermitteln.

Die Invalidenpension und auch finanzielle Hilfen seitens des Staates zur Herabsetzung der verhältnismäßig hohen Mieten, ermöglichen den Behinderten heute, Wohnungen und Zimmer auf dem freien Wohnungsmarkt zu mieten.

Unterstützung ist diesbezüglich von der sozialen Abteilung anzubieten. Es kann sich um Beistand zur Verwaltung der Gehälter, Wohnungstraining usw. handeln.

Die soziale Abteilung verwaltet ebenfalls Pensionen und Gruppenheime sowie die geschützten Werkstätten. Eine Unterbringung in Pensionen oder in selbständigen Wohnungen ist nur dann ratsam, wenn ein Arbeitsplatz oder ein Tageszenter zur Beschäftigung zur Verfügung stehen (letztere für Alte und Schwerstbehinderte, die keiner Arbeit nachgehen können).

Hobbybetonte Aktivitäten gehören der Freizeit an. Auch Freizeitaktivitäten gehören unter die Regie der sozialen Abteilungen.

Das neue „Beistandgesetz" — ein Teil der heutigen Sozial-Reform — soll am 1. April 1976 in Kraft treten. Zu der Zeit geht die finanzielle Verantwortung für ambulante Versorgung auf die verschiedenen Gemeinden über, welche auf der Grundlage von Vorschlägen seitens der Fürsorge für geistig Behinderte alle Unkosten in Verbindung mit der Versorgung Behinderter zu tragen haben, wonach der Staat die Hälfte der Unkosten zurückerstattet. Dies ist ebenfalls ein Teil des Eingliederungsprozesses. Über das Ergebnis einer solchen partiellen Eingliederung kann man heute noch nichts sagen. Man erwartet jedoch eine größere Übernahme der Verantwortung auf lokaler Ebene für Personen, die bisher vom Staat versorgt wurden. Ob das Gleichheitsprinzip auch unter dieser Form durchgeführt werden kann, wird davon abhängen, welche Vollmachten dem Zentralorgan (Sozialverwaltung) bei Regelgebung, Kontrolle und Aufsicht übertragen werden.

4.7. Wie setzt sich, nach Berufen gegliedert, das Betreuungspersonal für geistig Behinderte zusammen?

Das gesamte Personal der Fürsorge für geistig Behinderte besteht aus etwa 11 000 Angestellten, wovon der Großteil ganztägig angestellt ist.

Die wesentlichsten Gruppen gehen aus untenstehender Aufstellung hervor, mit Angabe der einzelnen Kategorien:

1972/73

Chefärzte	59	Lehrer/Kinderg. und Freizeith.	46
Direktoren der Erziehung	11	Lehrer/Kinderg. und Freizeith.	235
Verwaltungschefs	11	Oberschwestern in Abteilung	314
Sozialleiter	12	Assistent der Oberschwester	344
Rektoren/ Schulleiter	11	Familienberater	55
Rektoren/ Schulleiter	61	Assistent der Kindergarten und Freizeitlehrer	132
Psychologen	10	Werkstattassistenten	107
Zahnärzte	11	Pflegepersonal (Fürsorgeass.)	1 830
Assistenzärzte	39	Kontorpersonal	440
Assist. der Sozialleiter	13	Beschäftigungstherapeuten	14
Sozialarbeiter	102	Physiotherapeuten	54
Vorsteher	14	Krankenschwestern	39
Vorsteher	50	Andere Arbeitskräfte	3 434
Werkstattlehrer (Leiter)	6	Ausgebildete Handwerker	127
Werkstattlehrer (Leiter)	12	Werkstattangestellte	312
Kindergartenleiter	7		
Kindergartenleiter	27		
Wirtschafterinnen	17		
Oberstudienräte usw.	702		

4.8. Welche spezielle Ausbildung besteht für das pädagogische und Pflegepersonal?

a) Pädagogisches Personal

Das pädagogische Personal bekommt die gewöhnliche Ausbildung an der Lehrerhochschule. An allen dänischen Lehrerhochschulen werden zwei Spezialzweige gelehrt, wovon der eine pädagogischer Art ist. Die Lehrer haben daher auch eine Ausbildung in Sonderunterricht Behinderter bekommen. Lehrer ohne diese Ausbildung können an entsprechenden Kursen an der staatlichen Lehrerhochschule teilnehmen. Diese Kurse werden im Laufe eines Semesters angeboten und haben eine Dauer von entweder drei Monaten (ganztägig) oder sechs Stunden pro Woche während des ganzen Semesters. Früher gab man sechswöchige Spezialkurse der Lehrerhochschule, die sich ausschließlich auf Spezialunterricht geistig Behinderter beschränkten.

Außerdem kann man an der Lehrerhochschule an verschiedenen Kursen über Pädagogik und Psychologie teilnehmen, deren Dauer von Jahreskursen bis zu Teilzeitkursen 2 Stunden pro Woche beträgt. Diese Kurse werden von Lehrern der Fürsorge besucht und von der Fürsorge bezahlt, u. zw. durch Herabsetzung der pflichtmäßigen Unterrichtsstunden oder durch völlige Befreiung vom Unterricht.

Ursprünglich verlangte man von Lehrern, bevor sie in der Fürsorge für geistig Behinderte angestellt werden konnten, an Fortbildungskursen teilzunehmen. Da die Kapazität dieser Kurse zu gering war, muß man heute die Bewerber zu diesen Kursen auswählen.

b) Pflegepersonal

Dänemark bildet seit 1961 an der Kopenhagener Personalhochschule Pfleger (Fürsorgeassistenten) aus, die sich besonders der geistig Behinderten annehmen. Bis 1961 war die Ausbildung in wesentlichem Grad praktischer Art — der theoretische Unterricht bestand aus ein paar hundert Stunden, je nach der betreffenden Einrichtung. Es handelte sich um eine dreijährige Ausbildung. Sie beginnt mit einem dreimonatigen Praktikum an einer Institution, wonach die Studierenden fünf Monate theoretischen Unterricht an der Hochschule erhielten. Danach folgten zehn Monate Praktikum an der Institution, wobei gewisse theoretische Fächer in Verbindung mit der praktischen Arbeit gelehrt wurden. Hiernach kamen die Studierenden wieder 6 Monate an die Hochschule und schlossen ihr Studium mit einem neunmonatigen Praktikum ab. Der gesamte theoretische Unterricht bestand aus 1 640 Stunden.

Nach beendigter Ausbildung bekamen die Fürsorgeassistenten Beamtenstatus in den Einrichtungen der Fürsorge für geistig Behinderte.

Seit einigen Jahren bietet die Personalhochschule siebzehnmonatige Kurse an, die das Fürsorgepersonal zu leitenden Stellungen qualifiziert. Auch diese Kurse sind in Theorie und Praktikum aufgeteilt.

Eine soziale Ausbildungskommission des Sozialministeriums schlug 1973 in einer Denkschrift eine generelle Ausbildung der Fürsorgepädagogen vor. Nach dreijährigem Versuchsunterricht mit einigen Gruppen beginnt diese Ausbildung am 1. September 1974 an der Personalhochschule. Sie besteht aus einer integrierten Ausbildung zu Kindergarten- und Freizeitlehrern, Kinderfürsorgeassistenten und Pflegern der Fürsorge für geistig Behinderte sowie für die Altenfürsorge. Auch diese Ausbildung ist dreijährig, ist aber anderen Inhalts. Im ersten Studienjahr — dem Basisjahr — gibt es gemeinsame Themen für alle Schüler. Im zweiten Jahr gibt es 50 % gemeinsame richtungsgewählte Themen. (Man kann spezielle Behindertengebiete oder Behandlungsformen auswählen), was auch im 3. Studienjahr der Fall ist.

Der theoretische Unterricht umfaßt 2 000 Stunden in zweijähriger Unterrichtsperiode, während das Praktikum periodisch über ein Jahr absolviert wird. Voraussetzung zur Aufnahme ist der zehnjährige Schulgang, und die Ausbildung wird mit einem staatlich anerkannten Examen abgeschlossen.

Es hat sich im Verlauf der letzten Jahre gezeigt, daß unsere Jugendlichen an allen Ausbildungsformen auf dem sozialen Gebiet außerordentlich interessiert sind.

Unsere bisherige Kapazität an der Personalhochschule war zu klein, um die zahlreichen Bewerber aufnehmen zu können, so daß wir heute noch über zu wenig ausgebildete Fürsorgeassistenten verfügen.

4.9. Welche Aufgabe hat die Volkshochschule für Behinderte in der Spaniensgade in Kopenhagen? Besteht die Absicht, die Volkshochschulbildung für Behinderte auszudehnen?

Die Hochschule in der Spaniensgade hat jährlich etwa 30 Kursusteilnehmer im Alter von 18 bis 45 Jahren. Der Unterricht an der Hochschule besteht aus 35 Stunden wöchentlich. Außerdem gibt es ein Angebot über zehn Freizeitstunden/Woche, an dem zwölf Schüler teilnehmen.

Das Pensum wird in enger Zusammenarbeit mit Schülern, Eltern, Vertretern der verschiedenen Fachgruppen der Fürsorgezentren und den Lehrern der Schule ausgearbeitet.

Das wesentlichste Ziel der Ausbildung ist die persönliche Entwicklung des Behinderten und Erwerbung spezifischer Kenntnisse. Das Unterrichtsprogramm ändert sich von Jahr zu Jahr und richtet sich hauptsächlich nach den Wünschen der Behinderten. Eines der Hauptfächer ist Orientierung, indem man den Unterricht meistens an Ort und Stelle vor sich gehen läßt, z. B. in einer Fabrik, einem Gerichtssaal, im Ausland. Ein anderes ist Training zur Selbsthilfe und umfaßt persönliche Hygiene, Kochen, Ausbesserung der Kleidung, Waschen, Einkaufen, musische und manuelle Fächer und Gymnastik. Außerdem kann man nach Wunsch am Dänisch-Unterricht und Rechnen teilnehmen. Außerdem bietet die Schule viermal wöchentlich Abendunterricht und einmal wöchentlich Klubaktivität an.

Die Schule vermittelt ebenfalls ein Gewerbepraktikum, was bedeutet, daß man den Schülern die Möglichkeit bietet, in ein „normales" Milieu zu kom-

men, so daß man später geeignete Arbeitsplätze für sie finden kann. Es gibt auch im Laufe des Jahres sogenannte Hochschultage, an denen Eltern, frühere Schüler, aber auch Nichtbehinderte teilnehmen können. Diese Schulreform ist also eine Nach- und Weiterbildung junger geistig Behinderter, die einige Jahre lang in Werkstätten oder anderweitig gearbeitet haben und ihre Kenntnisse zu erweitern wünschen. Die Schülergruppe der Hochschule entspricht also jenen der allgemeinen Volkshochschulen, kann aber mit deren Schulreform nicht verglichen werden. Nachbildung und Unterricht von Jugendlichen sind für geistig Behinderte außerordentlich wichtig, und Schulen für Jugendliche sind auch an anderen Orten des Landes geplant.

Die dänischen Volkshochschulen werden in der Regel von privaten Personen oder Verbänden betrieben und werden vom Kultusministerium finanziell unterstützt. Auch geistig Behinderten sollte diese Schulform zugängig sein, doch sollten solche Schulen nicht vom Staat, sondern wie die anderen Schulen, von privater Seite mit Staatsmitteln verwaltet werden.

5. Integration der Dienste

5.1. Integration der Dienste für geistig Behinderte in ein Gesundheits- bzw. Jugend- und Sozialfürsorgesystem auf den verschiedenen Organisationsebenen

Die Sozial-Reform-Kommission schlug ein integriertes Sozial- und Gesundheitssystem mit dezentralisierter Verantwortung seitens Gemeinden und Bezirken vor. Die Fürsorge für geistig Behinderte wird vermutlich von den Bezirken übernommen werden, während die Verantwortung für den einzelnen, extramuralen Behinderten von der Gemeinde übernommen wird — siehe Punkt 4.6. Alle Unterrichtsaktivitäten werden an die Volksschule übergehen, wo das allgemeine Schulsystem kommunal organisiert ist, während gewisse Teile des Spezialunterrichts auf Bezirksebenen betrieben werden. Im Augenblick ist es nicht möglich, das künftige System in Einzelheiten zu beschreiben. Der Systemwechsel soll im Jahre 1978 vollzogen werden.

5.2. Organisation der Gemeinde-Dienste

(Siehe Punkt 5.1. und 4.6.)

5.3. Gliederung der Versorgungsgebiete

Seit 1933 waren die verschiedenen Fürsorgegebiete in Dänemark scharf aufgeteilt. Das allgemeine soziale Versorgungssystem gehörte zu den Aufgaben der Gemeinden, während die sogenannte Spezialfürsorge unter staatlicher Regie stand. Spezialfürsorge umfaßte Fürsorge für geistig Behinderte, Blinde und Schwachsichtige, Taube und Schwerhörige, Krüppel und Verstümmelte, Sprachgestörte und Epileptiker. (Außerdem gehören Staatshospitale für Geisteskranke unter die Regie des Innenministeriums).

Im kommenden System werden diese speziellen Fürsorgegebiete anders eingegliedert. Die Fürsorge für Krüppel, Epileptiker und Geisteskranke soll im großen und ganzen unter die Regie des Krankenhauswesens gehören. Sonderschulen aller Arten werden in das allgemeine Schulsystem eingegliedert, und die übrigen Fürsorgegebiete kommen unter Gemeinde- oder Bezirksregie.

5.4. Zusammenarbeit zwischen den Diensten, insbesondere Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie mit Geburtshilfe und Pädiatrie zum Zwecke der Früherfassung und -förderung. Zusammenarbeit beziehungsweise Integration mit der Pädagogik normaler Kinder (Konzeption, Gesamtschule, integrierte Gesamtschule).

Das bisherige, in Gebiete aufgeteilte System gab Anlaß zu querfachlichen Zusammenarbeitsproblemen. In der Praxis wurde die Zusammenarbeit jedoch immer mehr ausgedehnt — ungeachtet verschiedener Zugehörigkeit, ungleichartiger Bezahlungsregeln und verschiedenartiger Gesetzgrundlagen. Man setzt große Erwartungen in das kommende, voll integrierte „einseitige" System, wonach die sozialen und gesundheitsmäßigen Fürsorgegebiete von einer Instanz verwaltet werden sollen, u. zw. von der Sozial- und Gesundheitsverwaltung der betreffenden Gemeinde. In der Fürsorge für geistig Behinderte wird das kommende System mit einer Mischung aus Optimismus und Pessimismus beurteilt, besonders der Elternverband fürchtet einen Rückgang und Ungleichmäßigkeit der Fürsorgeaktivitäten für geistig behinderte Klienten. Das künftige System stimmt mit dem Normalisierungsprinzip überein, setzt jedoch, wie alle Aktivitäten auf diesem Gebiet, eine positive Haltung zur Arbeit voraus.

6. Rechtsfragen

6.1. Wie weit ist das sexuelle Zusammenleben erwachsener Behinderter und die Behindertenehe in Dänemark rechtlich geregelt?

Es gibt in Dänemark keine rechtliche Regelung des sexuellen Zusammenlebens erwachsener Behinderter. Im Ehegesetz gibt es jedoch die Regel, daß geistig Behinderte und Geisteskranke ohne vorherige Genehmigung seitens des Justizministeriums nicht heiraten dürfen. Diese Regel stammt aus dem Jahr 1922, wo es sich nur um geistig Schwerbebinderte handelte; heute umfaßt es jedoch Behinderte aller Grade. Eine ministerielle Kommission schlug die Aufhebung dieser Regel vor, doch wird diese Regel erst in Verbindung mit der generellen Änderung des dänischen Ehegesetzes fortfallen.

Hinsichtlich der Regeln über das sexuelle Zusammenleben geistig Behinderter enthält das dänische Strafgesetz eine Bestimmung, wonach dem Personal der Fürsorgeeinrichtung jeder geschlechtliche Verkehr mit Klienten der betreffenden Einrichtung untersagt ist.

Diese Regel ist in ihrer absoluten Form vermutlich unzeitgemäß und sollte revidiert werden. Wenn man die in geschützten Einrichtungen lebenden Klienten auf diesem Gebiet beschützen will, wäre eine allgemeine Regel über Strafe bei „Verfügung" vermutlich ausreichend.

6.2. Wie ist die Sterilisation Behinderter rechtlich geregelt?

In der Einleitung schrieb ich über unser Sterilisationsgesetz, das besonders für geistig Behinderte gilt — ein Zwangsgesetz sozusagen. Heute gibt es größere Gleichheit auf diesem Gebiet, obwohl es noch immer besondere Regeln für geistig Behinderte gibt.

1973 wurde ein neues Sterilisationsgesetz verabschiedet, wonach sich Personen über 25 Jahre sterilisieren lassen können. Für geistig Behinderte besteht jedoch die Ausnahme, daß ein beratender Ausschuß der Mütterhilfsinstitutionen vorher Genehmigung zur Sterilisierung geben muß, ungeachtet des Alters der Behinderten. Diese Ausschüsse bestehen aus einem Leiter und 2 Spezialärzten und behandeln auch jene Fälle, wo es sich um Sterilisation von Personen unter 25 Jahren handelt.

Wenn die betreffende Person auf Grund geistiger Behinderung die Folgewirkung dieses Eingriffes nicht versteht, muß der Antrag von einem Vormund vorgelegt werden.

Bei Behandlung von Anträgen über Sterilisation einer Person, die die Hilfsmaßnahmen der Fürsorge für geistig Behinderte in Anspruch nimmt, wird ein Richter hinzugezogen.

Der Vollständigkeit halber möchte ich noch erwähnen, daß lt. Gesetz vom 1. Oktober 1975 allen Frauen — also auch geistig Behinderten — freie Schwangerschaftsunterbrechung vor Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche gewährt wird.

Auch nach der 12. Schwangerschaftswoche kann eine Unterbrechung stattfinden, und zwar in Risikofällen, um die Geburt eines behinderten Kindes zu verhüten. Für pränatale Diagnosen haben diese Regeln große Bedeutung, da diese erst nach der 12. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden können. Schwangerschaftsunterbrechung kann auch vorgenommen werden, wenn die Mutter psychisch zu belastet ist, um auf zufriedenstellende Weise für ihr Kind zu sorgen. Kann eine Frau auf Grund geistiger Behinderung die Reichweite dieses Eingriffes nicht verstehen, dann kann sie weder vor noch nach der 12. Schwangerschaftswoche selber um Unterbrechung ersuchen. Auch hier muß dann der Antrag von einem Vormund gestellt werden.

6.3. Wie stehen Sie zur Frage geistig Behinderter als Eltern?

Meiner Auffassung nach sollten alle Menschen selber bestimmen können, inwiefern sie ein Kind zu bekommen wünschen. Da sich die Gesellschaft auch in den übrigen Fällen nicht darum kümmert, wer Kinder bekommen darf, sollte es für geistig Behinderte keine Sonderregeln geben.

Um in Fällen geistig Behinderter einzugreifen, müßte bewiesen werden, daß die Geburt eines Kindes den Eltern oder der Gesellschaft schaden würde. Geistig behinderte Eltern lösen ihre Aufgaben der Erziehung genau so gut — oder so schlecht — wie andere Eltern mit ähnlichem finanziellen und sozialen Status.

Theoretisch spricht man oft über Rücksichtnahme auf das Kind, besonders wenn es ein normales Kind geistig behinderter Eltern ist. Während meiner 25jährigen Tätigkeit habe ich jedoch erfahren, daß es keinen Grund zu Befürchtungen gibt.

In der dänischen Gesellschaft wird die Erziehung der Kinder im allgemeinen — und leider in immer höherem Maße — von Pädagogen in Einrichtungen wie Kindergärten und Vorschulen übernommen, so daß auch die geistig behinderten Kinder von dieser Form Nutzen ziehen können. Im übrigen behaupten unsere Psychologen, daß geistig behinderte Mütter gute und warmherzige Erzieherinnen ihrer kleinen Kinder sind.

Geistig behinderte Kinder werden von der Gesellschaft akzeptiert. Deshalb wäre es unlogisch, geistig behinderten Erwachsenen zu verbieten, Kinder zu bekommen. Der weitaus größte Teil der behinderten Kinder wird von Nichtbehinderten zur Welt gebracht.

Auch sollte man an geistig Behinderte keine höheren Forderungen als an Nichtbehinderte stellen. Wenn der Staat jemals Geburtenkontrolle einführen sollte — und das möge Gott verhüten — dann müßte sie alle Bürger umfassen.

Eine Voraussetzung ist natürlich, Familienberatung zur Verfügung zu stellen, z. B. über das Risiko, ein geistig behindertes Kind zur Welt zu bringen — über Schwierigkeiten finanzieller oder praktischer Art, über Abort- und Sterilisationsmöglichkeiten usw. usw.

7. Informationssystem „Geistig Behinderte"

7.1. Sammlung statistischer Unterlagen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene. Werden diese Statistiken für die Planung verwendet?

Die Entwicklung seit 1958/59 auf dem extramuralen Gebiet geht aus umstehender Tabelle hervor.

Externe Einrichtungen	1959	1974	1959	1974
	Einrichtungen		Klienten	
Schulen	19	72	1 150	3 734
Kindergärten	5	51	177	880
Werkstätten	3	50	85	2 764
Schulen für Jugendliche	0	3	0	152
Gesamte externe Betreuung	27	176	1 412	7 530

Die Zahl der intramuralen Einrichtungen geht aus der Tabelle auf Seite 33 hervor.

Aus diesen Tabellen ist die Entwicklung von Anstaltsfürsorge zu kleineren Wohneinheiten für Behinderte, die unter geschützten Verhältnissen leben müssen, ersichtlich. Im Verhältnis zu der Gesamtbevölkerung ist die Steigerung in derselben Periode weniger markant. Dagegen ist die extramurale Versorgung in Schulen, Kindergärten und Werkstätten wesentlich gestiegen. Viele der extramuralen Klienten wohnen in Pensionen, in eigenen Wohnungen/Zimmern, bei den Eltern und unter anderen privaten Formen.

Im großen und ganzen kann gesagt werden, daß die passive Fürsorgeform älterer Zeiten markant gefallen ist. Die Gesamtzahl der intramuralen Klienten ist an und für sich nicht gestiegen, wenngleich sie 1959 insgesamt 9 251 und 1974 insgesamt 9 497 Klienten ausmachte. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung ist ein Rückgang von 2,0 Plätzen pro 1 000 Einwohner (1959) auf 1,8 Plätze (1974) zu verzeichnen.

Die Anzahl interner Einrichtungen stieg von 54 auf 126, u. a. weil die Einrichtungen wesentlich vermindert worden sind. Die durchschnittliche Bettenzahl pro Einrichtung war anfangs der Periode 170 pro Einrichtung, während man heute 75 Betten pro Einrichtung zählt. Außerdem bietet man eine variiertere Form von Einrichtungen an, und zwar gab es zu Anfang der Periode 7 und heute 11 verschiedene intramurale Einrichtungen.

Der Charakter der verschiedenen Einrichtungen hat sich auch wesentlich geändert. Die größeren Einrichtungen bieten heute kleine Einheiten mit heimischer Atmosphäre an. Das Personal hat heute behandelnde Aufgaben im Vergleich zu früheren Zeiten, wo man eine passive Fürsorge anbot. Auch das sogenannte „zweiteilige" System (man wohnt an einer Stelle und arbeitet an einer anderen Stelle) gibt der Fürsorge einen aktiven und humanen Charakter.

Betten pro Zimmer	Februar 1971		
	Zimmer	Betten	Betten %
1	1 474	1 474	*15,0*
2	932	1 864	*18,9*
3	455	1 365	*13,9*
4	364	1 456	*14,8*
5	123	615	*6,3*
6	116	696	*7,1*
7	41	287	*2,9*
8	86	688	*7,0*
9	39	351	*3,6*
10 bis 14 ..	53	580	*5,9*
15 bis 19 ..	14	230	*2,3*
20 bis 24 ..	7	152	*1,5*
25 bis 29 ..	3	79	*0,8*
insgesamt .	3 707	9 837	*100,0*

Ein wichtiger Teil dieser Entwicklung besteht aus dem sehr umfassenden Angebot von Einzelzimmern. In alten Zeiten, und heute noch in vielen Teilen der Welt, lebten die Behinderten in großen Schlafsälen mit 30 und mehr Betten. Diese „Schlafsilos" sind hier abgeschafft worden und der größte Teil unserer Behinderten lebt heute in Einzelzimmern, was auch aus untenstehender Tabelle ersichtlich ist:

Die Verminderung der intramuralen Fürsorge ist ein Ergebnis unserer Hilfsmaßnahmen, daß Familien ihre Kinder zu Hause behalten können. Man hilft auch den Jugendlichen, selbständig wohnen und leben zu können. Während die Anstaltsfürsorge in dieser Periode vermindert wurde, hat sich die intramurale Versorgung unserer Behinderten sehr markant entwickelt.

Ein Teil der intramuralen Klienten nimmt an den Tagesaktivitäten der Einrichtung teil, und fast immer in anderen als in den Wohngebäuden. Man strebt an, auch diesen Klienten Aktivitäten außerhalb der Einrichtungen anzubieten.

Seit 1965 haben geistig Behinderte die Möglichkeit, genau wie andere Bürger des Landes mit geringerem Einkommen, Invalidenpension zu bekommen, was den Bedarf an Versorgung in intramuralen und extramuralen Einrichtungen merkbar herabgesetzt hat.

7.2. Evaluative Studien

Evaluative Studien der Fürsorge finden laufend statt, doch ohne systematische Strukturen. Die zentrale Verwaltung setzt von Zeit zu Zeit Arbeitsgruppen ein, die die Aufgabe haben, einzelne Probleme der Fürsorge zu beurteilen und Vorschläge über Änderungen zu machen. Die verschiedenen Fachgruppen des Personals arbeiten ebenfalls Analysen aus, zum Teil in Zusammenarbeit mit Forschungszentren. Schließlich ist auf die wissenschaftliche Forschung hinzuweisen, die unter Punkt 8 beschrieben wird. Diese Arbeiten umfassen auch evaluative Studien der Fürsorge im ganzen, oder spezieller Seiten der Fürsorge, und zwar auf regionaler, fachlicher oder nationaler Grundlage.

8. Kurze Beschreibung und Bewertung der Organisation der Erforschung von Problemen geistiger Behinderung in Dänemark

Eine Denkschrift des Ausschusses, der seinerzeit das Gesetz über die Fürsorge für geistig Behinderte (1959) behandelte, hob die Bedeutung einer systematischen wissenschaftlichen Forschung über Entstehen, Behandlung und Vorbeugung geistiger Behinderung für die weitere Entwicklung der Fürsorge hervor.

Die damalige Forschung auf medizinischer, pädagogischer und sozialer Ebene lag scheinbar außerhalb des Behindertenbereiches, möglicherweise auf Grund ihrer komplizierten Natur, so daß die verschiedenen Probleme nur auf multidisziplinärer Ebene gelöst werden können. Diese Zusammenarbeitsform kam erst im Verlaufe der sechziger Jahre zustande.

1962 wurde vom damaligen Sozialminister ein Forschungsausschuß eingesetzt, der dem Sozialminister Ratschläge zur Vorbereitung der Forschung innerhalb der Fürsorge für geistig Behinderte erteilen sollte.

Der Direktor der Fürsorge, Herr N. E. Bank-Mikkelsen, ist der Vorsitzende des Ausschusses, welcher im übrigen aus Vertretern der verschiedenen Disziplinen und Behörden besteht.

Der Forschungsausschuß hat die Aufgabe, Forschung auf dem Gebiet der geistigen Behinderung zu betreiben. Anfangs war ein selbständiges Forschungscenter geplant, und im Jahr 1961 kaufte man ein Grundstück in einer Vorstadt Kopenhagens.

Bevor ein eigenes Forschungsinstitut zur Verfügung stand, arbeitete man mit qualifizierten Forschern inner- und außerhalb der Fürsorge und gab diesen Subsidien. Später übernahm das Forschungsinstitut einige der Forscher und deren Projekte.

1965 wurde ein Konto für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt, anfangs in Höhe von Dkr. 500 000,—, heute beträgt es 1 Million Kronen oder ein Promille des Gesamtetats der Fürsorge (1974/75).

Diese Mittel werden für Forschungsaktivitäten inner- und außerhalb der Fürsorge für geistig Behinderte verwendet, z. B. in Universitäten und wissenschaftlichen Instituten medizinischer, pädagogischer und sozialer Art. Die Verteilung geschieht nach Einberufung der Antragsteller (zweimal jährlich) und wird vom Forschungsausschuß vorgenommen.

Seit Bestehen des Ausschusses wurden mehr als 100 Projekte verschiedenster Art finanziert.

Auf dem *medizinischen Gebiet* ging ein Teil der Unterstützung an das Kennedy-Institut, teils für biochemische und psychologische Forschung über PKU, teils für Chromosomenforschung über Erblichkeitsprobleme. Auch anderen medizinischen Forschungen inner- und außerhalb der Fürsorge wurden Mittel zur Verfügung gestellt, z. B. an Krankenhäusern.

Auf dem *pädagogischen Gebiet* unterstützte man Forschung innerhalb des Unterrichtssektors der Fürsorge, Versuche und Übersetzungen verschiedener ausländischer Tests pädagogisch-psychologischer Art usw. Hier war die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit „Dänemarks pädagogischer Hochschule" von großer Bedeutung.

Auf dem *sozialen Gebiet* etablierte die Fürsorge Zusammenarbeit mit dem staatlichen Sozialforschungsinstitut, welches eine Untersuchung der Wohnverhältnisse entlassener geistig Behinderter vorgenommen hat.

Ein wichtiges *sozial-psychologisches* Gebiet ist die Haltung der Bevölkerung zu geistig Behinderten. Auch dieses Thema wurde wissenschaftlich behandelt, und hierfür wurden vom Forschungsausschuß Mittel zur Verfügung gestellt.

Viele Forschungsprojekte sind von mehrjähriger Dauer und werden von Forscherteams der verschiedenen Fachgruppen geleitet, z. B. medizinisch-soziale Untersuchungen, medizinisch-psychologische und andere multidisziplinäre Forschungen. Eines der wichtigsten Projekte ist die Frühförderung von Risikokindern, die von einem medizinisch-pädagogischen Team durchgeführt wird.

Die Forschungsaktivitäten hatten Verbesserung der Behandlung und Unterrichtung der Behinderten zur Folge. Die Mittel wurden unter der Bedingung verteilt, daß sie zur Inangriffnahme neuer Methoden zu verwenden seien, die später in die tägliche Arbeit eingehen sollten und über das allgemeine Betriebskonto abgehalten werden sollten.

Ein wichtiges Ergebnis der Forschungsarbeit ist der Kontakt und die nahe Zusammenarbeit von Mitarbeitergruppen der Fürsorge und Einzelpersonen/Gruppen, die an wissenschaftlichen Instituten Forschung betreiben und vorher keinen direkten Kontakt mit geistig Behinderten hatten.

Die Frage der Errichtung eines Spezialinstitutes zur Erforschung geistiger Behinderung ist mehrmals von dem Ausschuß erörtert worden. Um alle relevanten Disziplinen vertreten zu können, würde ein solches Institut zu groß werden, weshalb man diesen Gedanken vorläufig aufgegeben hat. Daher gibt es heute nur das Kennedy-Institut, während man auf anderen Fachgebieten das atomistische Prinzip beibehalten hat. Das Kennedy-Institut bekam einen bedeutenden Teil der gesamten Forschungsmittel, und da die beiden Gebiete des Instituts (Stoffwechselkrankheiten, die zu geistiger Behinderung führen, und Chromosomenforschung und genetische Beratung in Verbindung mit geistiger Behinderung) ihre große Bedeutung zur Verhütung geistiger Behinderung bewiesen haben, versucht man im Augenblick, auch aus anderen Quellen Mittel für diese Forschungszwecke zu erlangen.

Auf Grund des hohen wissenschaftlichen Niveaus, das für Arbeiten dieser Art erforderlich ist, mußten sich die Aktivitäten in Dänemark auf einzelne Institute und Forschergruppen beschränken. Mit anderen, ähnlichen Instituten der Kopenhagener bzw. Aarhus-Universitäten besteht auch eine sehr enge Zusammenarbeit.

Ein wesentlicher Teil der internationalen Zusammenarbeit besteht aus regelmäßigen persönlichen Kontakten und Veranstaltung von Kongressen. In Dänemark geschieht die Vermittlung der Forschungsergebnisse über verschiedene Fachverbände und deren Publikationen.

Auf Grund der Änderungen der verwaltungsmäßigen Strukturen in der Behindertenfürsorge sind Pläne über spezielle Forschungszentren für Behindertenprobleme heute überflüssig geworden. Der stufenweise Aufbau des Kennedy-Instituts über die beiden Knotenpunkte medizinischer Forschung über geistige Behinderung hat sich in wissenschaftlicher und behandlungsmäßiger Hinsicht als praktisch erwiesen.

Eine Trennung der pädagogischen Forschung über Unterrichtsmethoden für geistig Behinderte und anderen pädagogischen Forschungsgebieten ist heute nicht mehr aktuell. Das gleiche gilt medizinisch-sozialen Forschungen.

Cost-benefit-Forschung wurde schon berührt. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der Planung seitens der zentralen Verwaltung.

9. *Weitere Fragen*

a) *Welche Auswirkungen hat die geplante Umstrukturierung des gesamten Verwaltungssystems auf die Versorgung geistig Behinderter?*

Das Ziel der Umstrukturierung ist eine verwaltungsmäßige Eingliederung aller Fürsorgeformen für geistig Behinderte. Dies ist in Übereinstimmung mit dem Normalisierungsprinzip, und die weitere Konsequenz des Prinzips ist die Eingliederung aller Behindertengruppen.

Die dänische Staatsfürsorge war seinerzeit die beste Lösung der Probleme geistig Behinderter. Erstens übernahm der Staat alle Verpflichtungen für die geistig Behinderten, wodurch ein annehmbares Versorgungsniveau erreicht wurde, obwohl dieses Gebiet zu den versäumten sozialen Gebieten gehört, und zweitens ermöglichte ein solches System eine gleichartige Entwicklung in allen Teilen des Landes. Besonders die Ausbildung des Personals konnte durch das System „von oben" gesteuert werden. Eine zentrale Verwaltung ist in Entwicklungsperioden effektiv und wohl die beste Lösung.

Dänemark ist ein kleines Land, was man bei Fragen über zentrale oder dezentrale Verantwortung bedenken muß. Zentralisierung kann hier in quantitativer Hinsicht mit Dezentralisierung in größeren Ländern verglichen werden. Wenn die Fürsorge für geistig Behinderte weiterhin Spezialfürsorge bleiben würde, dann wäre eine verwaltungsmäßige Umstrukturierung einer Fürsorgeform, die so leicht und effektiv zentral verwaltet werden kann, völlig sinnlos.

Der Systemwechsel hat das Ziel, die Fürsorge für geistig Behinderte in die anderen Fürsorgegebiete einzugliedern.

Wir haben in den vergangenen Jahren erfahren müssen, daß ein staatliches Verwaltungssystem in Zeiten wirtschaftlicher Krisen die basalen Rechte des einzelnen Bürgers nicht wahrzunehmen vermag. So gibt es heute noch geistig behinderte Kinder, denen weder Schulung noch Unterricht zuteil wird, da der „Staat leider keine Mittel zur Errichtung von Schulen" hat. Deshalb kann man die Zweckmäßigkeit eines solchen Systems in Zeiten mit fallender Konjunktur bezweifeln. Kleinere Verwaltungseinheiten — Gemeinden und Bezirke — können ihren Bürgern Rechte wie Schulgang u. ä. nicht vorenthalten, weil sie kein Geld haben.

Man darf annehmen, daß Minoritäten bei Einführung der „Nahdemokratie" (das bedeutet die enge Verbindung zwischen Bürger und Politiker) nicht mehr zu den vergessenen Gruppen gehören. Eine Voraussetzung ist es jedoch, daß Eltern und ihre Verbände auch weiterhin für die Sache arbeiten, denn wir dürfen nicht vergessen, daß geistig Behinderte in politischer Hinsicht eine schwache Gruppe sind.

b) *Probleme der Mitwirkung der Elternschaft als Träger von Einrichtungen oder als beratende Instanz auf den verschiedenen Ebenen (Elternrat auf der Ebene der Sozialverwaltung, Elternrat auf der Ebene der Bezirke, Elternrat in den Gemeinden)*

In Dänemark ist die Fürsorge für geistig Behinderte für die Eltern kostenlos.

Der Elternverband — es gibt einen nationalen Verband, der in jedem der zehn Regionalzentren einen Bezirksverband hat — betreibt keine der Fürsorgeeinrichtungen und hat daher keinerlei Verpflichtungen der Fürsorge gegenüber, da die Versorgung von professioneller Seite betrieben wird. Private Einmischung seitens des Elternverbandes ist von beiden Seiten unerwünscht.

(Der dänische Elternverband besitzt eine Reihe von Einrichtungen, die vom Staat gemietet und unabhängig betrieben werden. Es ist ein Ergebnis aus Zeiten, als die staatliche Fürsorge über ausreichende Geldmittel zum Betrieb der Einrichtungen verfügte, für Bauaktivitäten jedoch nur unzulängliche Mittel zur Verfügung hatte.)

Die Elternbewegung war vermutlich die wichtigste Ursache zu der gewaltigen Entwicklung der Fürsorge. Eltern, Angehörige und andere, die sich für die Probleme der Behinderten interessierten, formulierten ihre Forderungen im Namen ihrer Kinder. Aus dem Aufbau des Fürsorgesystems kann ersehen werden, daß wir auf eine enge Zusammenarbeit mit Eltern und ihren Verbänden auf allen Ebenen allergrößten Wert legen.

Laut Gesetz Nr. 192, § 2, soll der zentrale beratende Ausschuß zwei Elternvertreter, und die örtlichen beratenden Ausschüsse laut § 3 je zwei Elternvertreter umfassen.

Außer der gesetzlich geregelten Zusammenarbeit, die in einer anderen Form von Anfang an bestanden hat, hat die Fürsorge für geistig Behinderte alles daran gesetzt, die Eltern auch aktiv in die Arbeit einzubeziehen.

Die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit Eltern wurde auch während eines Symposiums auf internationaler Ebene, das im November 1971 in Kopenhagen veranstaltet wurde, erörtert.

Auch als Kritiker spielen die Eltern eine große Rolle, und dies führte in den fünfziger Jahren zu dem großen Durchbruch. Aber auch weiterhin hoffen wir, mit der Kritik der Eltern rechnen zu dürfen, da sie die beste PR-Aktivität des Elternverbandes ist — und durch konstruktive Vorschläge zu ergänzen ist. Als „Verbraucher" spielen Eltern und ihre Verbände ebenfalls eine zentrale Rolle, die für die künftige Entwicklung von ausschlaggebender Bedeutung ist.

c) *Welche freien Trägerverbände existieren neben der zentralisierten Sozialversicherung? Welche zahlenmäßige Bedeutung haben diese freien Trägerverbände?*

Es gibt fast keine freien Trägerverbände. Die Rudolph-Steiner-Bewegung betreibt einige kleine Einrichtungen auf der Grundlage spezieller pädagogischer Philosophien. Auch auf anderen Gebieten gibt es einige private Initiativen — z. B. ein Tagesheim, das vom Staat unterstützt wird.

Wie gesagt hat der Elternverband von der Beteiligung an der Fürsorge für geistig Behinderte Abstand genommen.

Die psychiatrische Versorgung in Schweden

von

H. Forssman
Prof. für Psychiatrie an der Universität Göteborg, Schweden

In den letzten Jahrzehnten haben viele durchgreifende organisatorische Veränderungen der psychiatrischen Krankenpflege in Schweden stattgefunden und die Gesetze, die sich auf die Stellung der psychisch Kranken beziehen, wurden radikal umgearbeitet.

Wenn auch ein umfassender historischer Rückblick nicht zu meinem Auftrag gehört, ist es m. E. notwendig, zunächst diese Veränderungen aufzuzeigen, um die heutige Situation verständlich zu machen. Nach der Darstellung der jetzigen Verhältnisse werde ich am Ende des Berichtes noch auf einen ganz kürzlich vom schwedischen Amt für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege vorgelegten Plan über die psychiatrische Krankenpflege eingehen und schließlich eine gewissermaßen eigene Bewertung der aktuellen Philosophie in der schwedischen Psychiatrie und der Entwicklung der psychiatrischen Krankenpflege in Schweden versuchen.

Während die körperliche Krankenpflege seit langem eine Aufgabe der Landschaftsverbände und der größeren Städte war, oblag die psychiatrische Krankenpflege bis 1967 im wesentlichen dem Staat. Die Pflege der schwereren psychiatrischen Fälle, die den größeren Teil der Psychiatrie ausmachte, erfolgte in großen Anstalten, die ausschließlich für psychiatrische Pflege vorgesehen waren. Bis 1967 standen diese unter staatlicher Verwaltung, jedoch mit Ausnahme der Anstalten der drei Großstädte, die schon seit den dreißiger Jahren auf Grund vertraglicher Regelungen mit dem Staat die Pflege ihrer Geisteskranken in eigener Regie übernommen hatten. Die staatliche Verwaltung brachte große Nachteile mit sich. Die Entfernung zwischen der Anstalt und den administrativen Behörden war weit und der Kontakt war gekennzeichnet durch Schwerfälligkeit und bürokratische Tätigkeit. Die staatlichen Anstalten für psychisch Kranke waren im Verhältnis zu den kommunalen allgemeinen Krankenhäusern auch bedeutend schlechter gestellt bezüglich der Zuteilung von finanziellen Mitteln, Anzahl der Angestellten, baulichem und verpflegungsmäßigem Standard usw. Ein Circulus vitiosus entstand weiterhin dadurch, daß die spärlichen Stellen für Ärzte und der allgemein niedrige Standard zur Folge hatte, daß diese wenigen Stellen oft nicht einmal besetzt werden konnten. Aus Mangel erwuchs also ein noch größerer Mangel. In den fünfziger und sechziger Jahren war die prekäre Lage der staatlichen psychiatrischen Krankenpflege offenkundig und erregte etliche Kritik und Debatte. Die geteilte Verwaltung des Gesundheitswesens war schon an und für sich ungünstig. Die Teilung trug in hohem Maße dazu bei, Vorurteile aufrechtzuerhalten, daß psychische Krankheiten etwas anderes und „Schlechteres" seien als somatische. Indessen wurde die Verwaltung mit der Zeit in zweifacher Hinsicht geteilt, nämlich nicht nur in der Weise, daß die Geisteskrankenpflege unter staatlicher Verwaltung stand mit schlechterer Qualität als Folge, während die somatische Krankenpflege mit einem weitaus besseren Standard von den Landschaftsverbänden verwaltet wurde, sondern auch in dem Sinne, daß die Grenzen zwischen den beiden Verwaltungsbereichen während einer Übergangszeit das Feld der psychiatrischen Krankenversorgung quer durchschnitten. Seit den dreißiger Jahren waren nämlich psychiatrische Abteilungen (Kliniken) innerhalb der allgemeinen Krankenhäuser eingerichtet worden, die folglich auch derselben Verwaltung unterstanden.

1967 wurden die bis dahin staatlichen Krankenhäuser von den Landschaftsverbänden übernommen. Bedeutende Verbesserungen sind im Gange, neue Stellen sind eingerichtet worden und es ist jetzt auch leichter, diese zu besetzen. Dazu hat auch eine Neuorganisation der ärztlichen Ausbildung beigetragen — mehr darüber wird später noch zu berichten sein.

Eine Verbesserung des Pflegestandards der großen Geisteskrankenanstalten — sie werden jetzt als psychiatrische Krankenhäuser bezeichnet — auf das Niveau der allgemeinen Krankenhäuser ist vorläufig noch nicht erreicht. Die Versäumnisse der langjährigen staatlichen Verwaltung machen sich immer noch in gewissem Ausmaß bemerkbar. Nicht zuletzt stellt die Größe der übernommenen Anstalten mit ca. 1 000 Betten, manchmal auch darüber, einen ungünstigen Faktor dar.

Neben der Reformierung der Verwaltung war eine durchgreifende Änderung der Gesetze, die die Krankenhausaufnahme der psychisch Kranken regeln, von entscheidender Bedeutung für eine wesentliche Verbesserung der Atmosphäre im Bereich der psychiatrischen Krankenversorgung. Eine stationäre Behandlung auf freiwilliger Basis gab es nach einem Gesetz von 1939 an den eigentlichen Geisteskrankenanstalten überhaupt nicht. Eine solche war nur möglich an den wenigen psychiatrischen Abteilungen innerhalb allgemeiner Krankenhäuser. Ab 1959 bestand jedoch die Möglichkeit der Aufnahme von Patienten in psychiatrische Krankenhäuser unter den gleichen Bedingungen, wie sie für gewöhnliche Krankenhäuser galten, d. h. sowohl Aufnahme wie

Entlassung konnten auf eigenen Wunsch erfolgen. Gemäß dieser gesetzlichen Bestimmung, die nur eine Ergänzung des früheren Gesetzes war, war es jedoch weiterhin möglich, zwar auf eigenen Antrag aufgenommen, aber dennoch nicht auf eigenen Wunsch wieder entlassen zu werden. Die günstigen Erfahrungen mit gänzlich freiwilliger Behandlung bewirkten aber weitgehende Veränderungen in der Gesetzgebung und am 1. Januar 1967 trat ein neues Gesetz in Kraft.

Als Hauptregel gilt jetzt, daß die Behandlung freiwillig erfolgt, und daß damit auch die Entlassung auf eigenes Verlangen ein fundamentales Recht ist. Zwangsweise Behandlung kann nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgen, z. B. bei Sicherheitsgefährdung anderer Personen oder des eigenen Lebens oder Unfähigkeit, sich selbst zu versorgen. Man kann auch auf Grund eines von einem Facharzt für Psychiatrie ausgestellten Zeugnisses gegen seinen Willen aufgenommen werden, wenn zu erwarten ist, daß sich der Krankheitszustand ohne Behandlung verschlechtert bzw. daß er sich durch Behandlung verbessern läßt. In sämtlichen Fällen muß als grundlegende Voraussetzung das Vorliegen einer schweren psychischen Krankheit erfüllt sein. Schließlich werden auch solche Patienten zwangsweise aufgenommen, die von einem Gericht zur stationären Behandlung eingewiesen werden, nachdem sie im Zuge eines Strafverfahrens einer gerichtspsychiatrischen Untersuchung zugeführt worden waren.

Alle Patienten, die ohne gesetzliche Formalitäten und auf freiwilliger Basis aufgenommen werden, haben das Recht, das Krankenhaus auf eigenen Wunsch jederzeit zu verlassen.

Jene Patienten, die auf Grund solcher Paragraphen, die die zwangsweise Unterbringung regeln, aufgenommen sind, können gegen die Internierung am Krankenhaus bei einer sogenannten Entlassungskommission Einspruch erheben. Der Vorsitzende derselben ist Richter und als obligatorisches Mitglied gehört ihr ein vom Krankenhaus unabhängiger Facharzt für Psychiatrie an. Die Kommission tritt wöchentlich im Krankenhaus zusammen.

Die Gesetzesänderungen haben auch den Wegfall einer Anzahl von früher vorgeschriebenen Anmeldungspflichten mit sich gebracht. Die wichtigste Neuerung ist, daß Eingriffe in das Recht der Eheschließung bei einer in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen Person nicht mehr erfolgen, vorausgesetzt, daß der Betreffende nicht entmündigt ist. Bei Entmündigten kann der Vormund Einspruch erheben. Dieser kann aber durch Gerichtsbeschluß aufgehoben werden.

Eingriffe in die persönliche Freiheit kommen an den heutigen schwedischen psychiatrischen Krankenhäusern selten vor. Es gibt nur wenige geschlossene Abteilungen. Zwangsmaßnahmen werden an den meisten Krankenhäusern nur in geringem Umfang ergriffen und wenn, dann ist es gewöhnlich ein Zeichen von Personalmangel. Briefzensur und Telefonverbot gibt es praktisch überhaupt nicht, außer bei einer Gruppe von psychisch kranken Delinquenten. Die freiwillige Aufnahme kommt in großem und noch immer wachsendem Umfang zur Anwendung. Sie erfolgt nach den Bestimmungen des allgemeinen Krankenversorgungsgesetzes, wodurch der psychisch Kranke völlig dem somatisch Kranken gleichgestellt wird. Von den gesamten Aufnahmen des Landes an psychiatrische Anstalten erfolgten 1965 (ältere Gesetzesnovelle) 40 % auf freiwilliger Basis. 1969 erfolgten 62 % auf diese Weise nach dem neuen Gesetz. Es gibt indessen Krankenhäuser, an welchen der Anteil an freiwilligen Aufnahmen noch weit höher ist. An dem Krankenhaus, an welchem ich tätig bin, lagen die Ziffern für die Jahre 1967 bis 1970 bei knapp über oder knapp unter 80 %. Dazu muß bemerkt werden, daß nicht weniger als 10 % unserer Patienten nach einem Gerichtsverfahren eingewiesen sind. Nichts war von größerer Bedeutung für die Annäherung der Behandlungsbedingungen in der Psychiatrie an die der somatischen Medizin als der Wegfall einer Reihe von repressiven Maßnahmen.

Seit die Verwaltungsreform Anfang des Jahres 1967 verwirklicht wurde, herrscht in bezug auf Leitungsfunktionen, Finanzierung, Planung usw. Gleichstellung zwischen der somatischen und psychiatrischen Krankenversorgung. Eine Darstellung der Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Schweden folgt nachstehend:

Das gesamte Gesundheitswesen in Schweden steht unter *staatlicher* Kontrolle. Der überwiegende Teil der Tätigkeit erfolgt in öffentlicher Regie oder wird aus öffentlichen Mitteln unterstützt.

Die zentrale Organisation: Das zentrale Amt für Angelegenheiten der Wohlfahrts- und Gesundheitspflege sowie der Arzneimittelversorgung ist das *socialstyrelsen* (Reichsamt für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege — RGA), das auf Regierungsebene direkt dem Sozialministerium unterstellt ist. Das Amt ist in verschiedene Abteilungen gegliedert, z. B. für Gesundheitswesen, Sozialfürsorge, Kinder- und Jugendfürsorge, Akutkrankenpflege für chronische Krankheiten, Alterspflege. Die Integrationsphilosophie kommt darin zum Ausdruck, daß es im RGA keine eigene Abteilung für psychische Krankheiten gibt. Angelegenheiten dieses Bereiches werden je nach deren Beschaffenheit in der Abteilung für Akutkrankenpflege oder für Kinder- und Jugendpflege oder chronische Krankheiten usw. behandelt. Innerhalb des RGA gibt es Räte und Kommissionen zur Bearbeitung besonderer Sachgebiete und außerdem steht dem RGA eine Anzahl ratgebender Organe zur Seite (so z. B. der wissenschaftliche Rat, die Kommission für die Untersuchung von schädlichen Nebenwirkungen von Arzneimitteln u. a.). Außer dem RGA sind gewisse andere zentrale Instanzen auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitsdienstes tätig, z. B. das Institut für Arbeitsmedizin, das staatliche Institut für Volksgesundheit, die Kommission für den Bau von Krankenhäusern und sozialen Wohlfahrtseinrichtungen, das Planungs- und Rationalisierungsinstitut für das Gesundheitswesen und die öffentliche Wohlfahrtspflege (SPRI), dessen Aufgabe es u. a. ist, die Planungs- und Rationalisierungsarbeit der öffentlichen Verwaltung auf dem Gebiete der Gesundheitspflege

zu fördern, koordinieren und unterstützen, sowie auch für die Koordinierung von rein medizinischer Tätigkeit und sozialer Fürsorge einzutreten.

Die lokale Organisation: Im Gesetz über die Krankenpflege, das am 1. Juli 1963 in Kraft trat, heißt es, daß der Landschaftsverband und Städte, die einem solchen nicht angehören, verpflichtet sind, „sowohl die ambulante wie auch die stationäre Behandlung von Krankheit, Verletzung, körperlicher Gebrechen und bei Geburten zu besorgen, soweit dafür nicht andere Stellen zuständig sind". Unter ambulanter Behandlung versteht man die Behandlung von Patienten, die nicht im Krankenhaus aufgenommen sind, unter stationärer die Behandlung von Patienten, die im Krankenhaus aufgenommen sind.

Schweden ist in 23 Landschaftsverbände eingeteilt, dazu kommen drei große Stadtgemeinden, die nicht einem Landschaftsverband angehören. Im übrigen fallen die Gebiete der Landschaftsverbände mit denen der Regierungsbezirke zusammen. Im Bereich des Landschaftsverbandes oder der freien Stadtgemeinde steht die Krankenversorgung unter der Leitung eines kommunalen Gesundheitsamtes.

Daß Staat, Landschaftsverbände und freie Städte die Verwaltung der stationären und des größten Teiles der ambulanten Krankenbetreuung ausüben, schließt jedoch nicht aus, daß sich auch andere — Primärgemeinden, gemeinnützige Stiftungen und Privatpersonen — in begrenztem Umfang an der Krankenversorgung beteiligen können.

Der Staat ist Auftraggeber der Bezirksärzteorganisation, d. h., es gibt in jedem Regierungsbezirk einen staatlich angestellten Arzt in leitender Stellung mit hauptsächlich administrativen, hygienischen und Überwachungsaufgaben. Unter staatlicher Verwaltung stehen auch zwei Ausbildungskrankenhäuser, das Karolinische Institut in Stockholm und das Akademische Krankenhaus in Uppsala, sowie die Krankenversorgung (sowohl somatische als auch psychiatrische) innerhalb des Militär- und Gefängniswesens. Auch die Institutionen für gerichtspsychiatrische Untersuchungen einschließlich der gerichtspsychiatrischen Kliniken stehen unter staatlicher Verwaltung.

Die Landschaftsverbände sind Auftraggeber des Krankenhauswesens im allgemeinen, einschließlich der Ambulatorien an Krankenhäusern und der freistehenden Ambulatorien (sog. Polikliniken). Demnach sind sie für den Betrieb von allgemeinen Krankenhäusern, Krankenstuben, Entbindungsheimen, Invalidenheimen, Konvaleszentenheimen, psychiatrischen Krankenhäusern, Krankenheimen für psychisch Leichtkranke, Krankenhäusern für Epileptiker und Institutionen für Geistesschwache verantwortlich. Die Landschaftsverbände sind ebenso für die Organisation der Distriktsärzte, -schwestern und -hebammen zuständig, für die Geburtshilfe, Mütterberatung, den Gesundheitsdienst für Kinder, die Abortprophylaxe, die Familienberatung, die psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die Tuberkulosenfürsorge und die Volkszahnpflege. Die freien Städte sind in ihrem Bereich für dieselben Zweige des Gesundheitswesens verantwortlich wie die Landschaftsverbände, darüber hinaus aber noch für solche Aufgaben, die den Primärgemeinden obliegen. Auch in diesen freien Stadtgemeinden gibt es einen staatlich angestellten übergeordneten Arzt mit denselben Funktionen wie die Bezirksärzte.

Die Primärgemeinden sind für Heime zur Pflege bestimmter chronischer körperlicher Krankheiten verantwortlich, weiter für Altersheime, die Betreuung von alten Personen zu Hause und den schulärztlichen Dienst in der Gemeinde. In allen Gemeinden gibt es eine Sanitätskommission und in Gemeinden mit über 40 000 Einwohnern muß sich ein von der Gemeinde angestellter Arzt befinden, der mit hygienischen, administrativen und kontrollierenden Aufgaben betraut ist. Bei Gemeinden mit über 15 000 Einwohnern wird die Anstellung eines solchen Arztes empfohlen, ist aber nicht vorgeschrieben.

Vereine, Stiftungen u. a., in deren Leitung öffentliche Organe vertreten sind, können auch Verwalter gewisser Spezialkrankenhäuser (für Rheumatiker und Epileptiker) und Heime für Epileptiker sein. Der Staat gewährt Zuschüsse für ihren Betrieb. Auch Privatpersonen oder Unternehmen können Eigentümer privater Sanatorien, Epileptikerheime oder Anstalten für Geistesschwache sein.

Ärztliche Privatpraktiken: In Schweden ist die Anzahl der privat praktizierenden Ärzte niedrig im Vergleich zu anderen Ländern und im Verhältnis zur Anzahl öffentlich angestellter Ärzte. Es gibt im Lande knapp 1 000 Ärzte mit ganztägiger Privatpraxis und ca. 500 mit privater Halbtagspraxis. Dazu kommen etwa 2 000 öffentlich angestellte Ärzte, die von ihrem sehr begrenzten Recht auf eine private Tätigkeit während ihrer Freizeit Gebrauch machen. Trotzdem erfolgen in den Großstädten ca. 60 % aller ärztlichen Konsultationen bei Ärzten in der freien Praxis, während die entsprechende Ziffer in den ländlichen Gemeinden nur etwa 10 % ausmacht.

Im Fachgebiet Psychiatrie gibt es besonders wenige Privatpraktiker und diese verteilen sich im wesentlichen auf einige wenige größere Städte. Es ist jedoch eine allgemeine Erfahrung, daß psychiatrische Fälle in großem Umfang von Fachärzten anderer Disziplinen behandelt werden. Man kann zusammenfassend sagen, daß beinahe die gesamte ambulante, fachärztlich-psychiatrische Behandlung in Schweden in öffentlicher Regie durchgeführt wird, nur ein geringer, marginaler Teil der Tätigkeit wird von frei praktizierenden Ärzten ausgeübt.

Über die stationäre Pflege kann zusammenfassend gesagt werden, daß das Land in 25 Sanitätsbezirke eingeteilt ist (die 23 Landschaftsverbände und die zwei freien Städte Göteborg und Malmö). Da die Bezirke für spezielle Fachgebiete zu klein sind, wurde gemäß Reichstagsbeschluß vom Jahr 1960 eine sog. *regionale Krankenversorgung* eingerichtet. Das Land ist in sieben Sanitätsregionen eingeteilt, die für die hochspezialisierte Behandlung bestimmter Krankheitsgruppen vorgesehen sind. In einigen Fällen überkreuzen die Regionsgrenzen die der Sanitätsbezirke.

Ergänzend zu den Angaben über die Kostenträger sei bemerkt, daß der Staat, die Landschaftsverbände

und die Primärgemeinden in gewissem Umfang auch solchen Einrichtungen finanzielle Unterstützung gewähren, die nicht unter ihrer Verwaltung stehen. *Staatliche Zuschüsse* gibt es demnach für Errichtung und auch für den Betrieb einer Reihe von Krankenanstalten, auch solcher für psychisch Kranke, Epileptiker und Geistesschwache. Von den *Landschaftsverbänden* können Kostenbeiträge gewährt werden an Primärgemeinden und Privatpersonen, die Krankenpflege von chronischen somatisch Kranken, psychisch Kranken, Epileptikern und Oligophrenen betreiben.

Kosten, Formen der Kostenbegleichung u. a. m.

Die Kosten des einzelnen: Recht auf Krankengeld haben in Schweden alle schwedischen Staatsbürger und hier wohnhafte Ausländer. In Schweden ansässige Personen müssen laut Gesetz vom 16. Lebensjahr an in der allgemeinen Krankenkasse versichert sein. Der Krankenversicherte hat einen Versicherungsbeitrag zu leisten, wodurch er u. a. zum kostenlosen Krankenhausaufenthalt berechtigt ist. Beitragspflichtig ist man jedoch nur, wenn man ein steuerpflichtiges Einkommen hat. Bei niedrigem Einkommen wird der Beitrag (der vom Versicherten zu bezahlen ist) herabgesetzt. Volkspensionsempfänger sind von der Zahlung des Versicherungsbeitrages befreit. Der Beitrag wird steueramtlich eingehoben. Er belief sich für das Jahr 1972 im Durchschnitt, für das ganze Land berechnet, auf ca. 160 schwedische Kronen pro Jahr und Person.

Kinder unter 16 Jahren erhalten dieselbe Vergütung für Krankenpflegekosten wie Erwachsene, ohne jedoch selbst einen Beitrag zu zahlen.

Bei stationärer Krankenhauspflege an dem für den Wohnort zuständigen Krankenhaus werden die Kosten bei Unterbringung im allgemeinen Saal von der Krankenkasse gedeckt. Das gilt für unbegrenzte Behandlungsdauer aller mit Ausnahme derer, die Volkspension beziehen. Die letzteren erhalten die Krankenhauskosten höchstens 365 Tage lang ersetzt, danach haben sie einen subventionierten, ziemlich niedrigen Beitrag zu leisten. Auch die Fahrtkosten im Zusammenhang mit Aufnahme und Entlassung werden von der Krankenkasse ersetzt. Wenn ein Empfänger der Volkspension keine Mittel hat, um für die Krankenhauskosten aufzukommen, springt die Sozialfürsorge ein. Bei stationärer Pflege hat der Patient also überhaupt keine Kosten zu tragen — abgesehen von der Gebühr, die ein Volkspensionist nach den ersten 365 Tagen zu entrichten hat. Der Patient wird in keinem Fall mit irgendwelchen Sondergebühren für Spezialuntersuchungen, Operationen, Medikamente etc. belastet. Behandlung auf Privatzimmern gegen Aufzahlung kommt in Schweden jetzt nur mehr in äußerst geringem Umfang vor und in den psychiatrischen Krankenhäusern fast überhaupt nicht.

Ambulante Behandlung: Eine niedrige Einheitstaxe — derzeit 12 Kronen pro Konsultation — wird von Krankenversicherten bei Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen für die Krankenversorgung erhoben, gleichgültig, ob es sich um Ambulatorien an Krankenhäusern, freistehende solche oder die Praxis der Distriktsärzte handelt. In dieser Taxe sind auch eventuelle Röntgen- und Laboruntersuchungen, Konsultationen in anderen Ambulatorien, in die der Patient überwiesen wird, inbegriffen. Zwischen dem öffentlich angestellten Arzt und dem Patienten gibt es keinerlei finanzielle Transaktionen, die festgesetzte Taxe wird vor der ärztlichen Konsultation von einem Beamten eingezogen.

Medikamente: Für alle Arzneimittel, die bei einem Arztbesuch mittels Rezept verordnet werden, hat der Patient insgesamt höchstens 15 Kronen zu bezahlen, unabhängig von dem tatsächlichen Preis. Gewisse Medikamente, die bei bestimmten Krankheitszuständen über lange Zeit genommen werden müssen, werden kostenlos verabreicht. Das gilt z. B. für Insulin bei Diabetes, Digitalis bei Herzkrankheiten und innerhalb der Psychiatrie für Phenothiazinpräparate bei Schizophrenie und Antiepileptica bei Epilepsie.

Eine Folge davon, daß die Kosten für ambulante und stationäre Behandlung in Schweden nur in geringem Maße auf die einzelnen Kranken fallen, ist natürlich, daß der Anteil der dafür aufgewendeten Steuern entsprechend hoch ist. In der folgenden Tabelle werden die Nettokosten für Gesundheits- und Krankenpflegewesen (Betriebs- und Baukosten) in den Jahren 1960, 1965 und 1970, aufgeteilt auf Landschaftsverbände, Staat, freie Städte, Krankenkassen und Primärgemeinden dargestellt, ausgedrückt in Millionen schwedischen Kronen.

	1960	1965	1970	% (für 1970)
Landschaftsverbände ..	1 002,0	2 285,7	6 212,6	*56*
Staat	600,8	1 097,6	2 162,8	*19*
Freie Städte ..	384,3	705,5	1 313,6	*12*
Allgemeine Krankenkassen	386,5	624,6	1 425,1	*13*
Übrige Primärgemeinden .	17,7	38,3	59,3	—
insgesamt	2 391,3	4 751,7	11 173,4	*100*
Durchschnittliche Kosten pro Einwohner in Kronen	320	614	1 389	

Bezüglich der psychiatrischen Versorgung stehen keine Zahlen zur Verfügung, aus denen die Kosten für die psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern und die gesamte ambulante Versorgung hervorgehen.

Nachstehende Zusammenstellung für die Jahre 1960, 1965 und 1971 bezieht sich auf die Betriebskosten der psychiatrischen Krankenhäuser sowie der privaten und öffentlichen (von den Landschaftsverbän-

den bzw. den freien Städten getragenen) Pflegeheime, angegeben in Millionen schwedischen Kronen:

1960	1965	1971
282,0	519,4	1 126,6.

Ich möchte betonen, daß diese *Betriebs*kosten berechnet sind nach Abzug der von den Krankenkassen und Patienten geleisteten Beiträge, weshalb die beiden Tabellen nicht unmittelbar vergleichbar sind. Mit der zweiten Tabelle soll nur gezeigt werden, daß der Kostenaufwand für die psychiatrische Versorgung ungefähr in demselben Tempo ansteigt wie für die medizinische Versorgung im allgemeinen.

Organisation und Struktur des psychiatrischen Gesundheitsdienstes

Die stationäre psychiatrische Behandlung erfolgt zum größten Teil in den vordem staatlichen, unidisziplinären Großkrankenhäusern, im folgenden Mentalkrankenhäuser genannt (die offizielle Bezeichnung ist seit einigen Jahren: „ungeteiltes psychiatrisches Krankenhaus"). Von der gesamten Bettenzahl von über 37 000 entfallen mehr als 27 000 oder 73 % auf diese Mentalkrankenhäuser. Die langfristige psychiatrische Behandlung chronischer Psychosen ohne allzu ausgeprägte Verhaltensstörungen erfolgt in sogenannten Mentalpflegeheimen mit über 8 000 Betten, d. h. 21 %. Restliche knapp 2 000 Betten (= 6 %) verteilen sich auf die psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern. In manchen Gebieten gibt es noch immer eine kleine, schrumpfende Organisation für die Dauerpflege von psychisch Kranken, vorwiegend auf dem Lande: die Familienpflege. Die Anzahl Plätze in dieser Form der Betreuung beläuft sich auf nicht ganz 1 000.

Die Bettenzahl für stationäre psychiatrische Behandlung war in Schweden 1940 etwas unter 4 Promille der Bevölkerung und stieg Anfang der siebziger Jahre auf nicht ganz 5 Promille an. Die nächste Tabelle gibt ein Bild der Entwicklung:

Jahr	Bettenzahl Mentalkrankenhaus und psychiatrische Abteilung	pro 1 000 Einwohner	Bettenzahl in Pflegeheimen	Total	pro 1 000 Einwohner
1940	22 272	3,49	2 401	24 673	3,87
1950	24 720	3,50	4 206	28 926	4,10
1960	28 054	3,75	6 354	34 408	4,59
1969	28 904	3,61	8 584	37 488	4,68
1972	29 087	3,63	8 257	37 344	4,67

Daß die unidisziplinären Mental-Großkrankenhäuser über das Gros der Bettenzahl verfügen, geht aus der folgenden Zusammenstellung hervor, die allerdings auch zeigt, daß die Bettenzahl an den psychiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser im Anwachsen ist:

Jahr	Bettenzahl Mentalkrankenhäuser	Bettenzahl psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern
1950	24 022	698
1955	24 525	786
1960	26 720	1 334
1967	26 815	1 709
1969	27 096	1 808

Da die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser weitaus kürzer ist, entfällt auf sie ein bedeutend größerer Anteil der Aufnahmeziffern, als es ihrer Platzanzahl entspricht. Von 63 000 Aufnahmen im Jahre 1966 kamen 18 000 auf diese Abteilungen und 45 000 auf die Mentalkrankenhäuser, d. h. 28 % aller Aufnahmen entfallen auf die ersteren.

Die Teilhospitalisierung („Tageskliniken") wurde in Schweden bisher nur in geringem Umfang und erst in den letzten 10 bis 20 Jahren praktiziert. Heute gibt es jedoch fast an jedem Krankenhaus auch sogenannte „Tagpatienten" und im übrigen auch „Nachtpatienten" (die sich nur abends und nachts im Krankenhaus befinden). In den Großstädten und in manchen anderen Orten gibt es besondere, freistehende Tageskliniken, die häufig auch als Rehabilitationszentren dienen. Große Teile des Landes sind wegen der großen Entfernungen in den dünnbesiedelten Gebieten für die Teilhospitalisierung wenig geeignet. Statistische Angaben über die halbstationären Behandlungsformen kann ich leider nicht vorlegen, sondern nur konstatieren, daß diese sich ziffernmäßig im Ansteigen befinden. Mindestens an einer Stelle hat man in der Nähe eines Mentalkrankenhauses ein Patientenhotel errichtet, um dem Bedürfnis nach einem außerhalb des Krankenhauses gelegenen Nachtquartier für Tagpatienten mit langem Anreiseweg entgegenzukommen.

Zusammengefaßt: die heutige Bettenzahl für stationäre psychiatrische Behandlung liegt zwischen vier und fünf pro 1 000 Einwohnern. Das Reichsgesundheitsamt rechnet in seinem Prinzipplan mit einer auf 2,35 pro 1 000 Einwohner reduzierten Bettenzahl. Man erwartet, daß eine zunehmende Anzahl von Patienten ausschließlich ambulant behandelt werden kann und beabsichtigt des weiteren, das psychogeriatrische Klientel auf Abteilungen für somatisch Langzeitkranke zu überführen.

Auch wenn heute alle Landschaftsgebiete, außer vier, über eine psychiatrische Abteilung an einem allgemeinen Krankenhaus verfügen, ist deren Bettenzahl zur Zeit noch so niedrig, daß diese Abteilungen für den Bedarf der Akutpsychiatrie unzureichend sind. Im großen und ganzen erfolgt die Verteilung so, daß die Betten der psychiatrischen Abteilungen für Patienten ohne auffälliges und störendes Verhalten und für solche mit relativ kurzer Verweildauer, sogenannte „Neurotiker", reserviert werden. Die

großen Mentalkrankenhäuser nehmen in hohem Maß dieselben Gruppen von Kranken auf wie die psychiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser, darüber hinaus werden aber auch alle Fälle mit schwereren, akuten Verhaltensstörungen und auch die Mehrzahl der Langzeitkranken in diesen Krankenhäusern betreut, soweit sie nicht — wegen Platzmangel oder weil sie dafür ungeeignet sind — in Pflegeheimen untergebracht werden können. An den Mentalkrankenhäusern wird auch eine ständig wachsende Zahl von psychogeriatrischen Fällen betreut. Während demnach in den Mentalkrankenhäusern alle Formen psychischer Krankheit behandelt werden, versorgen die psychiatrischen Abteilungen (auch psychiatrische Kliniken genannt) einen Sektor von leichteren psychiatrischen Fällen und die Pflegeheime (einschließlich Familienpflege) einen recht großen Teil der Langzeitkranken.

Die Entwicklung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung in den letzten 20 Jahren ist durch einen starken Anstieg der Aufnahmeziffern charakterisiert. Während sich die Anzahl der Betten nur unbeträchtlich erhöht hat und die der Pflegetage eine leicht sinkende Tendenz zeigt, hat sich die Zahl der Aufnahmen vervierfacht. Mehrere Faktoren tragen zu dieser Entwicklung bei, die ja ein international bekanntes Phänomen ist. Medizinische Fortschritte vorwiegend auf dem Gebiet der Psychopharmakologie ermöglichen die frühzeitige Entlassung auch von Patienten mit schweren, psychotischen Reaktionen. Alkoholiker belegen eine immer größer werdende Anzahl von Betten (was in Schweden teilweise mit einer i. J. 1955 durchgeführten Änderung des Gesetzes über alkoholische Getränke zusammenhängt), andere Suchtkrankheiten sind in den letzten ca. 10 Jahren dazugekommen und diese beiden Kategorien von Patienten werden in der Regel nur für relativ kurze Zeit aufgenommen. Der starke Anstieg der Aufnahmeziffern beruht demnach zum großen Teil darauf, daß dieselben Personen mehrmals im Verlauf eines Jahres aufgenommen werden.

Spezielle Einrichtungen

Früher wurde erwähnt, daß die großen Mentalkrankenhäuser als psychiatrische All-round-Krankenhäuser geführt werden und demnach alle Arten psychisch Kranker aufnehmen. Das hindert jedoch nicht, daß gewisse Pflegebereiche über besondere Einrichtungen verfügen. Die deutlichste Grenze besteht zwischen der eigentlichen psychiatrischen Versorgung und der Betreuung von Geistesschwachen. Für die letzteren gibt es eine eigene Pflegeorganisation, über die in einem besonderen Abschnitt berichtet werden soll. Noch vor fünf Jahren konnten Geistesschwache in die psychiatrischen Fachkrankenhäuser aufgenommen werden, auch wenn keine komplizierte Geisteskrankheit vorlag. Das ist jetzt nicht mehr der Fall. Geistesschwache ohne Komplikation, etwa in Form einer Psychose, sind von den für sie zuständigen Betreuungsorganisationen aufzunehmen. Bei Vorliegen einer komplizierten psychischen Erkrankung werden sie in üblicher Weise zur stationären Behandlung in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen.

Die große Anzahl der *Alkoholiker* wird in den gewöhnlichen psychiatrischen Krankenhäusern betreut und in der Tat sind es die Alkoholiker, die einen sehr großen Teil der Aufnahmeziffern an psychiatrischen Männerabteilungen ausmachen. Gleichwohl gibt es auch eine Organisation von Einrichtungen für die Betreuung von Trunksüchtigen, die entweder vom Staat oder von privaten Stiftungen erhalten werden, im letzteren Fall mit Hilfe von beträchtlichen Zuschüssen aus öffentlichen Mitteln — diese werden dann als „anerkannte" Trinkerheilstätten bezeichnet.

Die Bettenzahl an Trinkerheilstätten beträgt insgesamt ca. 2 000 im ganzen Land. Bei der Marginalgruppe von Trinkern, die überhaupt in solchen Heilstätten zur Aufnahme gelangen, handelt es sich um notorisch rückfällige Personen, die nicht einmal unter den Bedingungen der stationären Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus in der Lage sind, bei der Behandlung mitzuwirken und sich des Alkoholgenusses zu enthalten, eine Gruppe, die von den Behörden als „gemeingefährliche Trunksüchtige" und dergleichen rubriziert wird. Das Aufnahmeverfahren wird in diesen Fällen durch besondere, kommunale Organe, die Alkoholikerfürsorge, in die Wege geleitet, wobei der Akt einem Verwaltungsgericht — dem Landgericht — zur Entscheidung vorgelegt wird. Mit wenigen Ausnahmen bedeutet die Aufnahme in eine Trinkerheilstätte einen administrativen Freiheitsentzug, wenngleich es auch eine freiwillige Form der Aufnahme gibt, die jedoch selten angewandt wird.

Es gibt für Alkoholiker außerdem gewisse, teilweise durch private Initiative errichtete, kleinere Pflegeheime vom Typ einer Pension, eines Genesungsheimes etc. Mehrere solche Einrichtungen werden von den sogenannten „Länkorganisationen" (Vereinigungen ehemaliger Trinker) betrieben. Für die ambulante Behandlung von Trinkern gibt es sowohl in öffentlicher als auch in privater (Länkorganisation) Regie besondere Sprechstunden. Für das Gros der Alkoholikerbetreuung spielen alle diese Aktivitäten eine ziemlich untergeordnete Rolle, auch wenn sie keineswegs wertlos sind.

Schweden hat seit vielen Jahren mit einem schweren Alkoholproblem zu kämpfen, das sich in den letzten 20 Jahren noch verschlimmert hat, teilweise in zeitlichem Zusammenhang mit Änderungen der Alkoholgesetzgebung, durch welche alkoholische Getränke leichter erhältlich wurden. Die Tätigkeit an den öffentlichen Trinkerheilstätten ist äußerst stark kritisiert worden, wobei man sich häufig auf die schlechten Resultate in bezug auf die hohe Rückfallrate bei den Pfleglingen berief. Dabei vergißt man jedoch zu bedenken, daß die Anstalten eine Auswahl von Klienten mit weit fortgeschrittener Trunksucht und daher mit einer a priori sehr schlechten Prognose aufnehmen. Die aktuelle Entwicklungstendenz bezüglich der alkoholbedingten Erkrankungen in Schweden deutet darauf hin, daß der Alkoholmißbrauch einerseits immer niedrigere Altersgruppen, andererseits immer mehr weibliche Personen erfaßt. Eine Übersicht über die öffentlichen Trinkerheilstätten — betreffend die Anzahl der Institutionen, Bet-

tenzahl und der Proportion Männer/Frauen — wird in nachstehender Tabelle gegeben:

Jahr	Anzahl der Institute	Bettenzahl	Proportion männlich/ weiblich
1962	30	2 108	24 : 1
1965	30	2 134	26 : 1
1968	26	2 025	21 : 1
1970	26	1 953	21 : 1

Seit den sechziger Jahren haben im psychiatrischen Panorama in Schweden, wie auch in den meisten anderen Ländern, andere Suchtkrankheiten als Alkoholismus an Häufigkeit zugenommen, wenn auch die Trunksucht nach wie vor sehr stark dominierend ist innerhalb dieser Krankeitsgruppe. Die Mehrzahl der *Drogensüchtigen* wird zusammen mit anderen psychisch Kranken in den öffentlichen Mentalkrankenhäusern behandelt. In manchen Krankenhäusern der größeren Städte hat man besondere Stationen für Drogensüchtige eingerichtet. An einem dieser Krankenhäuser in Uppsala hat man sich besonders mit diesem Problem wissenschaftlich beschäftigt und dort gibt es seit einer Reihe von Jahren eine Spezialstation, die Drogensüchtige aus dem ganzen Land aufnimmt. Man hat auch kleinere, kolonieartige Nachbetreuungsinstitutionen errichtet, teils in öffentlicher, teils in privater Regie, aber eine selbständige Organisation zur Betreuung von Drogensüchtigen existiert vorläufig nicht. Manche sogenannte Jugenderziehungsanstalten (siehe unten) nehmen eine große Zahl krimineller Jugendlicher auf, in deren anpassungsgestörtem Verhaltensmuster der Drogenmißbrauch ein Teilphänomen ist.

Die große Anzahl der *Alterspsychosen* wird derzeit noch in den Mentalkrankenhäusern betreut. Dort werden sie meistens auf besonderen psychogeriatrischen Stationen untergebracht. Die zunehmende Anzahl von alten Menschen in der Bevölkerung bedingt natürlich ein starkes zahlenmäßiges Anwachsen dieses Klientels. Der Umstand, daß verschiedene Organe für die Versorgung dieser Kranken zuständig sind, bereitet ständige Schwierigkeiten. Die Altersheime unterstehen den Primärgemeinden, die die Aufgabe der Betreuung von „normalen" alten Personen haben. Die Landschaftsverbände haben für die Behandlung von körperlichen Alterskrankheiten auf besonderen Stationen für somatische Langzeitbehandlung an allgemeinen Krankenhäusern zu sorgen und die Mentalkrankenhäuser, die ja ebenfalls von den Landschaftsverbänden unterhalten werden, für solche Krankheiten, die zur psychiatrischen Geriatrie gerechnet werden. In großem Ausmaß handelt es sich um denselben Typ von Patienten mit sowohl körperlichen als auch psychischen Auswirkungen des Alterns. Vor allem in den großen Stadtgemeinden ist die Unterbringung des psychogeriatrischen Krankengutes keineswegs befriedigend gelöst und viele demente Alterskranke müssen von ihren Angehörigen unter elenden Verhältnissen betreut werden.

In letzter Zeit beginnen sich neue Lösungen abzuzeichnen, bei denen die vielen Übergänge zwischen körperlichen und psychischen Handicaps berücksichtigt werden. Die in der allerletzten Zeit errichteten Altersheime verfügen über angeschlossene Krankenstationen mit entsprechenden Hilfsmitteln, die auch eine Betreuung von Personen mit leichteren oder mäßig schweren altersbedingten Verhaltensstörungen gestatten. In einigen wenigen Versorgungsgebieten hat man auch besondere Pflegeheime für psychogeriatrische Fälle eingerichtet. In den Plänen des Reichsgesundheits- und Sozialamts zur psychiatrischen Versorgung wird vorausgesetzt, daß dieses Krankengut, bei dessen Betreuung die allgemeine Pflege neben körperlicher Behandlung ganz im Vordergrund steht, in Zukunft den Einrichtungen für somatische Langzeitbehandlung zugeführt werden soll.

Als besonderer Zweig der psychiatrischen Versorgung kann auch die *Studentenpsychiatrie* bezeichnet werden. Diese Form der Tätigkeit hat sich allmählich seit Ende der vierziger Jahre herausgebildet und man findet sie heute in sämtlichen Universitätsstädten. Ganz- oder halbtägig angestellte Ärzte und Fürsorger stehen diesem psychiatrischen Gesundheitsdienst für Studenten zur Verfügung. Die Tätigkeit ist ganz auf ambulanter Basis aufgebaut, es gibt demnach keine Betten. Auftraggeber sind die Studentenvereinigungen, der Staat gewährt Zuschüsse, und die Krankenkasse ersetzt wie gewöhnlich den größten Teil der Gebühren.

Mentalkrankenhäuser, Anzahl, Größe etc.

Die Zahl der Mentalkrankenhäuser in Schweden beträgt z. Zt. 30, die Bettenzahl wechselt von 250 bis 1 400 pro Krankenhaus. An so gut wie allen Mentalkrankenhäusern sind Sekundärabteilungen in Form von Mentalpflegeheimen mit je etwa 100 Betten angeschlossen. Manche dieser Krankenhäuser haben auch eine organisierte Familienpflege.

Die Mentalkrankenhäuser werden funktionell als psychiatrische Allround-Krankenhäuser betrieben, wie schon oben geschildert. An sie angeschlossen sind besondere Einheiten für die psychiatrische Außenfürsorge. Die Ärzte der Außenfürsorge haben teils feste Sprechstunden, teils sind sie unterwegs und erledigen Hausbesuche bei bedingt entlassenen oder auch anderen Patienten, die einer fortlaufenden Kontrolle bedürfen. Sie besuchen auch regelmäßig die Altersheime und andere Pflegeinstitutionen des Einzugsgebietes, soweit dieselben nicht von besonderen psychiatrischen Konsiliarärzten betreut werden. Die Ärzte der Außenfürsorge haben den Bedarf an finanziellen Beihilfen für Heimpflege zu beurteilen und erstellen in vielen Fällen Rentengutachten und andere Zeugnisse in sozialpsychiatrischen Angelegenheiten. Die Mentalkrankenhäuser haben in der Regel durchlaufenden ärztlichen Dienst sowohl für aufgenommene Patienten als auch für akute ambulante Fälle bzw. Neuzugänge.

An allen Mentalkrankenhäusern ist ein Oberarzt für Innere Medizin angestellt, wofür schon seit langem ein fühlbarer Bedarf bestand an diesen Anstalten, die nicht an allgemeine Krankenhäuser angeschlos-

sen sind, nicht zuletzt auch wegen des hohen Anteils geriatrischer Fälle. An den meisten Krankenhäusern hat der Internist eine eigene Station, an einigen wenigen jedoch steht er nur als Konsiliarius ohne eigene Betten zur Verfügung. In den letzten Jahren wurden den meisten Oberärzten für Innere Medizin Abteilungs- und Stationsärzte zur Betreuung ihrer Fälle zugeteilt. An manchen Orten ist der leitende Internist auch für die Behandlung des psychogeriatrischen Krankenguts verantwortlich.

Alle Mentalkrankenhäuser sind mit Laboratorien für klinische Chemie ausgerüstet, die an den meisten Stellen unter der Leitung eines Facharztes dieser Disziplin stehen. In einigen Krankenhäusern steht dafür jedoch nur ein Konsiliararzt zur Verfügung.

Neben dem festangestellten Internisten gibt es an den Mentalkrankenhäusern Vertragsfachärzte anderer Disziplinen, nämlich für Chirurgie, Gynäkologie, Ophtalmologie, Neurophysiologie (EEG), Odontologie usw., die regelmäßig ihre Konsiliarbesuche machen. An einigen Mentalkrankenhäusern hat man auch ein öffentliches Zahnambulatorium eingerichtet, wodurch eine kontinuierliche, ganztägige zahnärztliche Versorgung gewährleistet ist. In den letzten Jahren wurden an gewissen Mentalkrankenhäusern besondere Oberarztstellen für psychiatrische Rehabilitation eingerichtet. Mit Unterstützung von Arbeitstherapeuten, Krankengymnasten, Sozialfürsorgern, Psychologen und Soziotherapeuten widmen sich diese Ärzte insbesondere der Aufgabe, solche langzeitig hospitalisierte Patienten, die dafür als geeignet erachtet werden, mit Hilfe spezieller Maßnahmen wieder einem Leben in der Gemeinschaft außerhalb des Krankenhauses zuzuführen. Daß man auf diese Weise das therapeutische Potential der Krankenhäuser zu verstärken sucht, ist durchaus zu begrüßen, jedoch läuft dieses System gleichzeitig Gefahr, daß ein und derselbe Patient von mehreren verschiedenen Instanzen behandelt wird, was nicht immer gut ist.

Noch vor 20 bis 30 Jahren waren in den Mentalkrankenhäusern große Schlafsäle für 20 bis 30 Patienten und große Tagesräume vorherrschend. Diese Zeit ist vorüber. In den neuerrichteten Pavillons überwiegen die Einzelzimmer. Nach der Verwaltungsreform von 1967 haben die Landschaftsverbände in sehr ambitiöser Weise den Standard der alten Anstalten verbessert. Der Typ einer Station an dem Krankenhaus, an dem ich tätig bin, ist recht repräsentativ dafür, was heutzutage üblich ist: sie hat 37 Betten, die sich folgendermaßen verteilen: zwei Schlafsäle zu je sechs Betten, zwei Zimmer zu je drei Betten und 19 Einzelzimmer. Die Station hat zwei größere und zwei kleinere Tagesräume. Dadurch können jene in Ruhe lesen, die ungestört sein wollen. Patienten, die diskutieren wollen, haben ein Gesellschaftszimmer; es gibt ein Raucherzimmer, ein Zimmer, wo man Musik hören kann usw. Eine solche Station hat sechs Toiletten auf zwei Räume verteilt, und jede Toilette ist von den benachbarten kabinenartig getrennt. Die Qualität der Möbel, Textilien und der Ausschmückung mit Bildern kann als gut bezeichnet werden. Der gemeinsame Speisesaal für Selbstbedienung kann zwischen den Mahlzeiten auch zu gemeinsamen Aktivitäten benutzt werden. Alle Stationen sind mit einem Fernsehapparat ausgerüstet. Umbauarbeiten mit dem Ziel, den eben beschriebenen Standard in etwa zu erreichen, sind im Gange. Dennoch fehlt noch viel, bis der Vorsprung des durchschnittlichen Standards an allgemeinen Krankenhäusern eingeholt sein wird. Allenthalben sind noch Spuren der altertümlichen, staatlichen Maßstäbe zu finden, wie z. B. große Schlafsäle, primitive Toiletten usw.

Seit langem existieren Pläne, die großen, ungeteilten Mentalkrankenhäuser auf etwas längere Sicht abzuschaffen. Diese sind neuerdings wieder in dem Plan zur Organisation der psychiatrischen Versorgung, den die oberste Gesundheitsbehörde ausgearbeitet hat, aufgegriffen worden — ich komme später darauf zurück.

Schon vor mehr als zehn Jahren gab es weit fortgeschrittene Pläne, Abteilungen von Mentalkrankenhäusern mit gemischtem psychiatrischen Krankengut an die größeren allgemeinen Krankenhäuser anzuschließen, und damit jene Integration von psychiatrischer und übriger Krankenbehandlung zu verwirklichen, von der man bei gesundheitspolitischen Vorträgen schon seit langem mit größter Hochachtung gesprochen hatte. Aus finanziellen und administrativen Gründen ist aber eine solche Integration noch nirgends zustande gekommen.

Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern (Kliniken) gibt es jetzt an 31 Orten. Die erste wurde 1930 eingerichtet, die zweite 1938, die dritte 1941, doch die meisten kamen in den fünfziger und sechziger Jahren dazu. Ihre gesamte Bettenzahl betrug 1972 2 270, die mit den etwa 25 000 Betten der psychiatrischen Krankenhäuser zu vergleichen ist. Die Bettenzahl einer solchen Klinik schwankt zwischen 30 und 120.

Das Krankengut der psychiatrischen Kliniken besteht vorwiegend aus „Neurosen", Depressionen und in gewissem Ausmaß Alkoholgeschädigten. Das Tageskliniksystem hat sich in zunehmendem Grad an diesen Abteilungen eingebürgert. Der durchschnittliche Standard ist verhältnismäßig hoch, die Gebäude oft ziemlich neu. Einzel- und Zweibettzimmer überwiegen, nur selten haben die Krankenzimmer mehr als vier Betten. Alterskranke werden in der Regel überhaupt nicht aufgenommen, und auch die übrigen psychiatrischen Langzeitkranken werden in die Mentalkrankenhäuser eingewiesen. Deshalb ist die Durchschnittszahl der Zu- und Abgänge hoch. Ein umfangreicher ambulanter Betrieb ist überall an die psychiatrischen Abteilungen angeschlossen. Ein Problem sowohl der stationären als auch der ambulanten Behandlung besteht darin, daß deren Kapazität nicht der Nachfrage entspricht. Viele Leute erleben die Behandlung an einer psychiatrischen Klinik noch immer als ein weit geringeres Stigma als an einem Mentalkrankenhaus, was zu langen Wartezeiten an den Kliniken führt und einen hemmenden Einfluß auf deren Tätigkeit ausübt. Dieses Phänomen spricht an und für sich für eine künftige Aufteilung der Mentalkrankenhäuser in kleinere, an allgemeine Krankenhäuser angeschlossene Einheiten.

An verschiedenen Stellen gibt es freistehende, öffentliche Ambulatorien für psychisch Kranke, entweder nur als psychiatrische Poliklinik oder in Verbindung mit anderen Fachambulatorien. Sie kommen hauptsächlich in den größeren Städten vor, aber auch in kleineren Gemeinden hat man kürzlich versuchsweise neue Formen dezentralisierter, ambulanter psychiatrischer Facharztbehandlung eingeführt. Dabei versucht man, durch flexible Zusammenarbeit mit anderen Organen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und ein frühzeitiges Eingreifen die Hospitalisierung zu vermeiden. Im Plan der obersten Gesundheitsbehörde legt man auf den Ausbau dieser Art der psychiatrischen Tätigkeit großes Gewicht.

Die besonderen Einrichtungen für Tages- (und Nacht-)kliniken wurden im vorhergehenden schon behandelt. Es gibt vor allem in den Großstädten eine geringe Anzahl freistehender Zentren außerhalb der Krankenhäuser für Tagesklinik, Beschäftigungstherapie und Rehabilitation. Ähnliche Tätigkeiten gibt es in größerem Ausmaß auch an den Krankenhäusern, aber man kann ganz allgemein sagen, daß man dabei über das Versuchsstadium noch kaum hinausgekommen ist.

Die primäre Mentalhygiene hat keine eigene Organisation. Die öffentlichen Kinderfürsorgezentralen, für die die Primärgemeinden zuständig sind, spielen hier eine gewisse Rolle bei der Beratung in Fragen der Erziehung von Kleinkindern. Es sind weit fortgeschrittene Pläne in Vorbereitung, die die Kinderfürsorgeämter in höhereme Ausmaß zur Lösung mentalhygienischer Aufgaben befähigen sollen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die auch mentalpsychiatrische Ziele verfolgt, wird in einem besonderen Abschnitt behandelt.

Man kann sagen, daß die Familienberatung, die ursprünglich in erster Linie der Prophylaxe der Abtreibung dienen sollte, auch im übrigen eine mentalhygienische Funktion hat. Zur Arbeit der primärkommunalen Organe der Alkoholikerfürsorge gehört auch die Aufklärung über den Alkoholismus, eine wesentliche Aufgabe der Präventivmedizin, deren Resultate jedoch sehr schwer zu beurteilen sind.

Nichtmedizinische Organisationen nehmen in gewissem Umfang an den mentalhygienischen Bemühungen teil. Eine religiöse Stiftung, die St.-Lukas-Stiftung, widmet sich seriöser psychotherapeutischer Ausbildung und Krankenbehandlung. Sie ist an mehreren Orten des Landes vertreten und arbeitet mit psychiatrisch ausgebildeten Ratgebern zusammen, hat aber auch Priester und Laien als Psychotherapeuten.

Die Grenzen für das, was man als Psychotherapie, therapeutisches Gespräch usw. bezeichnen kann, sind sehr unscharf. Seit einigen Jahren offerieren Psychologen, aber auch unausgebildete Laien Gesprächstherapie in Zeitungsannoncen. Vorläufig hat diese Tätigkeit nur ein bescheidenes Ausmaß erreicht, und eine Vergütung von der Krankenkasse wird nicht gewährt.

Ärztebestand

Schweden hatte 1972 bei einer Bevölkerung von 8,1 Millionen 11 700 berufstätige, im Lande ansässige Ärzte. Berechnungen zufolge wird ihre Anzahl 1977 16 300 und 1985 23 100 erreichen. Viele Jahre hindurch hat in Schweden Ärztemangel bestanden, der besonders im Bereich der Psychiatrie und der allgemeinärztlichen Versorgung auf dem Lande spürbar war.

1957 gab es an den staatlichen psychiatrischen Krankenhäusern und den psychiatrischen Krankenhäusern der Großstädte 56 Stellen für leitende Ärzte, 34 für Oberärzte (Abteilungsärzte) und 151 für Ärzte in untergeordneter Stellung, insgesamt 241 Stellen. In den Jahren 1948 bis 1958 waren davon jedoch durchschnittlich 37 % unbesetzt, in den meisten Fällen auch ohne Vertreter. 1957 war das Verhältnis Ärzte*stellen* pro Anzahl Betten 1 : 100. 1969 hatte sich die Anzahl der Stellen an den betreffenden Krankenhäusern auf 577 erhöht, d. h. auf 2,2 Ärzte pro 100 Betten. Durch die neuerrichteten psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern hatte sich die Gesamtzahl der Stellen für Ärzte in der Psychiatrie auf 911 vermehrt. Außerdem war zu diesem Zeitpunkt eine prozentual geringere Anzahl von Stellen unbesetzt.

Noch heute macht sich der Ärztemangel an gewissen Mentalkrankenhäusern auf dem Lande sehr unangenehm bemerkbar. Ein Arzt kann dort unter Umständen vor die Aufgabe gestellt sein, 100 Patienten betreuen zu müssen, was notwendigerweise zu einer äußerst unbefriedigenden Behandlungssituation führt.

Wie aus den o. a. Prognosezahlen bezüglich der Ausbildung von Ärzten hervorgeht, wird das Angebot an Ärzten um 1980 bedeutend besser sein als heute. Neue Ausbildungsbestimmungen bewirken einen Zustrom von jungen, in Ausbildung befindlichen Ärzten zur Psychiatrie und damit eine größere Ärztedichte, wenngleich diese während einer längeren Übergangsperiode durch unerfahrene Jungärzte erreicht wird. Seit etwa 1970 müssen alle schwedischen Ärzte nach einem vorläufigen ärztlichen Examen eine Turnusausbildung machen, in der drei Monate Psychiatrie obligatorisch vorgeschrieben sind, unabhängig davon, für welches Fach der Betreffende sich später entscheidet. Das hat in gewisser Hinsicht eine ganz neue Situation geschaffen, die sich noch deutlicher auswirken wird, wenn das neue System zur Gänze durchgeführt sein wird. Die Stellen für Ärzte an Mentalkrankenhäusern können auf diese Weise besetzt — und weiter vermehrt — werden, allerdings erfolgt dadurch ein schneller Durchgang von Ärzten, die jeweils eine Dienstzeit von nur 3 Monaten zu absolvieren haben. Ein häufiger Ärztewechsel ist in der psychiatrischen Arbeit nicht wünschenswert, aber das System bedeutet immerhin eine wesentliche Verbesserung für die ausgehungerten Krankenhäuser in der Provinz. Und des weiteren vermittelt das System jedem in Schweden ausgebildeten Arzt zumindest eine begrenzte Erfahrung in klinischer Psychiatrie. Es ist zu hoffen, daß dies in geeigneten Fällen auch den Zustrom zur Psychiaterlaufbahn fördern wird.

Im Abschnitt über Mentalkrankenhäuser wurde von den *Konsiliarfachärzten* verschiedener somatischer Disziplinen berichtet, die in großer Zahl zur Verfügung stehen. Von einem organisierten Konsultationssystem in entgegengesetzter Richtung ist in Schweden nicht viel zu bemerken. Innerhalb der allgemeinen Krankenhäuser kommen Konsultationen natürlich oft auch an den psychiatrischen Abteilungen vor. Auf neurochirurgischen Kliniken gibt es jedoch in mehreren Fällen vollangestellte Fachpsychiater. Teilangestellte Psychiater sind in großem Umfang an gewissen peripheren Einrichtungen verpflichtet. Jugenderziehungsanstalten wurden schon erwähnt. Kinderfürsorgeämter, Alkoholfürsorge, Krankenkassen, Familienberatungsstellen, verschiedene Gefängnisse, Stäbe und Einheiten der Wehrmacht usw. haben oftmals für bestimmte Wochenstunden angestellte Psychiater als Konsiliarärzte. In den größeren Gemeinden hat man einige Stellen für Sozialärzte, die psychiatrisch ausgebildet sind und von den Gemeindeausschüssen für Sozialfürsorge zur Bearbeitung von vorwiegend komplizierteren Angelegenheiten sozialpsychiatrischer Art herangezogen werden.

Übriges Pflegepersonal

Zuverlässige, aktuelle Zahlen, die das übrige Personal betreffen, sind schwer erhältlich. Aus dem — Ende 1973 vom Amt für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege herausgegebenen — Bericht über die psychiatrische Versorgung sind folgende Angaben zu entnehmen, die sich auf die Jahre 1969 bis 1970 beziehen und die auch im Bericht mit Vorbehalt mitgeteilt werden:

Art der Stellen	Psychiatrisches Krankenhaus (ehemalige Nervenheilanstalt)	Psychiatrische Abteilung an allgemeinen Krankenhäusern	Pflegeheim	Summe
Stellen für				
Psychologen	82	55		137
Fürsorger	166	77	7	250
Oberschwester/ Oberpfleger	1 119	140	160	1 419
Dipl.-Krankenschwester/ 1. Pfleger	1 905	268	190	2 363
Pfleger	8 112	203	488	8 803
Unterschwester	19	120	109	248
Hilfspersonen	371	474	906	1 751
Laboranten usw.	110			110

Aufnahmebereiche

Die Aufnahmebereiche für die öffentliche psychiatrische Versorgung (d. h. nahezu alle psychiatrischen Einrichtungen) sind dieselben wie für die übrige Krankenversorgung, d. h. sie umfassen die Gebiete der einzelnen Landschaften und der zwei freien Städte. Das bedeutet, daß die Einwohnerzahl des Aufnahmebereiches zwischen 1,5 Millionen und 55 000 liegen kann. Innerhalb des eigenen Landschaftsgebietes kann man in jedes Krankenhaus aufgenommen werden, was nicht ausschließt, daß man sich in Versorgungsgebieten mit mehreren Krankenhäusern aus praktischen Gründen an eine geographische Sektoreneinteilung als beiläufige Richtlinie zu halten pflegt.

Die psychiatrische Forschung in Schweden

Schweden hat heute sechs medizinische Faktultäten. Die Anzahl der Professuren in Psychiatrie beträgt insgesamt 13. Eine davon wird als Lehrstuhl für „Psychiatrie, mit besonderer Berücksichtigung von Sozial- und Gerichtspsychiatrie" bezeichnet. Es gibt drei Professuren für Kinderpsychiatrie und eine Professur mit der Bezeichnung Gerichtspsychiatrie. Des weiteren gibt es eine Stelle als außerordentlicher Professor für klinische Alkoholforschung. Die Anzahl der Lehrstühle — und damit das Forschungspotential des Faches — ist nach 1960 stark angewachsen. Bis 1960 betrug die Anzahl der Lehrstühle für allgemeine Psychiatrie 5, für Kinderpsychiatrie 1, für Gerichtspsychiatrie 1. Der Zuwachs hängt zum Teil mit der stark zunehmenden Zahl der Studenten zusammen, aber drei Professuren kamen ausdrücklich zum Zwecke der Forschung und Ausbildung von Fachärzten zustande. Zwei dieser sogenannten Forschungskliniken wurden 1960 und eine 1964 eingerichtet. Den drei Forschungskliniken wurden je ein assistierender Professor in einem für die psychiatrische Forschung bedeutungsvollen theoretischen Fach zugeteilt, das ist in einem Fall „Klinische Neurophysiologie", in dem zweiten „Klinische Chemie" und im dritten „Neurochemie".

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde der „Staatliche medizinische Forschungsrat" eingerichtet. In diesem Rat gibt es ein besonderes Komitee für Prioritätensetzung in der Psychiatrie. Der Rat unterstützt größere wissenschaftliche Projekte, bewilligt gewisse Mittel für besondere Stellen für Forscher und kleinere Stipendien für klinische Forschung. Der Rat kann auch Mittel für die Übersetzung wissenschaftlicher Arbeiten in eine internationale Sprache zur Verfügung stellen. Die Konkurrenz um diese Mittel ist außerordentlich hart und im großen und ganzen können nur graduierte und wissenschaftlich hochqualifizierte Forscher dafür in Frage kommen. Stipendien für klinische Forschung werden jedoch auch an Nichtgraduierte vergeben. Nichtgraduierte Forscher erhalten Unterstützung aus Mitteln, die den medizinischen Fakultäten zur Verfügung stehen. Von den Fakultäten werden nach bestimmten Regeln auch finanzielle Unterstützungen für Übersetzung und Druck von Gradualabhandlungen gewährt. Auch von einer Reihe privater Stiftungen, Versicherungsgesellschaften, wissenschaftlicher Gesellschaften und privater Spender werden Geldmittel für wissenschaftliche Forschung gestiftet. Wenn auch die Krebsforschung und die Forschung auf dem Gebiet der Herz- und Kreislauferkrankungen weitaus bes-

ser gestellt ist, was die Bewilligung von Zuschüssen für wissenschaftliche Zwecke anbelangt, so kann man doch sagen, daß auch wichtige psychiatrische Forschungstätigkeit ziemlich großzügig unterstützt wird.

Das Bild der psychiatrischen Forschung in Schweden, wie es oben geschildert wurde, entspräche nicht den tatsächlichen Verhältnissen, wenn das starke Interesse an der Psychiatrie, das Vertreter anderer Disziplinen bewiesen haben, unerwähnt bliebe. Drei der Professoren für Sozialmedizin sind ihrer hauptsächlichen Ausbildung nach Psychiater. Mehrere schwedische Pharmakologen haben sich in besonderem Maße der psychopharmakologischen Forschung gewidmet. Das gleiche gilt für einige Neurophysiologen. Ein Lehrstuhl für Pädiatrie erhielt die Zusatzbezeichnung „mit besonderer Berücksichtigung der Neuropädiatrie" und dessen Inhaber hat Hervorragendes in der Oligophrenieforschung geleistet.

Seit drei Jahren sind die medizinischen Fakultäten mit der formellen Ausbildung von Forschern beauftragt. Die Fakultäten haben besondere Komitees, die Kurse in wesentlichen Gegenständen der Forschungstechnik organisieren. Die Organisation dieser Ausbildung ist jedoch erst im Aufbau. Jene, die das Doktorat machen wollen, d. h. ein wissenschaftliches Examen, zusätzlich zu dem medizinischen Staatsexamen, das zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit berechtigt, müssen eine vorgeschriebene Anzahl von Kursen nachweisen.

Hinsichtlich des Ersuchens der Kommission, eine allgemeine Beurteilung und Beschreibung der Organisation der psychiatrischen Forschung in Schweden zu geben, fällt es mir schwer, dafür geeignete Parameter zu finden. Forschung wird an allen für den Unterricht vorgesehenen Kliniken betrieben. Die drei Kliniken, die speziell als Forschungskliniken bezeichnet werden, sind mit einem Arzt auf zehn Betten besetzt, womit ausdrücklich beabsichtigt wird, den dort arbeitenden Ärzten Gelegenheit zur Forschung unter entsprechender Anleitung zu geben.

Ich bin leider nicht in der Lage, Angaben über die für psychiatrische Forschung in den letzten Jahren ausgegebenen Beträge zu machen, nachdem die Mittel aus einer bunten Sammlung großer und kleinerer Quellen stammen. Statt dessen ziehe ich es vor, die Zahl der Gradualabhandlungen in Psychiatrie und Kinderpsychiatrie aufzuzeigen, die in den Jahren 1964—1973 in Schweden geprüft wurden. Die schwedischen Gradualabhandlungen sind umfangreiche Arbeiten, die zu ihrer Fertigstellung eine Zeit von etwa fünf Jahren, oft mehr, selten weniger, in Anspruch nehmen. In der letzten Dekade wurden 32 solcher Abhandlungen in Psychiatrie und drei in Kinderpsychiatrie vorgelegt. Das bedeutet eine sehr starke Frequenzsteigerung psychiatrischer Disputationen seit den fünfziger Jahren.

Zusammenfassend darf man wohl sagen, daß die heutige psychiatrische Forschung in Schweden durch eine nicht unbedeutende und weiter zunehmende Intensität gekennzeichnet ist.

Statistik und Auswertung

Statistische Angaben über die psychiatrische Versorgung werden zentral für das ganze Land vom Amt für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege erhoben. Alle Institutionen für psychiatrische Behandlung müssen monatlich sogenannte statistische Erhebungsbögen, auf welchen alle Aufnahmen und Entlassungen nach Geschlecht, Alter, Diagnose usw. registriert werden, an die oberste Gesundheitsbehörde einsenden. Die gesammelten Angaben werden einer automatischen Datenbearbeitung unterworfen, sodann in Jahresübersichten zusammengestellt, die der Forschung zur Verfügung stehen.

Für Forschungszwecke eignet sich meiner Meinung nach solches Material nur als basale Daten bezüglich Alter, Geschlecht, Anzahl Pflegetage usw. Die diagnostische Klassifikation innerhalb der Psychiatrie ist von einem Krankenhaus zum anderen so variabel, daß man bei der Bearbeitung einer bestimmten Diagnosengruppe nur begrenzten Nutzen von der in der beschriebenen Weise zusammengestellten Reichsstatistik hat.

Auch die lokalen Verwaltungen — d. h. in der Hauptsache die Landschaftsverbände — führen über Patientendurchgang (auch ambulanter Fälle) Statistik.

Es ist sehr zu bedauern, daß eine fortlaufende Kontrolle von Resultaten der Krankenbehandlung nicht erfolgt. Auswertende Untersuchungen sind gemacht worden, aber nur als Forschungsprojekt auf Initiative einzelner. Eine konsequente, öffentliche Nachprüfung in irgendeiner Form wäre sehr wünschenswert, aber sie existiert vorläufig nicht.

Subspezialisierung

Es gibt in Schweden keine anderen offiziellen Spezialgebiete in der Psychiatrie als Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerichtspsychiatrie. Die Behandlung von Geistesschwachen ist demnach bei uns kein eigenes Fachgebiet.

Kinderpsychiatrie

Die kinderpsychiatrische Tätigkeit wurde vor 1950 von allgemeinpsychiatrisch ausgebildeten Psychiatern ausgeübt, die sich besonders für dieses Gebiet interessierten. In den großen Städten wurden in den dreißiger und vierziger Jahren von den kommunalen Kinderfürsorgeämtern Stellen für beratende Psychiater eingerichtet. Man nannte diese Einrichtungen zuerst „Beratungsstellen für Erziehungsfragen", später „Psychische Kinder- und Jugendfürsorge". Der Betrieb war ambulant, und ist es zum größten Teil auch heute noch. Die Kinderfürsorgeämter betrieben auch — teilweise in Zusammenarbeit mit privaten Stiftungen — bestimmte Schulheime für Kinder mit Verhaltensstörungen, nervösen Beschwerden oder sozial ungünstigem Familienmilieu. Schweden bekam seine erste kinderpsychiatrische Klinik im Jahre 1954. Die Entwicklung der Platzanzahl an den kinderpsychiatrischen Kliniken geht aus folgender Zusammenstellung hervor:

Anzahl Betten an Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1955 bis 1969:

1955	1960	1967	1969
23	134	470	493

Für Kinder mit psychotischen Reaktionen oder sonstigen schweren Verhaltensstörungen wurden 1966 an zwei Stellen kinderpsychiatrische Kliniken an Mentalkrankenhäusern eingerichtet. Diese Kliniken sollen als Regionskrankenhäuser dienen, da aber die Anzahl der Plätze ungenügend ist, kommt es immer noch vor, daß Kinder von den regulären, für Erwachsene bestimmten, Mentalkrankenhäusern aufgenommen werden müssen.

Die Abteilungen für Kinderpsychiatrie und die kinderpsychiatrischen Ambulanzen stehen, wie die übrige Krankenversorgung, unter der Verwaltung der Landschaftsverbände und der freien Städte. Die Kinderfürsorgeämter der größeren Gemeinden haben teilzeitangestellte oder manchmal vollangestellte beratende Psychiater.

Die erste Professur für Kinderpsychiatrie erhielt Schweden 1958. Während der sechziger Jahre kamen zwei weitere solcher Professuren dazu, während an drei medizinischen Fakultäten ein Lehrstuhl für Kinderpsychiatrie noch immer fehlt. Der Unterricht in diesem Fach ist für alle Medizinstudierenden obligatorisch. An den drei Stellen, die keine Professur haben, wird der Unterricht von leitenden Ärzten bestritten, die die Kompetenz für eine Dozentur nachweisen können. Private Stiftungen spielen noch immer eine große Rolle für die Langzeitbetreuung psychisch kranker Kinder. Mehrere solcher Behandlungsinstitutionen stehen unter anthroposophischer Leitung.

Einrichtungen zur Betreuung krimineller Jugendlicher nahmen ihren Anfang im 19. Jahrhundert als sogenannte „Rettungsinstitute" und standen unter der Verwaltung privater Stiftungen. In diesem Jahrhundert wurden sie zunächst in vielen Fällen von den Gemeinden übernommen, jedoch am Ende der vierziger Jahre trat der Staat als Verwalter aller sogenannter „Schulen, die der Kinder- und Jugendfürsorge angehören" ein. Die Mehrzahl dieser Schulen sind Berufsschulen. In den letzten Jahren ist man in großem Umfang dazu übergegangen, einer einleitenden, vier- bis sechsmonatigen Institutionsperiode eine sogenannte „Betreuung außerhalb der Schule" („Außenfürsorge") folgen zu lassen. Diese besteht in der Anweisung eines Arbeitsplatzes und eventuell eines geeigneten Heimes bei Pflegeeltern, wobei man bei Mißlingen des Versuches die Möglichkeit hat, den Pflegling in die geschlossene Schule zurückzuholen. Die Unterbringung in den Schulen erfolgt durch die kommunalen Jugendfürsorgeämter auf administrativem Wege, während die Verteilung der Pfleglinge auf die verschiedenen Schulen Sache des Reichsamtes für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege ist. Meistens werden die Schulen durch teilzeitangestellte beratende Psychiater ärztlich betreut, aber manche Schulen mit besonders schwer zu behandelnden Jugendlichen stehen direkt unter ärztlicher Leitung. In der folgenden Tabelle sind die Anzahl derartiger Institutionen, Anzahl der Plätze und die Proportion untergebrachte Jungen zu Mädchen aufgeführt:

Schulen für jugendliche Kriminelle 1962 bis 1971

Jahr	Anzahl Schulen	Platzanzahl	Proportion Jungen/Mädchen
1962	25	993	2 : 1
1965	25	1 031	3,2 : 1
1968	23	929	3,8 : 1
1971	22	879	5 : 1

Gerichtspsychiatrie

In Schweden gibt es 4 Kliniken für forensische Psychiatrie, an welchen stationäre Untersuchungen ausgeführt werden können. Außerdem gibt es 5 Untersuchungsstellen für ambulante Fälle. Der Ärztestab besteht aus insgesamt 12 leitenden Ärzten, 9 Oberärzten und 4 Ärzten in untergeordneter Stellung. Es bereitet einige Schwierigkeiten, die Planstellen zu besetzen, weshalb gerichtspsychiatrische Untersuchungen nicht selten auch von besonders dazu beauftragten, nicht festangestellten Psychiatern ausgeführt werden. Einige dieser Kliniken sind, wie erwähnt, mit Räumlichkeiten zur stationären Unterbringung versehen, aber in zahlreichen Fällen wird die Untersuchung auch ambulant ausgeführt, wenn es sich um Patienten handelt, die zwar vom Gericht überwiesen werden, aber nicht inhaftiert sind.

Das gerichtspsychiatrische Untersuchungswesen soll hier im übrigen nur insoweit behandelt werden, als die allgemeine Psychiatrie davon berührt wird. Wenn bei einem Untersuchungspatienten entsprechend näherer Bestimmungen festgestellt wird, daß er zum Zeitpunkt der gesetzeswidrigen Handlung als psychisch krank zu bezeichnen war, kann das Gericht beschließen, daß anstelle von Strafe psychiatrische Behandlung treten soll. Der Patient wird dann vom Gericht zur stationären psychiatrischen Behandlung „übergeben". Patienten mit psychotischen Reaktionen verursachen im allgemeinen keine pflegetechnischen Schwierigkeiten, sie werden wie alle anderen psychotischen Patienten behandelt. Ernste Probleme hatte man dagegen schon immer mit jenen pathologischen Persönlichkeiten, deren hochgradig abweichendes Verhalten „mit Geisteskrankheit gleichzustellen" ist. Durch dieses Patientengut haben die Mentalkrankenhäuser kustodiale, dem Gefängniswesen nahestehende Aufgaben erhalten, die die Krankenhausatmosphäre ungünstig beeinflussen. Diese Problematik ist seit Jahrzehnten diskutiert worden, ohne zu einer befriedigenden Lösung zu führen. Es gibt in Schweden ein Spezialkrankenhaus für besonders schwer zu behandelnde Fälle dieser Art, weiter vier Spezialabteilungen an Mentalkrankenhäusern für kriminelle oder gefährliche Patienten. Behandlungsklima und -methodik an diesen Spezialabteilungen waren seit jeher ein

äußerst schwieriges Kapitel. Sie stehen mehr oder weniger unter dem ständigen Druck der Kritik seitens der Massenmedien, einer Kritik, die im Laufe der Jahre zwischen Forderungen nach stärkerer Repression und größerer Toleranz pendelte.

Die Betreuung der Geistesschwachen

Die Pflege der geistig Behinderten ist in Schweden wie andernorts in Europa aus privaten, philantropischen Bestrebungen hervorgegangen und auf diesem Gebiet existiert noch immer eine Anzahl von privaten Institutionen. Nach den neuesten Gesetzesvorschriften vom Jahr 1967 sind es jedoch die Landschaftsverbände und die freien Städte, die für die Betreuung Oligophrener zu sorgen haben. Mit der Durchführung dieser Aufgabe in den einzelnen Fürsorgebereichen sind sogenannte Oligophreniefürsorgeverwaltungen („omsorgsstyrelser") betraut. Sie haben auf ihrem Gebiet dieselbe Stellung wie die Stadt- und Landschaftsverwaltung für das Krankenpflegewesen.

Der Geltungsbereich für das Gesetz zur Betreuung von Schwachsinnigen wird im § 1 abgegrenzt: „Dieses Gesetz betrifft in ihrer geistigen Entwicklung Beeinträchtigte, die infolge gehemmter Verstandesentwicklung zum Zwecke ihrer Ausbildung oder Anpassung an die Gesellschaft oder in anderer Hinsicht der besonderen öffentlichen Fürsorge bedürfen".

Wenn auch im Gesetz nirgends eine Grenze, ausgedrückt in psychometrischen Testwerten, angegeben wird, hat sich doch die Praxis herausgebildet, daß man in etwa Personen mit einem Intelligenzniveau, das einem IQ von höchstens 70 entspricht, diesem Versorgungsbereich zurechnet. Persönliche Rücksichtnahmen besonderer Art können jedoch Abweichungen von dieser Regel bedingen.

Die Fürsorgeverwaltungen sind für den Unterricht, Berufsausbildung, Arbeitstraining, Beschäftigung und stationäre Pflege zuständig und sie haben auch für die Außenfürsorge, Erwachsenenausbildung, ambulante Behandlung sowie gewisse Transporte zu den Schulen, den Zentren für Beschäftigungstherapie usw. zu sorgen. Jede Fürsorgeverwaltung hat einen leitenden Arzt und an den meisten Stellen gibt es jetzt auch Ärzte in untergeordneter Stellung und eine Anzahl von Konsiliarärzten. Lehrer, Psychologen, Sozialfürsorger, Krankengymnasten, Arbeitstherapeuten und anderes Pflegepersonal spielen auf diesem Gebiet eine noch größere Rolle als in der eigentlichen psychiatrischen Behandlung.

Die gesamte Behandlung ist für den Pflegling und seine Familie kostenlos. Familien, die Geistesschwache zu Hause betreuen, können nach bestimmten Regeln finanzielle Unterstützung erhalten.

Auch die geistig Behinderten sind schulpflichtig, soweit sie imstande sind, dem Unterricht zu folgen. Die früher übliche Abgrenzung zwischen sogenannten bildungsfähigen und bildungsunfähigen Kindern versucht man jetzt zu eliminieren. Dort, wo theoretischer Unterricht nicht oder nur in geringem Grad möglich ist, tritt ein sogenanntes praktisches Training an seine Stelle.

Für Oligophrene mit komplizierten Gebrechen gibt es besondere Institutionen, z. B. Schulen für solche mit Seh- und Gehördefekten, für epileptische Kinder und Kinder mit Störungen des Bewegungsapparates. Grundsätzlich strebt man jedoch eine Integration dieser mehrfach behinderten Kinder soweit als möglich in die in der Nähe des Elternhauses gelegenen Schulen an. In derselben Weise ist man auch bestrebt, die speziellen Schulklassen für Schwachsinnige mit den allgemeinen Grundschulen zu integrieren. Für Schwachsinnige mit Verhaltensstörungen gibt es auch besondere Einrichtungen für solche Fälle, in denen es sich um schwere, für die gewöhnlichen Schulklassen zu sehr belastende Verhaltensstörungen handelt.

Für Erwachsene mit krimineller Belastung oder sonstigen schwer zu behandelnden Abweichungen des Verhaltens gibt es an sechs Orten des Landes Spezialkrankenhäuser, die unter ärztlicher Leitung stehen. Diese Krankenhäuser, die — wie auch die übrigen Mentalkrankenhäuser — vom Staat übernommen wurden, sind meistens viel zu groß und die Modernisierung dieser Gebäude, die häufig ehemaligen Militärregimentern als Unterkunft gedient hatten, ist ein schwieriges Unternehmen.

Was die Verwaltung betrifft, untersteht die Mehrzahl der vorhandenen Institutionen direkt den Landschaftsverbänden und den freien Städten. Staatliche Zuschüsse werden nach bestimmten Richtlinien sowohl für die Bau- als auch Betriebskosten gewährt. Es gibt auch zweierlei private Anstalten: einerseits sog. Plananstalten (acht an der Zahl), die mit einer bestimmten Fürsorgeverwaltung ständig zusammenarbeiten und ausschließlich Patienten aus dem Aufnahmebereich derselben in Obhut nehmen, andererseits sog. Reichsanstalten (ihre Zahl beträgt 43), die Patienten unabhängig vom Wohnort aufnehmen. Insgesamt beträgt demnach die Anzahl der privaten Anstalten 51 und die Gesamtzahl der Patienten ca. 2 200. Zwischen dem Pflegling oder seiner Familie einerseits und der privaten Anstalt andererseits gibt es keinerlei geldliche Transaktionen. Sämtliche Zahlungen erfolgen über die Fürsorgeverwaltung, die auch in allen Fällen den Ort der Unterbringung bestimmt.

Nachstehend folgen einige statistische Angaben über verschiedene Typen von Institutionen:

Anzahl Pflegeplätze

Jahr	Spezialkrankenhaus	übrige Institutionen
1966	2 234	12 517
1968	2 290	10 644
1970	2 135	11 285

Zahl der Aufnahmen

Jahr	Spezialkrankenhaus	übrige Institutionen
1966	334	2 004
1968	957	1 953
1970	450	2 148
1971	601	2 551

Die Anzahl der Pflegetage an den Spezialkrankenhäusern war 1970 693 000 und an den übrigen Institutionen 3 896 000.

In der obigen Zusammenstellung sind die Plätze in externen Spezialklassen nicht eingeschlossen, ebensowenig wie die Plätze in externen Werkstätten etc. Die Angaben beziehen sich nur auf vollstationäre Pflege.

Die Größe der Institutionen variiert stark. Es gibt kleine, private Pflegeheime mit nur 15 bis 20 Plätzen, aber es gibt auch zentrale Einrichtungen, die die verschiedensten Institutionsformen umfassen und deren Platzanzahl um 600 oder darüber liegt. Die Platzanzahl der Spezialkrankenhäuser variiert zwischen ca. 500 und ca. 60.

Die Entwicklung des schwedischen Versorgungswesens für Geistesschwache war in den letzten 10 Jahren augenfälliger als auf irgendeinem anderen medizinischen Gebiet. Die Einrichtungen, die noch in den fünfziger Jahren meistens ziemlich armselig waren, sind in schnellem Tempo umgebaut worden und haben eine beträchtliche Erhöhung des Standards erfahren. Einzelzimmer oder Zimmer für einige wenige Patienten sind jetzt vorherrschend. Der Standard der Gebäude sowie der Ausrüstung ist meistenteils sehr gut. Was dagegen die Ausstattung mit Personal betrifft, so ist die Lage weniger rosig. Oft herrscht ein Mangel an qualifiziertem Personal und manche Stellen für Ärzte sind seit langem unbesetzt.

Bei der Betreuung von Schwachsinnigen besteht heutzutage in Schweden die Tendenz, sie soweit als möglich in die Gesellschaft zu integrieren und die Anstaltsunterbringung zu vermeiden. In dem neuen Gesetz sind die Bestimmungen über Unterricht und Behandlung und die Regelung der Wohnverhältnisse getrennt aufgeführt. So wie man versucht, die Schulklassen in die allgemeinen Schulen zu integrieren, versucht man auch, erwachsene Oligophrene in Pensionaten, Wohnungen oder Villen einzuquartieren, wo sie unter entsprechender Aufsicht stehen. Die Eltern versucht man dazu anzuregen, ihre zurückgebliebenen Kinder daheim zu behalten und hat zu diesem Zweck u. a. die Möglichkeit zu einem besonderen Unterricht im Elternhaus geschaffen.

Vereinigungen von Eltern retardierter Kinder haben im letzten Jahrzehnt eine lebhafte Aktivität entwickelt. Sie organisieren verschiedene Freizeitbeschäftigungen und den Verleih geeigneter Spielsachen usw. Die Elternvereine waren auch als sog. „pressure groups" sehr erfolgreich.

Kleinere, peripher gelegene Institutionen haben oft Psychiater oder andere Ärzte als Ratgeber. Die kontrollierenden und steuernden Funktionen des Reichsgesundheitsamtes haben auf die Versorgung der Geistesschwachen einen weit größeren Einfluß ausgeübt als auf die übrige psychiatrische Versorgung.

Die Versorgung der Epileptiker

Dieser Versorgungsbereich hatte lange Zeit hindurch seine eigene Organisation und eigene Institutionen, aus historischen Gründen oft in privater Regie. Allmählich stellte es sich heraus, daß die in speziellen Institutionen aufgenommenen Patienten mit chronischer Epilepsie fast durchweg Intelligenzdefekte aufwiesen, entweder als Ausdruck einer primären Oligophrenie oder einer sekundären Demenz. Epileptiker mit normaler Intelligenz werden in den neurologischen Polikliniken behandelt. Die noch bestehenden Institutionen sind an ihre regionalen Fürsorgeverwaltungen angegliedert worden. Es gibt zwei Spezialkrankenhäuser für Epileptiker. Eines davon ist in privater Hand, das andere wird als Regionskrankenhaus vom Landschaftsverband verwaltet.

Die nachfolgende Zusammenstellung gibt ein deutliches Bild von der Entwicklung auf diesem Gebiet:

Krankenhäuser und Pflegeheime für Epileptiker

Jahr	Anzahl der Institute	Platzanzahl	Pflegetage (in Tausenden)
1966	10	917	323
1967	10	877	283
1968	9	821	285
1970	4	550	191

Es ist selbstverständlich, daß eine große Anzahl von Patienten in den Institutionen für Geistesschwache auch mit Epilepsie behaftet ist, und daß manche Epileptiker mit psychotischen Komplikationen in psychiatrischen Krankenhäusern oder Pflegeheimen für psychisch Kranke aufgenommen werden.

Pläne für die Zukunft

Das Amt für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege erteilte 1970 einer Arbeitsgruppe den Auftrag, die Zielsetzung und Organisation der psychiatrischen Krankenversorgung zu untersuchen. Ein Bericht hierüber wurde im Dezember 1973 vorgelegt, und eine Zusammenfassung der wesentlichen Punkte folgt im nachstehenden:

Wie die Expertengruppe hervorhebt, haben sich in den letzten Jahren Strukturveränderungen in der psychiatrischen Krankenversorgung vollzogen, dergestalt, daß der Schwerpunkt sich von den sog. Psychosen auf die Behandlung — von psychologischen oder sozialen Problemen verursachter — neurotischer Störungen verschoben hat.

Daraus ergeben sich Behandlungsaufgaben nicht nur für Psychiater, sondern auch für Psychologen, Sozialfürsorger und das übrige Pflegepersonal. Um hohen Ansprüchen auf Effektivität gerecht zu werden, soll die therapeutische Arbeit im Team nach dem Prinzip der „multiplen Kontakte" entwickelt werden, d. h., der Primärkontakt des Patienten kann sich mit jedem beliebigen Mitglied der Behandlungsgruppe vollziehen. Maximale Kommunikation und ständige Beratungen innerhalb der Behandlungsgruppe sind dabei Voraussetzung. Der Kern des Teams soll aus dem Psychiater, Psychologen, Sozialfürsorger bestehen, und je nach Bedarf können z. B. Krankenschwestern, Arbeitstherapeuten und Pfleger mit Spezialausbildung einbezogen werden. Ambulante Patientenbesuche beim Fürsorger oder Psychologen sollen mit ärztlichen Konsultationen in bezug auf Vergütungen (vor allem die Rückvergütung von der Krankenkasse) gleichgestellt werden.

Das Ziel ist ein verstärkter Einsatz der *vorbeugenden und ambulanten Behandlung,* wobei der einzelne Patient so wenig als möglich aus seinem gewöhnlichen Verband in der Gruppe und Gesellschaft herausgerissen werden soll. Gleichzeitig fordert man jedoch eine adäquat differenzierte stationäre Behandlung mit einem rationell abgestuften System kombinierter medizinischer und sozialer Hilfsmaßnahmen, die während des ganzen Behandlungsverlaufes und in der Rehabilitationsphase elastisch aufeinander abgestimmt werden müssen.

Modelle der psychiatrischen Versorgung

1. Die primäre Versorgung

a) Kleinere Behandlungzentralen und Personalgruppen im nichtspezialisierten Team. (Distriktschwestern, Sozialfürsorger, Allgemeinpraktiker, Psychologen.)

Arbeitsaufgaben:

Aufsuchende und vorbeugende Tätigkeit. Erster Kontakt für alle Arten psychischer Störungen und Probleme. Beratung und Behandlung relativ unkomplizierter Fälle. Nachbehandlung bestimmter Fälle.

Der quantitativ größte Teil der Betreuung liegt auf diesem Niveau. Die Möglichkeit, Anleitung zu erhalten und rasch den ratgebenden Psychiater beizuziehen, muß gegeben sein.

Aufnahmebereich: 2 000 bis 3 000 Einwohner pro Allgemeinpraktiker.

b) Das psychiatrische Primärbehandlungsteam. (Arzt, Psychologe, Sozialfürsorger und psychiatrisch ausgebildete Krankenschwester, evtl. ergänzt durch Arbeitstherapeuten und zusätzliche Schwestern.)

Arbeitsaufgaben:

Aufsuchende und vorbeugende Tätigkeit. Psychiatrische Diagnostik und Therapie (auch Rehabilitation und Nachbehandlung). Konsiliar- und Unterweisungstätigkeit.

Man rechnet mit 2 bis 3 Teams für Erwachsenenpsychiatrie und 1 kinderpsychiatrisches Team für ca. 50 000 Einwohner.

Dem Team für psychiatrische Primärbehandlung soll eine Anzahl *Übernachtungsplätze* — eventuell angegliedert an das Kreiskrankenhaus — zur Verfügung stehen, die für Personen vorgesehen sind, die nicht aus medizinischen Gründen einer Krankenhausaufnahme bedürfen. Die Behandlung in *Tageskliniken* soll z. B. in einer Wohnung in der Nähe des Behandlungszentrums oder des Kreiskrankenhauses durchgeführt werden können. Nahegelegene *Krankenheime* oder *Familienpflegeheime* sollen unter der Aufsicht des primären Behandlungsteams stehen.

In organisatorischer Hinsicht soll das primäre Behandlungsteam an die psychiatrische Abteilung des dazugehörigen Aufnahmebereiches angeschlossen sein.

2. Zentrale (Bezirks-)Krankenversorgung

Die stationäre *Kurzzeitbehandlung* soll soweit als möglich auf die Zentralkrankenhäuser konzentriert werden. Auch die hochqualifizierte ambulante Behandlung soll dort stattfinden können. Die psychiatrische Abteilung am Zentralkrankenhaus soll auch bestimmte Aufgaben der Primärbehandlung für den in der Nähe gelegenen Teil des Aufnahmebereiches übernehmen. — Man geht davon aus, daß auch die zwangsweise eingewiesenen Patienten dort aufgenommen werden.

Die Tätigkeit am Zentralkrankenhaus soll beinhalten:

Kurzzeitbehandlung

1. Untersuchung akuter Fälle (Ambulanz) und Aufnahme zur Beobachtung bis 24 Stunden — eigenes Personal mit Spezialausbildung ist ständig im Dienst.
2. Intensivbehandlung für akute Verwirrungszustände, Suizidgefährdete usw.

Langzeitbehandlung

3. Allgemeine psychiatrische Abteilungen.
4. Tagesklinik, teils mit stationärer Abteilung integriert, teils freistehend.

„Kurzzeitbehandlung"

5. Kinder- und jugendpsychiatrische Akutabteilung.

„Langzeitbehandlung"

6. Allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung und Tagesklinik.

Bettenbedarf für die stationäre Behandlung: Die Ambitionen der aktuellen Pläne zur Krankenversorgung zielen, vor allem bezüglich der kurzzeitigen Behandlung, darauf ab, die jetzige Bettenanzahl radikal zu senken. Das bedeutet hohe Durchgangsziffern, die wiederum eine größere Personaldichte und eine bedeutend verbesserte Ausbildung des Personals voraussetzen. Das Hauptmotiv für eine derartige Senkung der Bettenzahl dürfte finanzieller

Natur sein und mit den hohen Kosten der stationären Pflege zusammenhängen. Andere negative Konsequenzen einer zu großen Bettenzahl können unnötig lange Behandlungszeiten mit der Gefahr der Hospitalisierung sein oder stationäre Aufnahmen wegen solcher Probleme, die eher unter Belastung des Patienten in seinem gewohnten Milieu gelöst werden sollten. Aber auch mit einem zu geringen Angebot an Betten sind bedeutende Gefahren verknüpft — die Suizidgefahr, der Druck, dem die Familie durch schwere, psychotische Reaktionen Angehöriger ausgesetzt ist, der verringerte Behandlungseffekt durch Wartezeiten, allzu rasche Entlaslungen und ständige Wiederaufnahmen.

Aus diesen Gründen soll eine Verminderung der Bettenzahl für Kurzzeitbehandlung nur allmählich und im gleichen Tempo wie der Ausbau der ambulanten und teilambulanten Behandlung erfolgen, wobei fortlaufend die Möglichkeit einer Korrektur der Bettennormen besteht. Man soll bei der Planung erwägen, mit zwei Normen zu arbeiten: einer mehr radikalen Alternative von 0,44 ‰ und einer vorsichtigeren von 0,64 ‰.

Bei der Organisation der *Langzeitbehandlung und Rehabilitation* soll der Ausbau dezentralisierter Einrichtungen einschließlich Tageszentren, beschützende oder halbbeschützende Werkstätten und Wohnungen, Internatsheime etc. nach Prioritäten gestuft, festgelegt werden (spezielle Behandlungsformen sind für gefährliche oder grob störende Patienten erforderlich, die in geschlossenen Abteilungen untergebracht werden müssen). Ohne gründlichen Ausbau der Wohnmöglichkeiten und Tageszentren in den Gemeinden hält man es für zweifelhaft, ob es möglich ist, die Bettenzahl für psychiatrische Langzeitbehandlung/Rehabilitation zu senken, ohne eine Verschlechterung der Behandlungsqualität akzeptieren zu müssen. Zu wenige Betten auf diesem Sektor können zu Stauungen und Überlastung im akutpsychiatrischen Sektor führen. Man ist daher der Ansicht, daß die vorgeschlagene Umstrukturierung und Senkung der Bettenzahl allmählich durchgeführt werden soll. Es erscheint fast unmöglich, auf diesem Gebiet von generellen oder von Anfang an aufgestellten Normen auszugehen. Einige Landschaftsverbände haben jedoch beiläufige Normen ausgearbeitet, die sich zwischen 1,95 und 2,25 ‰ bewegen.

Die jetzigen Mentalkrankenhäuser „sollen auf längere Sicht als Institutionen für die psychiatrische Versorgung verschwinden". Die Expertengruppe ist jedoch der Meinung, daß dies nicht in naher Zukunft geschehen kann; man muß vielleicht einen Zeitraum von 25 Jahren für eine solche Entwicklung veranschlagen. Indessen hält man es für notwendig, alle Möglichkeiten zu untersuchen, verfügbare Arbeitskräfte für andere Aufgaben als für derartige psychiatrische „Großbetriebe" zu verwenden.

Die Arbeit in den heutigen Mentalkrankenhäusern soll sich, wie vorgeschlagen wird, vorwiegend auf die Behandlung von Altersdemenzen und somatisch Langzeitkranken, die Betreuung von besonders überwachungsbedürftigen Patienten und auf beschützende Wohnungen für schwer geschädigte, chronische Alkoholiker beschränken. Eventuell können dort auch Räume für die Sprechstunden von Fachärzten und Allgemeinpraktikern eingerichtet werden.

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungseinrichtungen: Auch auf diesem Gebiet wird eine Verminderung der Anzahl Plätze für stationäre Behandlung (auf 0,07 bis 0,08 ‰) vorgeschlagen, vorausgesetzt, daß die ambulante Versorgung und Nachbetreuung ausgebaut wird. Im übrigen wird im Prinzip dieselbe Organisation wie für die psychiatrische Versorgung Erwachsener vorgeschlagen. Außerdem ist aber noch ein Bezirksschulpsychiater für die Beratung von Schulärzten, Psychologen etc. vorgesehen.

Die Versorgung von dementen Alterskranken. Prinzipiell ist die Expertengruppe der Ansicht, daß die Pflege von Altersdementen von den Einrichtungen zur Betreuung somatisch Langzeitkranker übernommen werden soll, aber auch hier soll es verschiedene Behandlungsniveaus geben. Eine Voraussetzung dafür ist aber eine Gesetzesänderung, die die zwangsweise Unterbringung von Patienten auch auf anderen Abteilungen als solchen, die unter Leitung eines Psychiaters stehen, ermöglicht.

Bettenbedarf:

Niedrigstes Niveau: 10 ‰ der Bevölkerung über 70 Jahre. Höchstes Niveau: 20 ‰ der Bevölkerung über 70 Jahre.

Behandlung von Alkoholikern. Psychiatrische Behandlung dieser Gruppe von Patienten ist vor allem im akuten Stadium indiziert, während die langdauernde Weiterbehandlung der *nichtspezialisierten Primärversorgung* obliegt, wobei der Sozialfürsorge der Hauptanteil der Aufgaben zufallen dürfte.

Auf *Bezirksebene* sollen sich angegliedert an die psychiatrischen Abteilungen sog. *Ausnüchterungsstationen* und Betten zur *Entgiftung* und *Kurzzeitbehandlung* von Alkoholikern befinden. Mit der Leitung dieser speziellen Station und der Koordination der Alkoholikerbetreuung innerhalb des Versorgungsgebietes des Bezirks wird ein eigens dafür angestellter Oberarzt betraut.

Die jetzigen Trinkerheilstätten sollen in *Rehabilitationsheime* umgewandelt werden und in jedem Krankenhausversorgungsbezirk soll es deren einige geben.

Norm: 0,13 ‰ Betten für Toxikomaniebehandlung
0,20 ‰ Betten für Rehabilitationsheime.

Gerichtspsychiatrie und die Organisation der psychiatrischen Versorgung

Man meint, daß viele Gründe dafür sprechen, daß die gerichtspsychiatrische Organisation neue Aufgaben, vor allem therapeutischer Art, erhalten soll. Dies bedeutet einen verstärkten Einsatz in der ambulanten und Anstaltsbetreuung Krimineller und es scheint daher natürlich, diesen Zweig der Psychiatrie entweder als Gerichtspsychiatrie oder als Kriminalpsychiatrie zu bezeichnen.

Arbeitsaufgaben, Organisation, erfoderliche Mittel:

In einem normalen Krankenversorgungsbereich mit ca. 300 000 Einwohnern gibt es wahrscheinlich 40 bis

50 Patienten, die vom Gericht zur Behandlung überwiesen sind. Davon sind höchstens die Hälfte besonders schwierige Fälle. In jedem solchen Bereich soll sich eine für die Behandlung dieser kriminellen Patienten vorgesehene Station befinden. Diese Station soll an die übrige psychiatrische Rehabilitation angegliedert werden. Auf der Station sollen zwei bis drei Gerichtspsychiater mit ihrem Behandlungsteam tätig sein, die außer der Behandlung der psychisch kranken Delinquenten auch die komplizierteren, gerichtspsychiatrischen Untersuchungen ausführen sollen (die einfacheren sollen die Allgemeinpsychiater übernehmen). Diese Teams können außerdem bei der ambulanten Betreuung Krimineller und als psychiatrische Berater in Gefängnissen mitwirken.

Es soll untersucht werden, inwieweit die gerichtspsychiatrischen Kliniken auch zur stationären Behandlung der besonders schwer zu behandelnden Fälle geeignet sind.

Abschließend will ich darzustellen versuchen, wie ich selbst die Entwicklung der schwedischen psychiatrischen Krankenversorgung während meiner 35-jährigen Tätigkeit als Arzt — die meiste Zeit davon als Psychiater — betrachte. Ich gebe damit die rein objektiv referierende Haltung auf und bin mir der Subjektivität völlig bewußt, die bei der Darlegung eigener Wertvorstellungen unvermeidlich ist. Die Psychiatrie ist ein Gebiet, auf dem viele verschiedene Meinungen miteinander konkurrieren, und es ist daher ganz selbstverständlich, daß andere Vertreter des Faches vielleicht andere Auffassungen vertreten würden.

Es besteht kein Zweifel, daß die psychiatrische Behandlung in Schweden von den dreißiger Jahren bis in unsere Tage bedeutende Fortschritte gemacht hat, und daß diese Fortschritte auf die eine oder andere Weise fast ausschließlich mit neuen Behandlungsmethoden zusammenhängen, die dem heutzutage oft etwas verächtlich bezeichneten „medizinischen Modell" entstammen. Die drei großen Meilensteine sind der Heilkrampf, die Phenothiazine und Lithium. Die dadurch gegebenen Möglichkeiten, die Krankheitsperioden bei den schweren affektiven Erkrankungen wesentlich zu verkürzen, hochgradige Verhaltensstörungen bei anderen Psychosen zu kontrollieren und manisch-depressiv und an zykloiden Psychosen Erkrankten eine prophylaktische Hilfe geben zu können, hat die Situation gänzlich verändert.

Damit traten auch revolutionierende Verbesserungen der Atmosphäre in den psychiatrischen Krankenhäusern ein. Geschlossene Abteilungen sind zur Seltenheit geworden, freiwillige Aufnahmen überwiegen, Zwangsmaßnahmen sind im großen und ganzen verschwunden, kustodiale Attituden verringert — und eine noch stärkere Verminderung wäre wünschenswert.

Parallel mit der allgemeinen Verbesserung der Atmosphäre wurden Gesetzesreformen durchgeführt, die ich als große Fortschritte betrachte. So gibt es beispielsweise kaum mehr Verbote der Eheschließung aus psychiatrischen Gründen, das Recht der Patienten, den Kraftfahrzeugführerschein zu besitzen, wird nur sehr selten in Frage gestellt, usw.

Die psychiatrische Krankenversorgung hatte lange unter großem Mangel an Ärzten und anderem Personal zu leiden und dieses Defizit ist keineswegs überwunden. In der Ärzteschaft genießt die psychiatrische Disziplin ein schlechtes Ansehen und es ist schwer, Ärzte für die an sich schon spärlichen Stellen zu gewinnen. Die großen Mentalkrankenhäuser haben z. B. auch beklagenswert wenige Sozialfürsorger.

In materieller Hinsicht stehen die psychiatrischen Krankenhäuser weit hinter den somatischen zurück. Die Situation hat sich zwar nach der Verwaltungsreform gebessert, aber der Vorsprung ist noch lange nicht eingeholt. Es gibt noch immer zuviele große Schlafsäle und es gibt Krankenhäuser mit anstoßerregenden hygienischen Einrichtungen. Andererseits ist aber eine ambitiöse Reformarbeit im Gang. Eine der Schwierigkeiten besteht darin, daß die neue Verwaltung Krankenhäuser übernehmen mußte, die nicht nur einen niedrigen Standard hielten, sondern die auch allzu groß dimensioniert waren.

In bezug auf die Neurosenbehandlung sind die Fortschritte recht bescheiden. Wir sind uns mehr als früher der Notwendigkeit einer unterstützenden psychotherapeutischen Haltung bewußt, neue Behandlungseinrichtungen, z. B. in Form von Tageskliniken, sind langsam im Entstehen, aber mehr als dies bei den Psychosen der Fall ist, wird in der Neurosenbehandlung noch immer vorwiegend symptomatische, wenig in die Tiefe gehende Therapie angewendet. Die dynamischen Theorien der Psychotherapie wechseln dann und wann die Gestalt, wie sie es schon Zeit meines Lebens getan haben. Irgendwelche Beweise für einen spezifischen Effekt sind meiner Meinung nach nie erbracht worden und dort, wo Psychotherapie erfolgreich ist, liegt dies weit mehr an der Person des Therapeuten als an der angewendeten Methode. Heute spricht man in Schweden viel von der sog. Krisenintervention und Krisentherapie, ohne daß es sich dabei um etwas anderes handelt als das, was einfühlende und psychologisch talentierte Ärzte und andere Mitmenschen schon immer ausgeübt haben.

Die Arzneimittelflora zur Behandlung neurotischer Angst ist natürlich zum Guten wie zum Bösen angewachsen. Neue Krankheitsgruppen sind im Gefolge der Anxiolytica entstanden und der verbreitete Gebrauch von Arzneimitteln ist zu einem großen Problem geworden. Die enorme Verschreibung von Drogen in Schweden ist wie in anderen Ländern die Folge der schnellen und leicht erkauften Wirkungen. Die Verschreibung geschieht zum großen Teil durch nicht psychiatrisch ausgebildete Ärzte. Viele glauben, daß das System der starken Preisermäßigung für Arzneimittel in diesem Zusammenhang eine ungünstigen Effekt hat.

Der Zuzug in Orte mit großer Bevölkerungsdichte, die konzentrierten Hochhausbauten, die wachsenden Ausmaße der Arbeitsplätze und die zunehmende Mechanisierung — diese und viele andere soziale Faktoren nicht zuletzt in Verbindung mit dem ansteigenden Alkohol- und Schlafmittelmißbrauch, hat das Krankheitspanorama dergestalt verändert, daß Störungen der sozialen Anpassung und neurotische

Ermüdungs- und Unruhezustände immer häufiger geworden sind. Diese Umstände nebst anderen Faktoren liegen den Vorschlägen zur radikalen Umgestaltung der Struktur der psychiatrischen Versorgung zugrunde, die kürzlich vorgelegt wurden. Eine allgemeine politische Reformtätigkeit hat in Schweden die Situation für Gruppen von Kranken jeder Art und damit auch für die psychisch Kranken in bezug auf finanzielle Grundsicherheit verbessert. Für die Arbeit mit psychisch Kranken ist es von unschätzbarem Wert, daß es für den einzelnen Patienten im wesentlichen keine finanziellen Hindernisse bei der Durchführung indizierter Behandlungsmaßnahmen gibt. Eine andere Sache ist es allerdings, die psychiatrische Krankenversorgung so zu reformieren, daß sie mit der übrigen Krankenversorgung auf gleiche Höhe kommt. Das ist ein so kostspieliges Unternehmen, daß es noch lange dauern wird, bis dieses Ziel erreicht ist.

Das Bild der heutigen Lage der psychiatrischen Krankenbehandlung in Schweden wäre nicht vollständig, ohne ein paar Worte über die antipsychiatrische Campagne zu sagen, wie sie im Geiste von Szász, Laing und Cooper in den letzten fünf Jahren, vor allem in den Massenmedien, geführt wurde. Sicher bestehen in der Allgemeinheit noch gewisse Vorurteile gegenüber psychisch Kranken, aber noch gröbere Vorurteile gegen die Psychiatrie als solche sind zu einem förmlichen Propagandasturm angewachsen. In dieser Propaganda bestreitet man die Existenz psychischer Krankheiten, behauptet, daß die als psychisch Kranke Bezeichneten in Wirklichkeit die gesunden Mitglieder einer kranken Gesellschaft seien und greift vor allem biologische Methoden wie Heilkrampf und psychotrope Pharmaka an. Psychiater werden auf eine Weise geschmäht, die mehr an Rassenhaß als an irgend etwas anderes erinnern. Das Resultat ist, daß junge Ärzte sich nicht gerne der Psychiatrie widmen wollen. Bei den Patienten, mit denen wir Kontakt bekommen, hatte die Propaganda indessen auffallend geringen Effekt. Bei einem kleineren Teil des Psychiaterkorps selbst, bei gewissen leitenden Verwaltungsorganen und unter jüngeren Medizinern bleibt die Propaganda, selbst in ihren grob unsachlichen und vorurteilvollsten Formen, nicht ohne Wirkung. Dadurch hat sich die Lage der Psychiatrie heute erheblich verschlechtert.

Will man die Entwicklung in den letzten beiden Jahrzehnten beurteilen, so ist schließlich daraufhinzuweisen, daß sich die Entwicklung auf keinem anderen Feld so schnell und so markant in günstiger Richtung vollzogen hat als im Bereich der Versorgung von Geistesschwachen. Diese war bis in die Mitte der Fünfzigerjahre zweifellos sehr vernachlässigt, weshalb man sagen kann, daß die Reformarbeit auf diesem Gebiet am deutlichsten bemerkbar ist. Indessen ist der Nachholbedarf gerade in der Betreuung von Oligophrenen in beispielloser Weise wettgemacht worden. Wenn man die übrige psychiatische Krankenversorgung in Vergleich zieht, ist festzustellen, daß der Reformeifer auf diesem Gebiet nicht annähernd dieselbe Intensität aufweist. Die Tendenz, Geistesschwache in die Gesellschaft zu integrieren, Sonderschulen in die allgemeinen Schulen zu verlegen etc. scheint mir derzeit allzuschnell und allzuweit verfolgt zu werden. Es gibt so stark von der Norm abweichende und geschädigte Entwicklungsbehinderte, daß ihre mehr oder minder erzwungene Integration in den Schulen und auf Arbeitsplätzen inhuman wäre, aber für diesen Gesichtspunkt gewinnt man augenblicklich wenig Gehör.

Ganz zuletzt meine subjektive Beurteilung der ganz kürzlich vorgelegten Pläne zur Umstrukturierung des psychiatrischen Versorgungswesens, die eine vom Gesundheits- und Wohlfahrtsamt ernannte Arbeitsgruppe präsentierte. Das Gutachten enthält vieles, mit dem ich voll übereinstimme, aber auch eine ganze Menge an Punkten, die meine Bedenken erregen.

Zuerst das Positive:

Die Forderung nach gesteigerten Anstrengungen, den allgemeinen Standard der psychiatrischen Krankenversorgung anzuheben, ist natürlich mit größter Genugtuung zu begrüßen. Das gilt ebenso für die Forderung nach größerer Personaldichte und besserer Personalausbildung.

Den Vorschlag, die Betreuung der dementen Alterskranken mit der somatischen Langzeitpflege zu einer gemeinsamen Einheit zusammenzulegen, finde ich wohlbedacht. Auch der Vorschlag, die Alkoholikerversorgung so umzuorganisieren, daß sie unter eine gemeinsame Verwaltung kommt, dürfte richtig sein. Die Anordnung dezentralisierter, psychiatrischer Ambulanzen (Dispensärs) nahe dem häuslichen Milieu der Patienten ist sicher auch ein richtiger Gedanke. Dagegen erscheint mir der Plan der Auflassung der großen Mentalkrankenhäuser innerhalb von ein paar Dezennien als unrealistisch, ganz besonders, wo man doch gerade mit großen Umbau- und Neubauarbeiten beschäftigt ist. Das ist kein prinzipieller Einwand gegen die Vorstellungen der Arbeitsgruppe, eher eine Skepsis bezüglich ihrer Verankerung in der Wirklichkeit.

Meine Einwände sind — kurzgefaßt — folgende:

Ich meine, daß die Arbeitsgruppe die Behandlung von Psychosen unrichtigerweise als eine unbedeutende Aufgabe der Psychiatrie behandelt hat. Das ist eine Folge davon, wie ich glauben möchte, daß die Gruppe sich überwiegend aus solchen Ärzten zusammensetzte, die ihre Erfahrungen hauptsächlich an psychiatrischen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser gesammelt haben. Die Psychosenbehandlung ist zahlenmäßig keineswegs so unansehnlich, wie die Arbeitsgruppe zu vermuten scheint. Außerdem ist die Behandlung von Psychosen derjenige Sektor der Psychiatrie, auf welchem man die relativ besten Resultate erzielt hat. Schließlich vermisse ich bei der Arbeitsgruppe das Gefühl dafür, daß es in Wirklichkeit kontinuierliche Übergänge zwischen psychotischen Reaktionen und Versagenszuständen sog. neurotischer Natur gibt.

Während Sozialarbeiter und Fürsorger ihren gegebenen Platz bei der psychiatrischen Betreuung einnehmen, ist die Aufgabe der Psychologen meiner Meinung nach noch höchst unklar. Die Funktion der Psychologen sollte auf bestimmte, klar definierte Aufgaben im Rahmen ihrer eigenen Expertenrolle

begrenzt sein. Die Arbeitsgruppe vermengt in unglücklicher Weise die Aufgaben der Ärzte, Sozialfürsorger und Psychologen, die, wie ich die Dinge sehe, nicht willkürlich gegeneinander ausgetauscht werden können. Wenn die Psychologen, wie die Arbeitsgruppe vorschlägt, mit selbständigen therapeutischen Aufgaben betraut werden sollen, dann setzt das eine weitgehende Umgestaltung in der Ausbildung, die den schwedischen Psychologen derzeit geboten wird, voraus.

Ein besonderes Gutachten über die Ausbildung in Psychotherapie ist zu erwarten. Aus diesem Grund ist es schwer, zu diesem Teil der Vorschläge definitiv Stellung zu nehmen. Trotzdem verfolgt die Arbeitsgruppe nach meiner Auffassung eine höchst beunruhigende Linie, die einem vermehrten Dilettantismus in der psychiatrischen Behandlung den Weg ebnen kann.

Gegen einen Vorschlag des Gutachtens stehe ich ganz und gar in Opposition: Nach diesem soll nämlich der Psychologe, Arzt oder Sozialfürsorger alternativ der hauptsächliche Behandler eines ratsuchenden Patienten sein. Demjenigen der Funktionäre, der die größte Erfahrung hat, soll in dem, was man das Behandlungsteam nennt, die Leitung der psychiatrischen Ambulanz übertragen werden können. Mit derartigen Vorschlägen stellt man die Psychiatrie außerhalb des Kreises der medizinischen Disziplinen, was die Verachtung für das „medizinische Modell" widerspiegelt, die gerade jetzt als Modeerscheinung floriert. Sollte der Vorschlag durchgeführt werden, wird Schweden das einzige Land (oder eines der sehr wenigen Länder) in Europa sein, in dem ein Mensch, der sich krank fühlt, nicht das unabweisbare Recht hat, einen Arzt aufzusuchen. Dabei ist zu bedenken, daß es beinahe keine privatpraktizierenden psychiatrischen Fachärzte in Schweden gibt. Man kann natürlich sagen, daß, falls ein Patient nachdrücklich einen Arzt zu treffen wünscht, es ja einen im Behandlungsteam gibt. Aber ein psychisch Kranker kann sein Anliegen oft nicht so leicht durchsetzen.

Ich halte den Vorschlag auch deshalb für unglücklich, weil darin ein mangelnder Respekt davor zum Ausdruck kommt, daß die Sozialfürsorger und Psychologen ihre besonderen Expertenrollen haben, denen es nur zum Schaden gereichen kann, wenn man ein Prinzip einführt, das darauf hinausläuft, daß sie als Amateurärzte auftreten sollen.

Die schwedische psychiatrische Krankenbehandlung steht sich vermutlich bei einem internationalen Vergleich ganz gut. Ein offenkundig niedrigerer Standard verglichen mit der schwedischen, somatischen Krankenversorgung liegt vor. Es herrscht ein fühlbarer Mangel an Ärzten. Der Mangel wird durch eine in Gang befindliche, haßerfüllte, antipsychiatrische Propaganda in den Massenmedien unterhalten. Ein Vorschlag zur Neuorganisierung ist vorgelegt worden, der viele gute Ideen enthält, der aber auf eine beunruhigende Weise den Ärztemangel durch Einführung von Surrogatfunktionären zu beheben sucht.

Psychiatrische Versorgung in Canada — System oder Nichtsystem?

von

COLIN M. SMITH, M.D., F.R.C.P. (C), F. R. C. Psych.
Executive Director Psychiatric Services Branch, Saskatchewan Dept. of Public Health;
Clinical Professor of Psychiatry, University of Saskatchewan, Canada

Gliederung

Kapitel I

Historischer Überblick

Kapitel II

Das canadische Gesundheitswesen

Kapitel III

Die Entwicklung des canadischen psychiatrischen Versorgungssystems

- Entwicklung eines psychiatrischen Versorgungsplans in Saskatchewan
- Probleme und Grenzen des Saskatchewan Plans
- Mehr für seelische Gesundheit (More for the Mind)
- Die Entwicklung der privaten Psychiatrie
- Entwicklungen in anderen Provinzen
- Qualitäts- und Quantitätskontrollen
- Bürgerrechte der Patienten

Kapitel IV

Spezialisierte Dienste in Canada

- Psychiatrische Dienste für Kinder
- Drogen und Alkoholismus
- Geriatrie
- Psychiatrische Dienste für Strafgefangene
- Dienste für geistig Behinderte

Kapitel V

Seelische Gesundheit und die Prävention psychischer Krankheiten

- Prävention
- Veränderung des Systems — oder der Menschen?

Kapitel VI

Die neueren Gesundheitspläne in Canada

- Der Quebec-Plan
- Ontario-Pläne
- Der Hastings-Bericht
- Gesundheitssicherung für British Columbianer
- Zusammenfassung

Kapitel VII

Psychiatrische Informationssysteme

- Die problemorientierte Krankengeschichte
- Aufstellung nationaler Statistiken
- Computer-Technik und Programm-Auswertung

Kapitel VIII

Psychiatrische Forschung in Canada

Kapitel IX

Zusammenfassung

- Das Wesen eines modernen psychiatrischen Versorgungssystems
- Ideal und Wirklichkeit

Kapitel I
Historischer Überblick

Dieser Bericht soll einen breiten Überblick über die psychiatrische Versorgung in Canada geben. Ich will versuchen, ein umfassendes Bild zu malen und nicht eine Vielzahl von Einzelheiten zu beschreiben, die den Leser in Verwirrung bringen könnten.

Im 19. Jahrhundert waren die psychisch Kranken in Canada den gleichen Widrigkeiten ausgesetzt, wie in den meisten anderen Teilen der zivilisierten Welt.

Canada besteht als eine Nation mit Bundescharakter seit 1867. Die Verfassung unterscheidet zwischen Bundes- und Provinzialzuständigkeiten. Zur Zeit gibt es 10 Provinzen. Krankenfürsorgedienste fallen traditionsgemäß in erster Linie in den Verantwortungsbereich der *Provinzen*.

Natürlich war zur Zeit der Konföderation das Eingreifen in Gesundheitsangelegenheiten als solche von seiten des Staates minimal, und der einzelne mußte sich weitgehend auf seine eigenen Resourcen und die seiner Sippe verlassen. Im allgemeinen wurden Krankenhäuser durch private Wohltätigkeitsorganisationen und religiöse Verbände verwaltet und finanziert. Die Rolle des Staates war verhältnismäßig gering. Daher konnte man nicht erwarten, daß Gesundheitsprobleme eine wesentliche Rolle bei den Überlegungen zur Gründung der Konföderation oder in der verfassungsgebenden Versammlung spielten.

Im Laufe der Jahre, als Gesundheitsmaßnahmen kostspieliger und komplizierter wurden, nahm das Interesse der Bundesregierung erheblich zu. Die Finanzkraft der Bundesregierung ermöglichte es ihr, den Provinzen zweckgebundene Gelder zur Verfügung zu stellen, gerade für Bereiche, in denen sie nach der Verfassung wenig oder gar keine Zuständigkeiten besaß. Diese Maßnahmen wurden mit der Zustimmung der Provinzregierungen durchgeführt. Zugleich hat aber die Bundesregierung einige Kontrollmöglichkeiten über diese Maßnahmen, indem sie gewisse Bedingungen an die Zahlung der Gelder knüpfte. In den beiden letzten Jahrzehnten waren die Versicherung gegen Arztkosten (Medicare) und die Krankenhausversicherung die beiden hauptsächlichen Entwicklungen, die durch Maßnahmen der Bundesregierung initiiert wurden.

Es gibt auch eine Anzahl anderer Gebiete auf dem Gesundheitssektor, auf denen die Bundesregierung tätig ist. Sie ist beispielsweise dafür verantwortlich, Gesundheitsdienste für bestimmte Sondergruppen zu unterhalten, nämlich Indianer, Verbrecher, Einwanderer und Soldaten. Sie hat auch eine ganz wichtige Rolle dadurch gespielt, daß sie Gelder für die Forschung bereitstellte, und zwar für eine Vielzahl von Projekten im Bereich der theoretischen wie der angewandten Medizin.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kümmerten sich die Behörden im wesentlichen um die Isolierung der Geisteskranken und den Schutz der Gesellschaft und des Eigentums. Große psychiatrische Krankenhäuser wurden gebaut, sie lagen meistens in einer größeren Entfernung von den Bevölkerungszentren, obwohl mit deren Ausbreitung das „Irrenhaus" oft zu einem Teil der Stadt selbst wurde.

Eine hauptsächliche Schwierigkeit für die psychiatrischen Krankenhäuser in Canada war durch die Überbelegung und die personelle Unterbesetzung gegeben, eine Situation, die auch anderswo typisch war. Es traf außerdem zu, daß eine pessimistische Einstellung gegenüber der Psychiatrie sich vom 19. Jahrhundert bis weit ins 20. Jahrhundert hinein fortsetzte. Da man es unterlassen hatte, auf angemessenen räumlichen und personellen Standard zu bestehen, kam es dazu, daß Krankenhäuser, in denen 300 bis 400 Patienten untergebracht werden sollten, bald die drei- oder vierfache Zahl aufnehmen mußten. Das Saskatchewan Krankenhaus North Battlefiel, bespielsweise, wurde in der Provinz Saskatchewan im Jahre 1914 mit 343 Patienten eröffnet und war bereits 1918 weit überbelegt. Daher wurde ein zweites psychiatrisches Krankenhaus im Jahre 1921 in Weyburn errichtet. Im Jahre 1930 wurden Klagen laut, daß beide Anstalten so überbelegt seien, daß kaum ein zusätzliches Bett aufgestellt werden konnte. Trotzdem wuchs die Zahl der Patienten bis auf 4 200 im Jahre 1946 an. Später sollte dann eine dramatische Verringerung auf die gegenwärtige Zahl von 348 Patienten eintreten. (Siehe Kapitel III)

In den frühen Perioden der psychiatrischen Krankenhäuser wurden den Patienten Kosten auferlegt, aber mit der Zeit wurde dieses System abgeschafft, und für Einwohner der betreffenden Provinz war die Behandlung umsonst. Die Kosten pro Tag blieben in den 60er Jahren in den psychiatrischen Anstalten im Vergleich zu den Kosten entsprechender Allgemeiner Krankenhäuser äußerst niedrig.

Tatsächlich haben sich in Canada in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zwei parallele Systeme der Gesundheitsversorgung entwickelt. Ein Mensch mit einer organischen Erkrankung mußte seinen Arzt für die Behandlung selbst bezahlen. Natürlich standen verschiedene private Versicherungsmöglichkeiten zur Verfügung, die dem Patienten halfen, einen Teil der Kosten zu tragen. Ein psychisch Kranker aber war in einer sehr schwierigen Lage. Die Möglichkeiten, psychische Leiden in privaten Einrichtungen behandeln zu lassen, waren sehr begrenzt, und solch ein Patient erhielt wahrscheinlich eine Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus, die umsonst war oder doch nur wenig kostete. Wenn Hospitalisierung nötig war, wurde er aller Wahrscheinlichkeit nach in ein großes psychiatrisches Krankenhaus gebracht. Dies Krankenhaus war sicherlich überfüllt und hatte zu wenig Personal. Der „spezialisierte" Psychiater, der ihn betreute, mochte sehr wohl weniger Ausbildung und Erfahrung haben als seine Kollegen in anderen medizinischen Fachrichtungen. Zugleich haftete ein erhebliches Stigma und ein lange währender Pessimismus an jemandem, der Patient in einem psychiatrischen Krankenhaus war.

So erhielt im allgemeinen ein Patient mit einer somatischen Krankheit eine bessere Behandlung, mu-

ßte aber selbst dafür bezahlen, während jemand mit einem seelischen Gesundheitsproblem wahrscheinlich eine minderwertigere Versorgung hatte, die allerdings mit geringen oder gar keinen Kosten für ihn verbunden waren.

Die Einführung der Krankenhausversicherung und das Medicare Programm in Canada schafften erhebliche Verbesserungen für Personen, die wegen somatischer oder psychischer Beschwerden von niedergelassenen Ärzten oder in Allgemeinkrankenhäusern behandelt wurden, da sie die finanziellen Probleme beseitigten. Diese Programme hatten jedoch einen sehr viel weniger günstigen Einfluß auf die Versorgung in psychiatrischen Krankenhäusern, da diese Krankenhäuser, im Gegensatz zu den Allgemein-Krankenhäusern, nur eine minimale Unterstützung durch die Bundesregierung erhielten.

Kapitel II

Das canadische Gesundheitswesen

Dies Kapitel soll einen kurzen Einblick in das canadische Gesundheitswesen im ganzen geben, damit dann das psychiatrische Versorgungssystem in der richtigen Perspektive betrachtet werden kann.

Es ist von gewissem Interesse, daß die Provinz Saskatchewan die erste war, in der sowohl eine Krankenhausversicherung als auch später eine Versicherung gegen Arztkosten eingeführt wurde. Das erstere geschah im Jahre *1946* durch den „Saskatchewan Hospitalisation Act" (Saskatchewan Krankenhaus-Gesetz), das zweite durch die Einführung des umstrittenen *Medicare* Programms im Jahre *1962*.

Die Ärzte waren zuerst in Opposition zu dem Medicare Programm, und legten vom 1. Juli bis zum 23. Juli 1962 die Arbeit nieder [2]). Das Programm hat sich seither durchaus bewährt, aber canadische Ärzte sind traditionell mißtrauisch gegen irgendwelche Regierungskontrollen, und manche Spannungen sind zwischen diesem Berufsstand und den Provinzregierungen bestehengeblieben.

Man könnte sagen, daß Saskatchewan eine Art „experimentelles Labor" für die Krankenhausversicherung (Hospital Insurance Plan) war, und daß als Resultat ein allgemeines Interesse an Krankenhausversicherung bis zum Jahre 1955 entstanden war. Es wurden Verhandlungen zwischen den Provinzialregierungen und der Bundesregierung aufgenommen, deren Ergebnis ein Angebot der Bundesregierung war, für die Versicherten die Kosten für bestimmte Krankenhausdienste mit den Provinzen zu teilen. Das wurde dadurch bewirkt, daß die Bundesregierung ungefähr die Hälfte der, durch diese Dienste entstehenden, Kosten bezahlt. Die angewandte Formel ist etwas komplizierter, da sie aus gewissen nationalen und provinziellen Durchschnittsstatistiken errechnet wird. Das „Federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act" (Bundesgesetz für Krankenhausversicherung und Diagnostische Dienste) wurde im Jahre 1957 erlassen und bis zum Jahre 1961 waren alle Provinzen beigetreten. Hospitäler, denen die Kosten erstattet werden, können akute (acute), allgemeine (general), chronische (chronic) oder der Wiederherstellung dienende (Convalescent) Krankenhäuser sein, aber psychiatrische Krankenhäuser, Tuberkulosesanatorien und Pflegeheime oder andere Einrichtungen, die „nur der Unterbringung dienen", sind ausdrücklich ausgeschlossen. Der Ausschluß psychiatrischer Krankenhäuser hat viel Unwillen bei den psychiatrischen Berufen erzeugt. Bedeutet dies doch, daß Gelder, die sonst verfügbar gewesen wären, um die Qualität der Versorgung in Psychiatrischen Krankenhäusern zu verbessern, nun noch schwieriger zu beschaffen waren. Allerdings haben die Maßnahmen des Bundes auch eine wichtige Verbesserung gebracht. Psychiatrische Behandlungen in Allgemeinen Krankenhäusern fallen unter das Gesetz und ohne Zweifel ist der Trend, „Weg vom Psychiatrischen Krankenhaus" zur psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinen Krankenhauses durch das Gesetz stark gefördert worden. Die meisten Beobachter halten diesen Trend im wesentlichen für vorteilhaft.

Das Gesetz für Krankenhausversicherung und Diagnostische Dienste bezog sich nur auf die Kosten des Krankenhausaufenthaltes des Patienten. Es sah die Bezahlung von Arztrechnungen als solchen nicht vor. Der Saskatchewan Medical Care Plan war der erste Plan, der das tat. Der Sasketchewan Plan basierte auf sehr geringen jährlichen Beiträgen, sah aber die Bezahlung der gesamten Arztrechnungen in fast allen Fällen vor. Andere Provinzen folgten mit den verschiedenartigsten Plänen nach, die aber alle weniger vollständig waren. Im Jahre 1965 brachte dann die Bundesregierung einen Gesetzentwurf ein, der auf die Vorschläge einer Kommission zurückging und der vorsah, daß öffentliche Gelder zur Bezahlung umfassender ärztlicher Behandlung ganz allgemein zur Verfügung gestellt würden, daß das Programm von der Regierung verwaltet würde und daß die Versicherung von einer Provinz in die anderen transferiert werden könnte. Das Bundes Medicare-Gesetz wurde 1966 verabschiedet und trat am 1. Juli 1968 in Kraft. Es sah hauptsächlich vor, daß die Bundesregierung die Hälfte der versicherten ärztlichen Leistungen bezahlte, und die Provinzen die andere Hälfte. Im Jahre 1972 nahmen alle Provinzen und auch das Yukon und Nordwest Territorium an dem Plan teil. Die vier Hauptpunkte des Medical Care Gesetzes können, wie folgt, zusammengefaßt werden:

1. Der Plan muß für eine umfassende Deckung aller notwendigen ärztlichen Dienste sorgen, ohne Berücksichtigung der Kosten oder irgendwelcher Ausnahmen, soweit dies medizinisch begründet werden kann.
2. Die Versicherung muß allen Einwohnern unter gleichen Bedingungen zur Verfügung stehen und mindestens 95 % der Bevölkerung müssen davon erfaßt werden.
3. Die Zahlungen dürfen auch dann nicht ausgesetzt werden, wenn der Versicherte zeitweilig in irgend einem anderen Teil der Welt sich aufhält, wenn er seine Stelle wechselt, pensioniert wird oder von einer Provinz in die andere umzieht.

4. Der Plan darf keine Profite erzielen, muß von einer öffentlichen Behörde verwaltet werden, die der Provinzregierung über ihre finanziellen Transaktionen Rechnung ablegen muß.

Einige Provinzen verlangen Zahlung von Prämien für die Krankenhaus- und Medicare-Versicherung, andere nicht, aber in jedem Fall muß der Betrag so gering sein, daß er den Versicherten nicht abschreckt.

Ein großes Problem des Gesundheitswesens in Canada waren die schnell ansteigenden Kosten. Detwiller [7]) behauptet, daß das gegenwärtige System dadurch zu einer überschnellen Erweiterung und Überteuerung geführt hat, daß es jegliche finanzielle Eigenverantwortung für die Krankheitskosten dem Verbraucher abgenommen hat. Wie dies auch immer sein mag, die Kosten des Gesundheitswesens sind sicher sehr radikal angestiegen, mehr als das Bruttosozialprodukt. Im Durchschnitt stieg das persönliche Einkommen der Canadier zwischen 1960 und 1970 um 88,7 %, aber in der gleichen Zeit stiegen die Ausgaben für das Gesundheitswesen pro Kopf der Bevölkerung um 138 %. Tabelle 1 zeigt einen Vergleich von Krankenhausbetten, Ärzten und Pflegepersonal in sechs ausgewählten Ländern. Tabelle 2 bringt einen Vergleich der grob unterteilten nationalen Gesundheitskosten für das Jahr 1970 in Canada und den Vereinigten Staaten. Man wird bemerken, daß die Ausgaben in Canada im Jahre 1970 6,8 % des Bruttosozialproduktes ausmachten. Zehn Jahre davor, 1960, betrugen Gesundheitskosten nur 5,3 % des Bruttosozialproduktes. Im Verlauf der Jahre sind im Durchschnitt die gesamten Kosten des Gesundheitswesens um 10 % jährlich gestiegen, während die Steigerungsrate der Krankenhauskosten sogar noch größer waren, nämlich 14 % pro Jahr. Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren ein Interesse daran gezeigt, die finanzielle Kontrolle über das Gesundheitswesen ganz den Provinzen zu überlassen. Um das zu bewerkstelligen, würde sie ihnen

Tabelle 1

— COMPARISON OF HOSPITAL FACILITIES, PHYSICIANS AND NURSES — SIX SELECTED COUNTRIES

Country	Area (sq. km.)	Population per sq. km. (1970)	Number of Hospital Beds per 10,000 population (All Hospitals)	Number of Physicians per 10,000 population	Number of Nursing Personnel per 10,000 population
Australia	7,686,810	2	(1968) 117.4	(1966) 11.8	(1966) 66.6
Canada	9,976,139	2	(1968) 102.3	(1968) 13.6	(1968) 57.3
Denmark	43,069	114	(1967) 89.4	(1968) 14.5	(1968) 53.4
Sweden	449,750	18	(1968) 145.8	(1968) 12.4	(1968) 43.7
United Kingdom	244,044	228	(1968) 111.4*	(1967-68) 12.5*	(1967-68) 35.1*
United States	9,363,353	22	(1968) 82.7	(1967) 15.3	(1967) 49.2

SOURCE: World Health Statistics Annual Demographic Yearbook. (Prepared By The) Statistical Office Of The United Nations.

**Composite figure obtained by averaging data from England, Wales, Scotland and Northern Ireland.*

gewisse Zugeständnisse machen. Dies ist ein fruchtbarer Boden für Auseinandersetzungen gewesen. Auf einen einfachen Nenner gebracht, fürchten die Provinzen, daß sie schließlich einen größeren Teil der Kosten zu tragen haben würden als jetzt. Sowohl Bundes- wie Provinzregierungen möchten die Kosten reduzieren und es wurde dabei viel Nachdruck auf Programme für ambulante Behandlung (home care) als eine Alternative zu stationärer Behandlung gelegt, in der Hoffnung, auf diese Weise die Zahl der Krankenhausbetten verringern zu können. Es hat auch viele Diskussionen über das Einkommen der Ärzte gegeben. Manche Sprecher haben sich dafür ausgesprochen, daß alle Ärzte in den Angestellten-Status überführt werden sollten. Andere meinen, daß die vermehrte Benutzung von sonstigem, weniger teurem, medizinischen Personal helfen würde, die Kosten herunterzubringen. Das Interesse an präventiven Maßnahmen und an der Gesundheitserziehung ist angestiegen. Das Problem, eine gute Gesundheitsversorgung mit vernünftigen Kosten zu unterhalten, bleibt zur Zeit noch ungelöst, aber es ist sicher, daß in der Zukunft die finanziellen Aspekte des canadischen Gesundheitswesens intensivere Aufmerksamkeit finden und zu vielen Kostenanalysen Anlaß geben werden.

Tabelle 2

ESTIMATED NATIONAL HEALTH EXPENDITURES BY BROAD CATEGORY
1970
CANADA AND THE UNITED STATES

	Total Expenditures (in millions of dollars)		Expenditures As A Percentage of G.N.P.		Expenditures As A Percentage of Personal Income		Estimated Per Capita National Health Expenditures (in dollars)	
	CANADA	U.S.A.	CANADA	U.S.A.	CANADA	U.S.A.	CANADA	U.S.A.
Institutional Care (includes hospital & nursing home care)	2,989	30,667	3.5	3.1	4.5	3.8	140.19	150.47
Professional Services (includes physicians, dental & other professional services)	1,398	20,179	1.6	2.1	2.1	2.5	65.57	99.01
Drugs & Appliances (includes prescribed and non-prescribed drugs, eyeglasses, hearing aids, etc.)	753	9,163	0.9	0.9	1.1	1.1	35.31	44.96
TOTAL PERSONAL HEALTH SERVICES	5,140	60,009	6.0	6.2	7.7	7.5	241.07	294.44
Other Health Services (includes prepayment & administration public health, Voluntary organizations, research, & medical facility construction)	632	11,564	0.7	1.2	1.0	1.4	29.67	56.74
TOTAL	5,773	71,573	6.8	7.3	8.7	8.9	270.74	351.18

Source: Health Services in Canada

Kapitel III

Die Entwicklung des canadischen psychiatrischen Versorgungssystems

Die Lage der Psychiatrie in Canada hat sich in den beiden letzten Jahrzehnten bemerkenswert verändert. Statistiken der Bundesregierung zeigen, daß die Zahl der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern von 66 090 im Jahre 1956 auf 57 041 im Jahre 1971 zurückgegangen ist. Im Verhältnis zu der anwachsenden Bevölkerung ist der Rückgang noch erstaunlicher, — von 4,1 Patienten pro 100 000 Einwohner auf 2,6 im Jahre 1971 [4]). Die Zahlen würden noch eindrucksvoller sein, wenn man die geistig Behinderten von den psychisch Kranken trennt. Die ersteren zeigen eine viel kleinere Veränderung als die zweiten, aber das mag sich in der Zukunft erheblich durch die vermehrten Anstrengungen ändern, die geistig Behinderten zu „normalisieren" und in die Gemeinschaft zu integrieren [16]).

Im Jahre 1971 bestanden in Canada insgesamt 238 psychiatrische Einrichtungen verschiedener Art. Abbildung 1 zeigt, daß die Mehrzahl der Betten sich in psychiatrischen Krankenhäusern und Trainingszentren für geistig Behinderte befinden. Jedoch haben die psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinen Krankenhäuser, obwohl klein, was die Bettenzahl angeht, eine verhältnismäßig viel größere Anzahl von Aufnahmen.

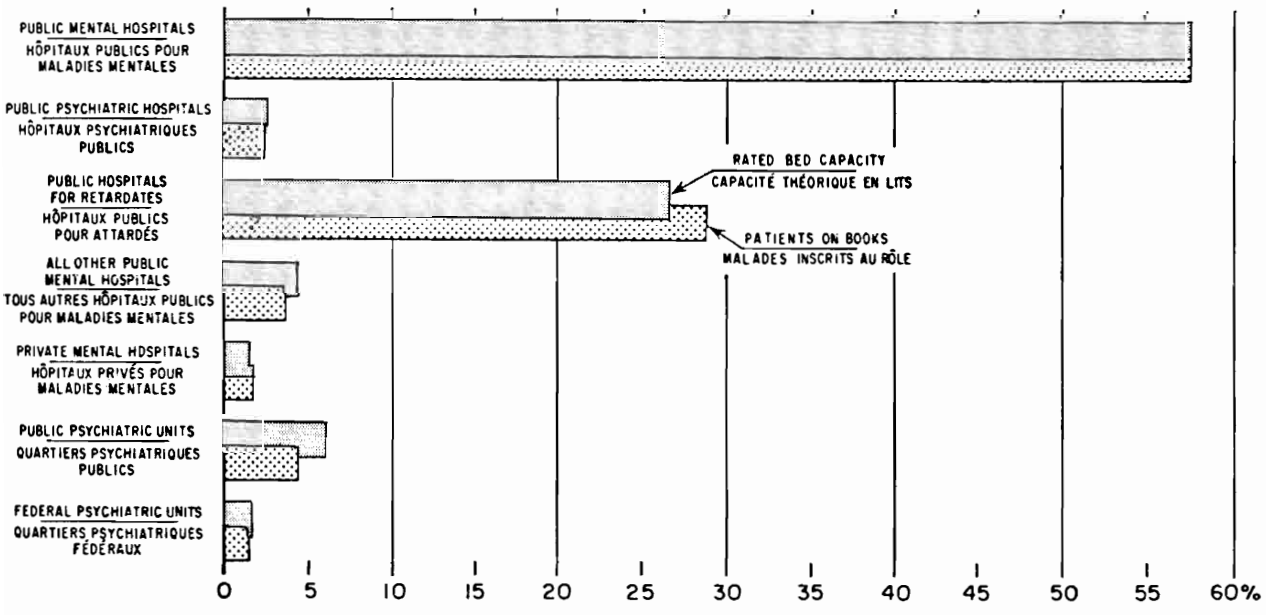
Die Ausgaben für psychiatrische Krankenhausdienste sind im letzten Jahrzehnt erheblich angestiegen, allerdings viel weniger als die in den Allgemeinen Krankenhäusern. Tabelle 3 gibt die Zahlen für jede Provinz und für das Land als Ganzes (1960 bis 1971). Saskatchewan zeigt ein geringeres Anwachsen als irgend eine der anderen Provinzen. Das ist hauptsächlich deshalb der Fall, weil in dieser Provinz eine so erhebliche Verringerung der Insassenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern stattgefunden hat. Andererseits ist die Zahl der geistig behinderten Dauerpatienten fast die gleiche geblieben. Da in Saskatchewan so ungewöhnliche Änderungen der Patientenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern stattgefunden haben, werden wir noch im einzelnen über die Situation in dieser Provinz berichten.

Abbildung 1

Psychiatric Beds in Canada

DISTRIBUTION OF RATED BED CAPACITY AND PATIENTS ON BOOKS
BY TYPE OF MENTAL INSTITUTION, CANADA, 1971

RÉPARTITION DE LA CAPACITÉ THÉORIQUE EN LITS ET DES MALADES INSCRITS AU RÔLE
PAR GENRE D'ÉTABLISSEMENT, CANADA, 1971



Source: Mental Health Statistics 1971, Volume III

Tabelle 3

Expenditures on Mental Health Services in Canada 1960—1971
in Thousands of Dollars

Year	Canada	Newfoundland	Prince Edward Island	Nova Scotia	New Brunswick	Quebec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	British Columbia
1960	121,794	2,765	644	5,002	3,186	22,009	47,550	5,530	9,507	10,029	15,572
1961	134,882	2,822	606	5,083	3,251	23,948	54,835	6,205	10,327	11,287	16,518
1962	144,419	2,884	655	5,387	3,716	26,995	59,647	6,533	10,606	10,961	17,035
1963	163,049	2,908	669	5,739	3,987	36,208	65,398	7,143	11,223	11,966	17,808
1964	182,064	3,191	976	6,700	4,489	44,687	70,103	7,937	11,412	12,914	19,655
1965	211,605	3,505	1,037	7,110	5,935	56,796	81,503	8,786	11,376	14,366	21,166
1966	261,793	3,638	1,123	8,011	6,594	75,211	87,034	9,798	11,813	17,537	21,034
1967	283,875	3,906	1,308	7,991	7,173	82,936	112,177	11,151	11,797	19,673	25,763
1968	314,334	4,353	1,302	8,826	7,312	89,196	128,641	12,210	12,661	21,648	28,185
1969	362,397	4,408	1,507	10,275	7,307	111,184	142,711	13,940	12,820	24,391	33,854
1970	407,635	4,705	1,622	10,712	7,414	126,759	160,852	15,439	14,461	26,571	39,100
1971	437,214	5,484	1,261	12,369	8,185	130,745	181,076	17,234	13,546	30,034	37,380

Source: Expenditure on Personal Health Care in Canada, 1960—1971, Department of National Health and Welfare, Ottawa.

Entwicklung eines psychiatrischen Versorgungsplans in Saskatchewan

Wie wir bereits in Kapitel II erwähnt haben, ist die Provinz Saskatchewan ein Prüffeld für zwei wesentliche Programme der Gesundheitssicherung gewesen, die beide später in ganz Canada eingeführt wurden, nämlich der Krankenhausversicherung und von Medicare.

Zwischen dem zweiten Weltkrieg und der Gegenwart fanden auch bemerkenswerte Veränderungen auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung in Saskatchewan statt. Diese Veränderungen fanden in den anderen Provinzen in geringerem Ausmaß statt, so daß eine Beschreibung des Saskatchewan Plans einen bedeutenden Trend in der modernen psychiatrischen Versorgung in Canada illustriert.

Saskatchewan ist eine große Provinz mit einer Bevölkerung von etwas weniger als einer Million. Zwei ihrer Städte, Regina und Saskatoon, haben etwas mehr als 100 000 Einwohner. Sonst hat die Provinz überwiegend landwirtschaftlichen Charakter.

Die beiden psychiatrischen Krankenhäuser der Provinz waren am Ende des zweiten Weltkrieges äußerst überbelegt und hatten viel zu wenig Personal. Nach dem Kriege wurde ein ehrgeiziges Programm entwickelt, um eine umfassende psychiatrische Versorgung in der Provinz zu schaffen. Diese Dienste wurden vollständig von full-time angestelltem Personal getragen. Die Zahl niedergelassener Psychiater in Saskatchewan war sehr niedrig, wenngleich sie nach der Einführung von Medicare gestiegen ist.

Die Prinzipien, die dem Saskatchewan-Plan zugrunde lagen, waren die folgenden [7]):

1. Kein menschliches Wesen soll in einer Anstalt festgehalten werden, wenn irgend eine bessere Lösung gefunden werden kann.

Abbildung 2

Anzahl der Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern Saskatchewans

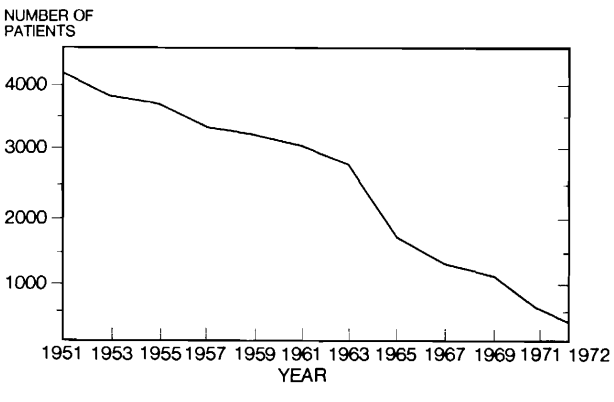
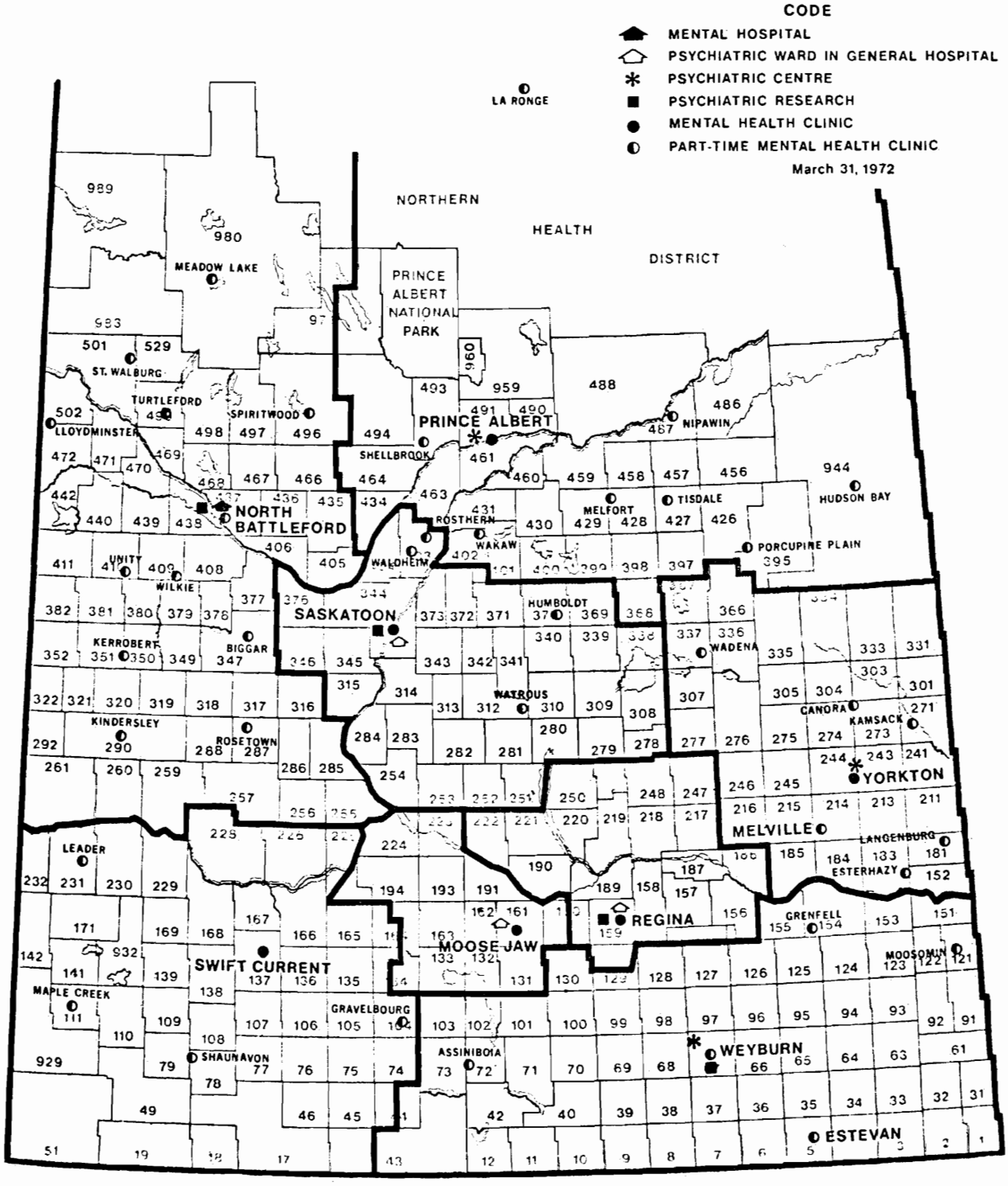


Abbildung 3

Regionalization in the Province of Saskatchewan



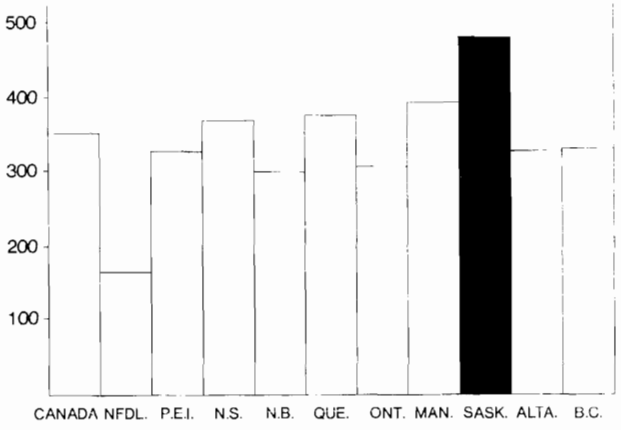
2. Die seelisch Kranken sollen eine Versorgung von ebenso hohem Standard erhalten wie die somatisch Kranken.
3. Eine Behandlungskette (continuity of care), wie sie für physisch Kranke besteht, muß auch für seelisch Kranke eingerichtet werden. Das bedeutet, daß differenzierte Dienste vorhanden sein müssen und daß, so weit irgend möglich, dasselbe geschulte Personal den Patienten in allen Phasen seiner Krankheit versorgt.
4. Psychiatrische Versorgung muß in die allgemeine medizinische und chirurgische Versorgung integriert werden, so daß der Patient als ganzer behandelt werden kann.
5. Es sollte eine umfassende Versorgung im Wohnungsgebiet des Patienten angeboten werden, so daß niemand deshalb in ein weit entferntes Krankenhaus zu gehen braucht, weil seine Krankheit von langer Dauer oder erheblicher Schwere ist.
6. Stationäre Einrichtungen sollten so beschaffen sein, daß sie die Genesung des Patienten fördern. Das bedeutet, daß sie eine Trennung der Patienten in verträgliche Gruppen gestatten, daß sie in einem annehmbaren äußeren Zustand sind und über ausreichendes Personal verfügen.

Im Jahre 1951 waren mehr als 4 000 Dauerpatienten in den psychiatrischen Krankenhäusern Saskatchewans. 21 Jahre später war diese Zahl auf 365 gefallen. Abb. 2 zeigt die Veränderung der Anzahl der in den psychiatrischen Krankenhäusern festgehaltenen Patienten im Verlauf der Jahre. Es ist klar zu sehen, daß eine wesentliche Veränderung stattgefunden hat, obwohl die Bettenzahl in den psychiatrischen Stationen der Allgemeinen Krankenhäuser und den psychiatrischen Zentren in der gleichen Zeit nur von 40 auf 274 anstieg.

Das Ausmaß des Erfolges, Patienten, die „institutionalisiert" waren, wieder in die Gemeinschaft zurückzuführen, war in den frühen 50er Jahren nicht ganz vorausgesehen worden. Eine frühere Fassung des Planes sah vor, daß die Provinz in etwa acht Regionen eingeteilt werden sollte, eine jede mit einem Miniatur-Psychiatrischen Krankenhaus von etwa 300 Betten. Glücklicherweise wurden diese kleinen Dinosaurier niemals gebaut! In den folgenden Jahren wurde immer mehr Nachdruck auf viel kleinere Einheiten gelegt, die entweder Stationen in einem Allgemeinen Krankenhaus waren oder kleine psychiatrische Zentren, die an Allgemeine Krankenhäuser angeschlossen waren. Abbildung 3 zeigt die Einteilung der Provinz in Regionen und man kann sehen, daß in jeder Region part-time besetzte Ambulatorien, neben full-time Kliniken vorhanden sind, so daß ambulante Patienten in fast jedem Teil der Provinz in einer vernünftigen Entfernung von ihrer Wohnung versorgt werden können. Obwohl das Konzept des Planes schon in den 50er Jahren entstand, wurde es bis ungefähr 1963 nicht ausgeführt. Tatsächlich hatte Saskatchewan noch 1962 die höchste Zahl von Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner, höher als irgend eine andere canadische Provinz und eine der höchsten in der Welt überhaupt. Abbildung 4 zeigt das. Es ist interessant, daß diese hohen Zahlen existieren, trotz des Nachdrucks, der in der Provinz auf die Entwicklung neuer Methoden für die Behandlung schizophrener Störungen in den 50er Jahren gelegt worden war. Das war die sogenannte „Megavitamin" Behandlung, die damals weitgehend angewandt wurde.

Abbildung 4

Number of Patients in Canadian Mental Institutions per 100,000 Population, 1962



Source: Dominion Bureau of Statistics.

Die 60er Jahre brachten dann eine Reihe von Entwicklungen, die auf dramatische Weise einen Wechsel von den überfüllten, unter Personalmangel leidenden psychiatrischen Krankenhäusern zu der Entstehung einer modernen psychiatrischen Versorgung führten. Der neue Mental Health Act wurde 1961 angenommen und die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus wurde eine Sache des Ermessens. Einweisungsbeschlüsse hatten nur eine kurze Gültigkeit und mußten erneuert werden. Überweisungen wurden einfacher, aber die Rechte der Patienten waren angemessener geschützt durch die Einführung von Berufungskommissionen (Review Panels), vor denen der Patient oder seine Angehörigen Beschwerde gegen den ursprünglichen oder erneuerten Einweisungsbeschluß einlegen konnten.

In den frühen 60er Jahren wurden noch viele Anstrengungen darauf verwandt, Alternativen zur Anstaltsunterbringung zu finden und Dauerpatienten zu rehabilitieren. Dr. F. Grunberg und Dr. H. G. Lafave waren in dieser Zeit besonders aktiv und die Zahl der Patienten im Saskatchewan Hospital in Weyburn ging zwischen 1963 und 1966 von 1 500 auf 500 zurück. Dies war wahrscheinlich die schnellste Reduktion in der Zahl von Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses in der ganzen Welt, die durch geplante Entlassungen und Bereitstellung von Alternativen zur Aufnahme ins psychiatrische Krankenhaus zustande kam.

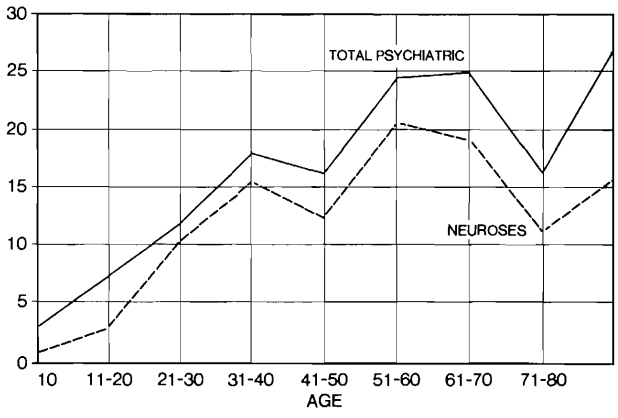
Im Jahre 1960 entstand eine andere wichtige Entwicklung auf der psychiatrischen Station eines Allgemeinen Krankenhauses. Durch Vermittlung der Universitätsklinik Saskatoon, wurde eine Gruppe von eingewiesenen Patienten in eine mit reichlich Personal ausgestattete, offene psychiatrische Station eines Allgemeinen Krankenhauses mit 39 Betten aufgenommen. Das Experiment war ein Versuch, herauszufinden, ob solch eine Station die auftretenden Behandlungsprobleme erfolgreich würde lösen können. In den drei Jahren dieser Studie war das Experiment, was die Behandlung der Patienten (patient management) anging, erstaunlich erfolgreich.[12]) Es war jedoch ganz klar, daß wirksamere Methoden gefunden werden mußten, Patienten, die in die Gemeinde zurückgekehrt waren, zu versorgen. Ein Ergebnis der Studie war ein Anwachsen der Zahl aktiver psychiatrischer Maßnahmen zur häuslichen Behandlung (home care program) innerhalb der Provinz [10]), [11]).

Es war auch offensichtlich, daß sehr viele Patienten mit seelischen Problemen nur ihren Hausarzt aufsuchten. Viele dieser Personen fanden niemals ihren Weg zu einem Psychiater. Studien wurden von Saskatoon aus angeregt, um festzustellen, ob man den Hausärzten helfen könnte, diese Patienten erfolgreicher und müheloser zu behandeln. Ein weiteres Ziel war, auf diese Weise die Anzahl solcher Patienten besser schätzen zu können. Eine kleine, ländliche Gemeinde mit drei Ärzten und einem 30-Betten-Krankenhaus wurde ausgewählt. Konnten diese Hausärzte ihre „psychiatrischen" Patienten, mit der Hilfe von 14tägigen Besuchen eines psychiatrischen Beraters erfolgreich behandeln? Tatsächlich war das Experiment sehr erfolgreich [3]), [13]). Neunzig Fälle wurden in einem Jahr in das kleine, lokale Krankenhaus aufgenommen. 31 davon psychotische Patienten. Nur ganz wenige dieser Patienten wurden in die Universitätsklinik in Saskatoon, — meist zur Elektroschocktherapie —, verlegt. Auf ambulante psychiatrische Patienten entfielen im Durchschnitt 5,41 Arztbesuche im Jahr, gegenüber 3,55 für alle anderen. Abbildung 5 zeigt die Häufigkeit der psychiatrischen Diagnosen nach Altersgruppen. Am Ende dieser dreijährigen Studie fühlten sich die Hausärzte viel sicherer und hatten auch die Fähigkeit erworben, eine Vielzahl von psychiatrischen Problemen in der allgemeinen Praxis zu lösen.

Abbildung 5

Prevalence of Psychiatric Diagnoses in a Rural Saskatchewan General Practice

Percentage of Patients with a Psychiatric Diagnosis



Als die Medicare Daten für die ganze Provinz geprüft wurden, stellte sich heraus, daß in einer Zeit von zwei Jahren 17 % aller erwachsenen Patienten eine psychiatrische Diagnose erhalten hatten. Daran ist nichts besonders Erstaunliches! Das Interessante war die wirtschaftliche Situation. Es zeigte sich, daß erwachsene Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose fast 40 % der Krankenhaus- und Medicare-Kosten verursachten. Die Ursache dafür scheint zu sein, daß bei ihnen viel mehr somatische Untersuchungen gemacht und Diagnosen gestellt werden, als bei nicht-psychiatrischen Patienten. Dies ist eine sehr interessante Entdeckung, auf die aber in diesem Bericht nicht weiter eingegangen werden kann.

Tabelle 4

Cost of Service to Psychiatric Patients for the Period January 1, 1966 — December 31, 1967

Segment of the Total Sample Under Study	Doctor-Patient Contacts Average Cost	Hospital Inpatient Service Average Cost	Hospital Outpatient and Laboratory Average Cost	All Services Combined Average Cost
1. Sample members treated under the community mental health program during 1966—1967	$ 102.07	$ 284.47	$ 9.94	$ 396.59
2. Sample members with psychiatric history under MCIC	127.14	152.47	11.99	291.59
3. Sample members with no psychiatric history during 1966—1967	44.10	55.34	5.03	104.46

Quelle: Costs of Treating Psychiatric and Non-Psychiatric Patients under Saskatchewan Medicare. (M.C.I.C.). Cassell et al, Canad. J. Public Health, 61, 207—208, 1970.

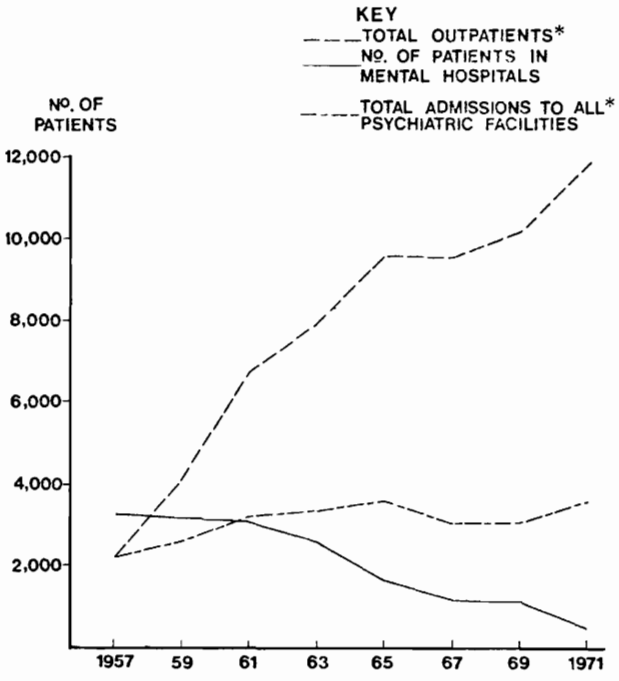
Ein weiterer wesentlicher Schritt wurde im Jahre 1964 mit der Eröffnung des neuen psychiatrischen Zentrums in Yorkton getan. Das Zentrum, das an ein Allgemeines Krankenhaus angegliedert und architektonisch gut gelungen ist, versorgt einen Einzugsbereich von 93 000 Personen. Es war vorgesehen, daß es mit Ausnahme von bestimmten forensischen Fällen keinen Gebrauch von psychiatrischen Krankenhäuser machen sollte. Die nächsten zehn Jahre haben überzeugend gezeigt, daß ein solches Projekt mit sehr viel weniger Betten durchgeführt werden konnte, als man zuerst angenommen hatte. Daraufhin wurde das 148-Betten-Zentrum auf 60 Betten reduziert und kürzlich wurde es weiter auf eine jetzt 48 Betteneinheit vermindert. Weder alte Menschen noch Schizophrene sind dort kumuliert. Natürlich war dazu ein erstklassiges gemeindepsychiatrisches Programm unerläßlich. Ein zweites solches Zentrum, ähnlich dem in Yorkton, wurde 1969 in Prince Albert eröffnet, auch das Saskatchewan Krankenhaus in Weyburn, das bis zu 2 600 Patienten beherbergt hatte, wurde 1971 in ein psychiatrisches Zentrum mit 60 Betten umgewandelt. Ein Teil der übriggebliebenen Baulichkeiten des Krankenhauses wurde renoviert und dazu benutzt, Versorgungsmöglichkeiten für etwa 300 Patienten zu schaffen, die mehr Aufmerksamkeit brauchten, als sie in einem Pflegeheim erhalten konnten, bei denen aber eine Aufnahme in einem aktiven Allgemeinkrankenhaus nicht notwendig war. Das andere psychiatrische Krankenhaus in North Battleford verminderte die Zahl seiner Insassen so weit, daß eines seiner Gebäude in ein Pflegeheim umgewandelt werden konnte.

Die vermehrte Konzentration auf Nachsorge und ambulante Behandlung führte zu einer bemerkenswerten Vermehrung der part-time besetzten Ambulatorien und auch der Zahl des ausgebildeten Personals, das eine derartige Tätigkeit ausübte. Sie bewirkte auch die Entwicklung eines, sich über die ganze Provinz erstreckenden, Datenverarbeitungssystems im Jahre 1966, durch das bessere Möglichkeiten für die Wiederauffindung und Auswertung der Krankengeschichten geschaffen wurden. 30 Sozialarbeiter, aber keinerlei psychiatrisch ausgebildetes Pflegepersonal, arbeiteten im Jahre 1960 in der Nachsorge. Im Jahre 1973 waren es 57 Sozialarbeiter und 53 psychiatrische Gemeindeschwestern. 1960 gab es sechs dauernd besetzte Ambulatorien und 19 zeitwilig besetzte. Bis zum Jahre 1973 war die Zahl der dauernd und der zeitweilig besetzten Ambulatorien auf 10 bzw. 44 angewachsen. In dieser Zeit nahm die Zahl der Krankenhausaufnahmen geringfügig zu, aber das Bedeutsame ist die Verminderung der Zahl der stationären Patienten in psychiatrischen Einrichtungen und das Anwachsen der Zahl von ambulanten Patienten, die zur Behandlung kamen. Abbildung 6 zeigt die Veränderungen der psychiatrischen Szene in Saskatchewan zwischen 1957 und 1971.

Abbildung 7 zeigt die Verteilung der psychiatrischen Aufnahmen, unterteilt in die in psychiatrische Krankenhäuser Aufgenommenen und die Gesamtzahl der psychiatrischen Aufnahmen. Es kann daraus ersehen werden, daß die Aufnahmen in

Abbildung 6

CHANGES IN PSYCHIATRIC SERVICE PATTERNS BETWEEN 1957 AND 1971 IN SASKATCHEWAN

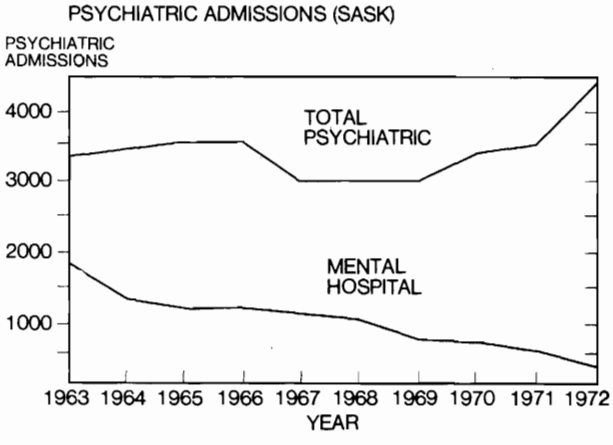


Source: Annual Report, Saskatchewan Department of Public Health, 1971—1972.

psychiatrische Krankenhäuser im letzten Jahrzehnt regelmäßig abgenommen haben, während die Gesamtzahl der Aufnahmen in alle psychiatrischen Einrichtungen ein wenig zugenommen hat. Trotz dieser Zunahme ist aber die Zahl der Dauerpatienten immer kleiner geworden, und die meisten Patienten werden jetzt erfolgreich in der Gemeinde versorgt. Unser elektronisches Datensystem zeigt uns, daß jährlich über 100 000 Kontakte mit ambulanten Patienten und ihren Angehörigen hergestellt werden, davon sind 30 000 Hausbesuche. Diese Hausbesuche werden meistens von psychiatrischen Gemeindeschwestern gemacht, aber manche auch von Sozialarbeitern und Psychiatern.

Abbildung 7

Decline in Use of Mental Hospitals for Psychiatric Admissions in Saskatchewan, 1963—1972



Schließlich zeigt Tabelle 5 eine Unterteilung der Belegung psychiatrischer Betten in der Provinz Saskatchewan. Eine Region, Swift Current, hat keine Betten. Eine andere, North Battleford hat noch einen Überrest von Dauerpatienten. Die Prince Albert und Yorkton Regionen sollten besonders aufmerksam betrachtet werden, da sie auf eigenen Füßen stehen. Die Bettennutzziffer in diesen beiden Regionen ist 0,23 und 0,36 pro 1 000 Einwohner, bemerkenswert niedrige Zahlen.

Tabelle 5

Psychiatric Bed Availability and Utilization in Saskatchewan Regions

Region	1973 Population.	Beds Avail. Nov. 30/73	A.D.C. 1972	Bed Utilization/m (1972)	Projected bed Availability (1974) Total	Rate/m
Weyburn	100,659	82	61.0	.61	63	.63
Swift Current	64,274	Nil	Nil	—	Nil	Nil
Moose Jaw	41,330	24	13.9	.34	24	.58
Regina	177,065	30	26.4	.15	30	.17
Yorkton	91,865	48	33.2	.36	48	.52
Saskatoon	193,801	39	34.8	.18	39	.20
Nth. Battleford	124,039	375	445.7 *)	3.59	325	2.62 *
Prince Albert	130,148	60	30.3	.23	60	.46
	923,181	658	645.3	.70	589	.64

*) Up until July 1, 1972 Saskatchewan Hospital North Battleford had a capacity of 575.

Probleme und Grenzen des Saskatchewan Plans

Es ist offensichtlich, daß der Saskatchewan Plan ein großer Erfolg insofern war, als man das Ziel erreichte, Patienten in die Gemeinde zurückzuführen und die langjährige Hospitalisierung seelisch Kranker zu verhindern. Es wäre erstaunlich, wenn eine so umwerfende Veränderung ohne erhebliche Spannungen vor sich gegangen wäre. Tatsächlich entstanden in den 60er Jahren viele Probleme, von denen einige bis zum heutigen Tage ungelöst geblieben sind.

Zunächst fand der Wechsel von einem Verwahrsystem zu einem modernen gemeindenahen Programm innerhalb einer sehr kurzen Zeitspanne statt. Die Verminderung der Zahl der Dauerpatienten ließ beim Personal Sorge um die Arbeitsplätze entstehen, und in den kleinen Ortschaften, in denen die psychiatrischen Anstalten lagen, hatte man Furcht vor wirklichem oder erwarteten wirtschaftlichen Abstieg.

Besonders die große Verminderung der Patientenzahl im Saskatchewan Krankenhaus in Weyburn erregte große Besorgnis, die zu der Schaffung eines *„Ad hoc" Komittees* führte, das 1966 einen Bericht über das Programm abfaßte [1]). Der Bericht war im wesentlichen günstig, obwohl einige Kritik gegen die anerkannten Heime vorgebracht wurde, in die die Patienten entlassen worden waren. Das waren in der Tat viele private Heime und zu der Zeit waren die Standards, die sie einhalten mußten, noch nicht sehr klar definiert. Seither sind die Standards formuliert und scheinen sich zu bewähren.

Im Jahre 1967 war ein junger Mann, der einmal auf freiwilliger Basis im Saskatchewan Krankenhaus North Battlefield behandelt worden war, in den Mord an einer Familie von neun Personen verwikkelt. Obwohl dieser Vorfall eigentlich nicht dem gemeindepsychiatrischen Programm zugerechnet werden konnte, entstand eine erhebliche Erregung. *Dr. Shervert H. Frazier* [5]) wurde im Herbst 1967 ernannt, eine Beurteilung des Programms abzugeben, eine Unternehmensberatungsfirma unter der Leitung von *Hubert Prefontaine* wurde beauftragt, besonders die organisatorischen Abläufe zu prüfen.

Dr. Frazier betonte besonders die Notwendigkeit einer größeren Zahl ausgebildeten Personals, sowie für schriftliche Anweisungen, die mit den rapiden Veränderungen Schritt hielten. Prefontaine entdeckte viele Anzeichen organisatorischer Starrheit, was innerhalb des bürokratischen Rahmens nicht verwunderlich ist, und betonte sowohl die Notwendigkeit, sich den veränderten Bedingungen anzupassen, als auch den Umstellungsprozeß von einem auf Anstaltsverwahrung basierenden Programm zu gemeindenaher Versorgung mit einer besseren Öffentlichkeitsarbeit zu begleiten.

Die drei Berichte bewirkten eine größere Investition öffentlicher Gelder in das psychiatrische Programm. Dies war von Anfang an ein ständiges Pro-

blem gewesen. Das Resultat waren erhebliche Verbesserungen in der Qualität der Nachsorge. Allerdings blieben eine Anzahl von Problemen weiter bestehen.

Zu allererst ist es schwierig, ausgebildetes Personal, besonders Psychiater, dazu zu bewegen, in ländlichen Gebieten zu arbeiten. Das führt zu einem häufigen Personalwechsel und der Schwierigkeit, eine gleichmäßige Versorgung zu gewährleisten, die der Plan gewährleisten möchte.

Zweitens sind die meisten ausgebildeten Mitarbeiter des Plans Angestellte im öffentlichen Dienst der Provinzregierung von Saskatchewan. Das macht es schwierig, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die besonders auch für Psychiater attraktiv sind, wie etwa Urlaube für Forschungszwecke, flexible Besoldungsmöglichkeiten usw.

Drittens ist das Programm in Saskatchewan hauptsächlich auf Erwachsene eingestellt. Es besteht ein erheblicher Bedarf an Einrichtungen für seelisch gestörte Kinder und Jugendliche. Bis jetzt ist so etwas nicht wirklich auf regionaler Basis entwickelt worden, sondern nur für die beiden größeren Städte der Provinz.

Viertens, obwohl der Plan in gleicher Weise für geistig Behinderte wie seelisch Kranke gedacht ist, ist er auf die ersteren bisher nicht angewandt worden. Die Zahl der internatsmäßig untergebrachten Kinder und Jugendlichen in Sonderschulen für geistig Behinderte ist in der Provinz — gemessen an der Einwohnerzahl — wohl noch die höchste in Canada. Allerdings wird jetzt ein neues Programm entwickelt, das die Situation verbessern soll.

Fünftens, da das System zentral bürokratisch geleitet wird, kommt die Initiative, neue Programme zu entwerfen, nur von ein paar fähigen Individuen. Es besteht ein Mangel an ausreichender Beteiligung der Bürgerschaft an den Programmen. Hätte eine größere Beteiligung bestanden, wäre es wahrscheinlich möglich gewesen, Fortschritte nach Plan und nicht auf Krisenbasis zu machen. Wie die Dinge jetzt stehen, besteht eine ausgesprochene Tendenz, auf Krisensituationen zu reagieren, sie aber nicht vorauszusehen und zu verhindern.

Schließlich besteht die Notwendigkeit, viel mehr als dies geschehen ist, die Folgen des Wechsels von einem institutionellen in ein gemeindenahes Programm bezüglich des Lebens der Patienten, ihrer Angehörigen und der Gemeinde zu untersuchen. Einiges ist bereits getan worden, die Resultate waren im ganzen auch ermutigend, es bleibt aber noch viel mehr zu tun.

Trotz dieser Grenzen und Schwierigkeiten hat der Saskatchewan Plan eine erhebliche Verbesserung der psychiatrischen Versorgung für die Patienten in der Provinz bewirkt, insbesondere eine grundlegende Verschiebung von institutioneller zu gemeindenaher Versorgung. Die wesentlichen Ziele des Saskatchewan Planes sind erreicht worden.

Mehr für geistige Gesundheit (More for the Mind)

Das Saskatchewan Programm hatte alle Vor- und Nachteile eines zentralisierten bürokratischen Systems. Mittlerweile entstanden aber auch andere Trends in Canada. In den späten 50er Jahren wurde ein Kommittee der Canadian Mental Health Association gebildet, das Richtlinien für eine moderne psychiatrische Versorgung erarbeiten sollte. Das Resultat war ein wichtiger, im Jahre 1963 erschienener Bericht unter dem Titel „More for the Mind" [15]).

Als Grundlage hatte der Bericht fünf hauptsächliche Prinzipien, die bald weitgehende Anerkennung in Canada fanden.

1. *Medizinische Integration*

   Psychiatrische Versorgung sollte als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung in das Medicare-Programm integriert werden.

2. *Regionalisierung*

   Umfassende psychiatrische Versorgung sollte, soweit irgend möglich, auf regionaler Basis geschehen.

3. *Dezentralisation*

   Management und Verwaltung der psychiatrischen Versorgung sollte dezentralisiert sein. Die Verantwortung für die Versorgung sollte in der Hand der Gemeinden liegen.

4. *Durchführung der Versorgung*

   Der Patient sollte durch alle Phasen seiner Krankheit hindurch angemessene Versorgung erhalten.

5. *Koordination*

   Psychiatrische Dienste in Krankenhäusern, Kliniken und anderen Zentren sollten so koordiniert werden, daß eine größtmögliche Effektivität erzielt wird.

Diese Prinzipien sind denen des Saskatchewan Plans in mancher Beziehung sehr ähnlich. Ein wesentlicher Unterschied bestand allerdings in dem Nachdruck, der auf Dezentralisation und Beteiligung der Gemeinden gelegt wurde. Der Bericht war ausgesprochen medizinisch orientiert, obwohl er auch die Rolle des nicht-ärztlichen, ausgebildeten Personals behandelte. Vorschläge für besondere, spezialisierte Dienste wurden auch gemacht — Geriatrie, Suchtkranke, forensische Psychiatrie, Schulen, Kinder, geistig Behinderte und örtliche Beratungsstellen.

Die Entwicklung der privaten Psychiatrie

Am Ende des zweiten Weltkrieges gab es nur wenige niedergelassene Psychiater in privater Praxis in Canada. In den 50er Jahren erhöhte sich ihre Zahl nur langsam, nach der Einführung von Medicare aber erheblich schneller. Eine Schätzung im Jahre 1963 ergab, daß etwa 1 000 Ärzte in der psychiatrischen Versorgung tätig waren, von denen über

600 als Fachärzte vom Canadian Royal College anerkannt wurden. Ungefähr 400 Ärzte hatten eine private Praxis, entweder full-time oder part-time. Im Jahre 1973 waren fast 1 400 Psychiater vom Royal College anerkannt, und es kamen noch 400 mit ausländischen Qualifikationen hinzu. Es wurde geschätzt, daß etwa zwei Drittel der Psychiater ausschließlich oder teilweise in privater Praxis tätig waren. Private Psychiater werden von Medicare auf Liquidationsbasis (fee for service basis) bezahlt. Sie sind unabhängig und lassen sich nieder, wo sie wollen. Da sie im allgemeinen größere Städte bevorzugen, stehen sie den Bewohnern ländlicher Gemeinden nur unter Schwierigkeiten zur Verfügung. In der Provinz Manitoba, beispielsweise, arbeiten von insgesamt 34 privaten Psychiatern 33 in der Stadt Winnipeg, in der aber nur 54 % der Provinzbevölkerung lebt [2]). Eine private Praxis verschafft im allgemeinen ein höheres Einkommen und zieht daher viele der besser qualifizierten Psychiater an. Das Abrechnungssystem ist hinderlich für eine Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern, Gemeindeschwestern, Psychologen, Gemeindeeinrichtungen usw., da nur am Patienten vorgenommene Einzelleistungen abgerechnet werden können. Es fördert außerdem die Konzentration auf weniger kranke Patienten, die weniger Zeit erfordern, zu ihren Terminen regelmäßig erscheinen usw. Deshalb hat dieses System sehr viel Kritik hervorgerufen und manche vulnerable Gruppen, wie Psychotiker, Alte, Strafgefangene, Arme, Landbewohner usw. haben es sehr schwer, eine ausreichende psychiatrische Behandlung zu bekommen. Der engagierte Psychiater, der eine relativ unbeliebte Arbeit übernehmen will, z. B. die Therapie seelisch gestörter Strafgefangener, wird im allgemeinen ein Gehalt bezahlt bekommen, weniger verdienen, in einer unerfreulichen Umgebung arbeiten, in einer kleineren Stadt mit weniger Resourcen. Das Vergütungssystem ist deshalb ungerecht und erschwert es, den benachteiligten Bevölkerungsgruppen eine angemessene Behandlung zuteil werden zu lassen. Es ist schwierig, die Kosten auf dem privaten Sektor einer Kontrolle zu unterwerfen. Es gibt keine numerische Beschränkung ärztlicher Praxen und auch nicht die Notwendigkeit für Patienten oder Ärzte, sich um Kosten zu sorgen, die ohnehin von der Regierung getragen werden. Es gibt außerdem keinerlei Kontrollen bezüglich der Qualität der psychiatrischen Behandlung in der Praxis privater Ärzte. Auf der positiven Seite dieses Liquidationssystems steht die Tatsache, daß es die Ärzte antreibt, eine große Zahl von Patienten zu sehen und, in der Annahme, daß die Behandlungen notwendig sind, knappe psychiatrische Resourcen einer möglichst großen Zahl von Menschen zugute kommen lassen.

Entwicklungen in anderen Provinzen

Jede Provinz hat traditionsgemäß eine Teilung in den öffentlichen und den privaten Sektor. Der öffentliche Sektor besteht aus den mit einem Gehalt angestellten Psychiatern, die in psychiatrischen Krankenhäusern oder Kliniken arbeiten. Diese Stellungen sind meist für die Ärzte weniger attraktiv und sind oft in ländlichen oder halbländlichen Gegenden.

Private Ärzte arbeiten meist auf der Basis der Liquidation für einzelne Behandlungen (fee-for-service basis) und sammeln sich, wie schon erwähnt, in den größeren Städten an. Meistens sind sie als Belegärzte in Allgemeinen Krankenhäusern und ihren privaten Praxen tätig.

Die Unterscheidung zwischen „privatem" und „öffentlichem" Sektor verwischt sich allmählich. In manchen Provinzen können Psychiater für bestimmte Zeitspannen, täglich etwa dreieinhalb Stunden als Angestellte arbeiten (session). Die Bezahlung ist üblicherweise etwa 85 Dollar für jede Einheit. Solch ein Psychiater mag, zum Beispiel, fünf „Sessions" in der Woche in einem Psychiatrischen Krankenhaus arbeiten, und den Rest seiner Zeit zwischen seiner Privatpraxis und vielleicht einiger Vorlesungstätigkeit an der Universität, aufteilen. Im allgemeinen ergeben diese mehrfachen Tätigkeiten ein höheres Einkommen, aber sind meistens mit längerer Arbeitszeit verknüpft.

In manchen Provinzen, aber nicht in allen, ist es fest angestellten Ärzten gestattet, außerhalb der normalen Arbeitszeit eine private Praxis zu unterhalten.

In mehreren Provinzen können Psychiater auf Vertragsbasis beschäftigt werden. Sie sind dann keine Beamten mit einem Gehalt. Diese Methode hat viele Vorteile. Sie ist meistens flexibler, bringt den Ärzten gewisse steuerliche Vorteile und gestattet eine Beendigung des Angestelltenverhältnisses (meist mit sechsmonatiger Kündigungsfrist), ohne daß Konflikte entstehen, wie es oft bei der Beendigung eines Beamtenverhältnisses geschieht. Außerdem haben Ärzte traditionsgemäß die Starrheit und Bürokratie nicht gemocht, die oft bezeichnend für das Beamtentum ist.

Mehrere Provinzen unterstellen jetzt die Psychiatrischen Krankenhäuser neu ernannten Verwaltungsräten. Es ist die Absicht, diese Krankenhäuser aus der Zuständigkeit der Provinzialbehörde herauszulösen und sie schließlich zu kommunalen Krankenhäusern zu machen, wie es die Allgemeinen Krankenhäuser sind. Mehrere der Provinzen schaffen überhaupt ihre selbständigen Ämter für psychiatrische Gesundheitspflege ab, im Zusammenhang mit dem Trend, den Unterschied zwischen dem psychiatrischen und dem allgemeinen Gesundheitssystem aufzuheben. Diese Ämter waren traditionsgemäß für die Verwaltung des öffentlichen Sektors der Psychiatrie verantwortlich, nämlich Psychiatrische Krankenhäuser, Stationen in Allgemeinen Krankenhäusern, Trainingszentren für geistig Behinderte und öffentliche psychiatrische Kliniken. Ihre Schwäche war ihre Verwundbarkeit gegenüber dem politischen finanziellen Druck, ihre Stärke lag in ihrer Fähigkeit, die allerkränkesten der Patienten zu versorgen und oft sehr gut zu versorgen.

Der Saschatchewan Plan hätte ohne die Existenz eines öffentlichen Sektors niemals ausgeführt wer-

den können. In der Zukunft werden wir wahrscheinlich eine Verschmelzung der beiden Bereiche sehen.

Qualitäts- und Quantitätskontrollen

Es ist behauptet worden, daß in Canada überhaupt kein Mangel in Psychiatern bestünde, nur eine schlechte Verteilung. Es ist aber sicher, daß Psychiater häufig dort fehlen, wo sie am dringendsten gebraucht werden, in psychiatrischen Krankenhäusern, Gefängnissen, Einrichtungen für alte Menschen usw.

Neuere Bevölkerungsstudien erinnern einen oft an das Prinzip des Dr. Knock: „Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorant". Wer soll den Vortritt haben, wenn fast jeder Mensch Symptome zeigt? Sogar sehr konservative Untersuchungen weisen im allgemeinen darauf hin, daß mindestens 10 % der Bevölkerung [6]) deutliche seelische Behinderungen haben. Aber müssen diese alle einen Psychiater aufsuchen oder könnte nicht anderes ausgebildetes Personal von Nutzen sein? Es besteht ein anwachsender Trend in Canada, psychiatrischen Pflegern, Sozialarbeitern und Psychologen therapeutische Aufgaben zu übertragen, und dieses Konzept hat bereits im „Mental Health Act von 1972" der Provinz Alberta seinen Niederschlag gefunden, der den Beruf des „registered therapist" (Registrierter Therapeut) schafft. Das Problem der sich überschneidenden, aber nicht auswechselbaren Funktionen hat Spannungen innerhalb der psychiatrischen Professionen erzeugt und eine Lösung des Problems liegt noch vor uns.

Das Problem der personellen Ausstattung ist schwierig, da verschiedene Faktoren berücksichtigt werden müssen und verschiedene Regionen verschiedene Bedürfnisse haben können. Immerhin wurde vor einigen Jahren in Saskatchewan die auf Tabelle 6 gezeigte personelle Besetzung als brauchbar anerkannt. Es existieren jedoch keine Standards, die im ganzen Lande akzeptiert sind.

Tabelle 6

Proposed Staffing Standards, Province of Saskatchewan

	Nursing Service (Direct Nursing Care)	Adjunctive Therapies includ-Occupational therapy, recreational therapy and industrial therapy	Social Service	Community Psychiatric Nurse	Psychiatrist
Intensive Acute Care as Defined by Committee on Standards of Patient Care	2½ hours/patient/day for each of 5 days — 12½ hours/week 2½ hours/patient/day for each of 5 evenings = 12½ hours/week. Ratio of 1 nurse to 10 patients for remaining night and week-end shifts = 8.8 hours/ week. Total of 4.8 hours/patient/day. Ratio 60 % professional to 40 % auxilliary	1 Adjunctive Therapy worker for each 10 patients in ratios of 40 % occupational therapy, 60 % auxilliary workers, registered psychiatric nurses, shopmen, etc. 5 days/week — staggered for Recreational Therapists on week-ends an evenings.	1 Social Worker (field worker) to each 20.000 population	1 Community Psychiatric Nurse (field worker) to each 20.000 population	1 : 10 where psychiatrist involved in out-patients progrm. (Standards Committee)
Intensive Sub-Acute	Ratio of 1 nurse to 15 patients morning and afternoon and nurse to 20 patients for nights or total of 1½ hours/ patient/day. Ratio 40 % to 60 %.	1 Adjunctive Therapy worker for each 10 patients, in ratio of 40 % occupational therapy to 60 % auxilliary workers.			1 : 50
Psychiatric Chronic	Equivalent to level 3 under Special Care Home Act. 2 hours/ patient/day. Ratio of 25 % professional to 75 % auxilliary.	1 Adjunctive Therapy worker for each 50 patients.			1 : 300
Out-Patient-Programm		Interrelated with staffing of In-Patient facility.	1 : 20.000	1 : 20.000	1 : 20.000

Eine wichtige Hilfe zur Qualitätskontrolle der Krankenhausversorgung wird von einer freiwilligen Organisation, dem Canadian Council on Hospital Accreditation (Verein für Krankenhausakkreditierung), der 1958 gegründet wurde, geleistet. Akkreditierte Krankenhäuser müssen bestimmte Standards erreichen, einschließlich vieler medizinischer Nachprüfungen über die Qualität der Pflege, der aktiven Arbeit der Kommitees und über ordnungsmäßige Aktenführung (record keeping). Zunächst hat der Verein seine Arbeit auf Allgemeine Krankenhäuser beschränkt aber seit 1967 sind auch Psychiatrische Krankenhäuser akkreditiert worden. Das Council bevorzugt das sog. „peer review"-Konzept, eine Beurteilung der Arbeit durch die eigenen Kollegen. Diese Methode ist nicht ohne Kritik geblieben, besonders von Vorkämpfern der Verbraucherinteressen, wie etwa Ralph Naders Gruppe in Washington. Es kann jedoch kein Zweifel daran sein, daß die Qualität der Krankenhausbehandlung sich verbessert, wenn die für die Akkreditierung notwendigen Standards erreicht werden.

Wie bereits erwähnt, gibt es jedoch keine offiziellen medizinischen Prüfungsmethoden für die Leistungen von Ärzten, die in privater Praxis tätig sind. Das ist ein schwerwiegender Mangel, und Untersuchungen über die medizinische Versorgung in privater Praxis haben erhebliche Qualitätsunterschiede aufgezeigt. Als eine Lösung dafür ist vorgeschlagen worden, daß eine „Re-Approbation" für alle Ärzte, einschließlich der Psychiater eingeführt werden solle. Es würde jedoch vorteilhafter sein, wenn wirklich effektive „peer review" Techniken angewandt würden, denn für die Öffentlichkeit ist es von größerer Wichtigkeit, daß die Psychiater gut behandeln, als daß sie Examen bestehen können.

Bürgerrechte der Patienten

Sowohl in Canada als in den Vereinigten Staaten hat man sich mehr und mehr mit dem Problem der Rechte von Minderheiten beschäftigt, zu denen auch die psychisch Kranken gehören. Eine Anzahl der „Mental Health Acts" ist kritisiert worden, weil sie den Patienten nicht genügend Schutz gegen Willkür, unberechtigte Beschränkung der Freiheit und den Verlust des Rechtes, eine Behandlung zu verweigern, gaben. Eine gute Zusammenfassung bestehender canadischer Gesetze und Prinzipien, auf denen Veränderungen basieren sollten, ist in Swadron und Sullivan, „The Law and Mental Disorder" (Recht und Seelische Störungen) [14]) enthalten. Auf der anderen Seite besteht die Besorgnis, daß das Pendel zu weit schwingen könne, und eine Serie von Tragödien in Kalifornien, die durch Gewalttätigkeit von entlassenen Patienten entstanden waren, hat eine weit verbreitete Diskussion aufflammen lassen. Es ist auch Besorgnis darüber ausgesprochen worden, was für einen Einfluß seelisch kranke Personen auf ihre Familien und Mitbürger haben können. Natürlich muß hier eine richtige Balance erreicht werden, aber die Zeit für eine Unzahl von unfreiwilligen Einweisungen ist sicherlich vorbei, und die Einweisung von seelisch Kranken muß jetzt auf solide und überzeugende Gründe gestützt werden.

Kapitel IV
Spezialisierte Dienste in Canada

Das vorhergehende Kapitel handelte von den allgemeinen psychiatrischen Gesundheitsdiensten in Canada. Außerdem existieren eine Anzahl von Spezialgebieten, die einige Diskussion erfordern. Wegen der Begrenzung des Umfangs dieses Berichts sollen diese nur kurz zusammengefaßt werden.

Psychiatrische Dienste für Kinder

Im Jahre 1966 wurde eine Kommission für seelische Störungen und Lernbehinderungen bei Kindern gebildet, die 1970 eine Studie [2]) „One Million Children" veröffentlichte. Dieser sogenannte „Celdic Report" sollte für die seelische Gesundheit von Kindern das bedeuten, was „More for the Mind" für Erwachsene versucht hatte. Der Bericht sagte:

> „Konservative Schätzungen haben festgestellt, daß unter acht Kindern eins, oder rund eine Million Canadier unter zwanzig Jahren ein seelisches Leiden oder Lernschwierigkeiten haben, die eine optimale Entwicklung verhindern, wenn keine Intervention stattfindet".

Das Forschungskommitee verurteilte den Mangel an Koordination unter den Hilfsorganisationen, der zu einer ausgesprochenen Zersplitterung der Versorgung führte. Eine Straffung und Koordination der Gemeinderesourcen wurde dringend empfohlen und es wurde ernsthaft geraten, solche Kinder, soweit irgend möglich, in der normalen Umgebung zu belassen und sie nicht in besonderen Schulen oder Anstalten unterzubringen. Während dieser Bericht zum Teil einen dramatischen und emotionalen Ton hat und einige seiner Statistiken angezweifelt werden können, so stellt er doch klar heraus, daß ein schwerwiegender Mangel an brauchbaren Programmen für seelisch gestörte Kinder in Canada besteht, und daß die bestehenden Resourcen in unzweckmäßiger und unkoordinierter Weise benutzt werden. Seit der Bericht veröffentlicht wurde, sind nur wenige Fortschritte gemacht worden und Beobachter stimmen darin überein, daß ein Anwachsen in der Häufigkeit und Schwere seelischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren erfolgt ist, wie es durch auffällige Störungen, Drogenmißbrauch, Schulversagen usw. bewiesen wird.

Drogen und Alkoholismus

Im Jahre 1969 wurde die LeDain Untersuchungskommission gebildet, die den nicht-medizinischen Gebrauch von Drogen erforschen sollte. Es hatte sich eine anwachsende Besorgnis wegen des vermehrten Verbrauchs von Drogen in Canada entwickelt. Nach viereinhalb Jahren brachte die Kommission einen Bericht von über 1 100 Seiten heraus, nachdem öffentliche Anhörungen stattgefunden hatten und eine ausgedehnte Forschungsarbeit geleistet worden war. [4])

Der Bericht ist zwar dadurch nützlich, daß er die wachsende Bedeutung des Drogen-, Alkohol- und

Tabakproblems in Canada dokumentiert, aber er enthält wenig Neues oder Originelles. Er empfiehlt, daß der Besitz nur von zwei Klassen von Rauschgiften (starke Halluzinogene wie LSD und Narkotika wie Heroin) weiterhin als Verbrechen angesehen werden soll, während der Besitz anderer Rauschgifte, einschließlich Cannabis, straflos bleiben soll. Der Bericht empfiehlt die Einführung schärferer Kontrollen für die Herstellung von anderen Drogen, wie etwa Tranquilizer, sowie eine verantwortlichere Rezeptierungspraxis. Die Einrichtung eines nationalen Netzes von Methadon Erhaltungstherapie Kliniken wurde vorgeschlagen, sowie die Zwangseinweisung und Behandlung von Heroin- und anderen Rauschgift-Abhängigen.

Die Mitglieder der Kommission konnten sich nicht ganz auf ihre Vorschläge einigen. Eines stimmte dem Vorschlag zur Zwangsbehandlung nicht zu, während ein anderes glaubte, er solle noch verschärft werden.

Die Behandlung von Alkoholismus und Drogenabhängigkeit ist gegenwärtig hauptsächlich in der Hand von Stiftungen und Provinzialvereinen. Es ist schwer, die Gesamtresultate abzuschätzen, aber das Ausmaß des Problems vergrößert sich eher, als daß es sich verkleinert, und es besteht die Notwendigkeit, neue und erfolgreichere Maßnahmen zu entwikkeln. Vorbeugung bleibt ein Traum und ist keine Realität, diese praxisrelevante Forschung ist verhältnismäßig unbedeutend.

Geriatrie

Claire Townsend [7]) malt in seinem Buch: Old Age: The Last Segregation" (Alter: die letzte Trennung) ein grimmiges Bild von der Not der alten Menschen in den USA. Das Bild mag überzeichnet sein und wäre sicher nicht in seiner Ganzheit auf Canada anwendbar. Trotzdem, Canada, wie die Vereinigten Staaten, ist ein auf die Jugend hin orientiertes Land, und das Schicksal der Alten, die auf ein festes, von der Inflation nicht aufgezehrtes Einkommen angewiesen sind, und die oft in eine Art von geriatrischer Verbannung verstoßen wurden, ist oft sehr schwer.

Es ist ein Indiz für den Mangel an Interesse an alten Menschen, daß noch immer keine Fachrichtung „Geriatrie" in Canada existiert. Geistige Leiden alter Menschen werden immer noch weitgehend mißverstanden und häufig einfach als „Altersschwachsinn" oder „arteriosklerotische Psychose" etikettiert. In der Vergangenheit wurden solche Patienten üblicherweise in Psychiatrische Krankenhäuser aufgenommen, die überbelegt waren und nicht dafür ausgestattet, die Kombination physischer und psychosozialer Beschwerden richtig zu behandeln. Dies wird jetzt seltener, aber viel zu oft werden die Alten in Pflegeheime gebracht, wo man sich einigermaßen um ihre physischen Bedürfnisse kümmert, die aber sonst wenig Anregung vermitteln. Heimpflege ist teuer und hat die Absonderung der alten Leute aus ihrer gewohnten Umgebung zur Folge. Es besteht ein Bedarf an Maßnahmen und Einrichtungen, die es alten Menschen ermöglichen, innerhalb ihrer Gemeinschaft zu bleiben, nämlich Versorgung zu Hause, „Essen auf Rädern", Tagesstätten, unterstützende Programme für die Angehörigen usw. Ein Committee des Senats für Altersprobleme hat sich mit vielen dieser Probleme seit 1966 beschäftigt, aber nur bescheidener Fortschritt ist gemacht worden.

Psychiatrische Dienste für Strafgefangene

In Canada hat die Bundesregierung die Verantwortung für Strafgefangene, die zu einer Strafe von zwei Jahren Haft oder mehr verurteilt worden sind, während die Provinzregierung „correctional services" für Gefangene mit einer kürzeren Strafdauer unterhalten.

Es ist schwer, die Häufigkeit seelischer Leiden unter Verbrechern genau festzustellen. Eine neue Untersuchung eines canadischen Psychiaters ergab, daß von 84 willkürlich in einem Bundesgefängnis ausgewählten Gefangenen 56 % Persönlichkeitsstörungen hatten, 30 % waren Alkoholiker, 12 % psychotisch, 1,2 % Neurotiker, 12 % abhängig von „weichen Drogen", 6 % von „harten" Drogen und 4,7 % Homosexuelle. Wegen Überschneidungen ist die Summe der Prozentzahlen größer als 100 %. Jedenfalls schienen nur 12,7 % der Gefangenen „normal" zu sein.

Das Thema der „Behandlung" oder „Rehabilitation" von Gefangenen ist zu kompliziert, um hier in seinen Einzelheiten behandelt werden zu können. Zwei Dinge sollen aber kurz erwähnt werden. Erstens besteht eine weitverbreitete Unzufriedenheit mit den Rehabilitationsmaßnahmen des Strafvollzugs, und viele Kritiker sehen die Gefängnisse fast nur als Verbrecherschulen an. Zweitens hat die Entwicklung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung mit „offener Tür"-Praxis es sehr viel schwieriger für seelisch kranke Gefangene gemacht, in psychiatrischen Krankenhäusern behandelt zu werden. Es besteht demnach ein Bedürfnis für eine Einrichtung, in der ein vernünftiges Maß an Sicherheitsvorkehrungen mit menschlicher Behandlung kombiniert werden kann. Mit diesem Ziel machte kürzlich ein Ausschuß von psychiatrischen Beratern dem canadischen Justizminister den Vorschlag, daß in Canada fünf regionale medizinische Zentren eingerichtet werden sollten, in denen die skizzierten Maßnahmen möglich sind. Im Prinzip wurde dieser Bericht angenommen und es ist geplant, diese Zentren in der Nähe von Medizinischen Hochschulen zu errichten, damit eine gute Verbindung mit verschiedenen akademischen Disziplinen hergestellt werden kann.

Dienste für Geistig Behinderte

Die kommunalen Hilfen zur Entwicklung neuer und besserer Dienste für Geistig Behinderte haben sich in den letzten Jahren erheblich verstärkt. Es scheint sicher, daß in naher Zukunft eine beträchtliche Verminderung der Zahl der anstaltsuntergebrachten geistig Behinderten eintreten wird. Es ist ein Hauptziel, daß geistig Behinderte, soweit irgend möglich,

genau so behandelt werden sollen, wie ihre normalen Mitbürger. Es muß jedoch Vorsorge getroffen werden, daß die geistig Behinderten nicht einfach der Gemeinschaft überlassen werden und dort schwimmen oder ertrinken können. Der vor kurzem erstellte Williston Report [8]) zeigt die Gefahr der Vernachlässigung auf, die immer bei verschwommenen Gemeinschaftsprogrammen besteht, und es ist entscheidend, daß das richtige Gleichgewicht zwischen „Normalisierung" auf der einen Seite und „besonderem Schutz" auf der anderen gesichert bleibt. Swadron und Sullivan [6]) haben kürzlich die juristischen Aspekte in diesem Zusammenhang genau untersucht, während Wolfensberger [9]) eine ins einzelne gehende Analyse der „Normalisationstheorie" unternahm.

Kapitel V

Seelische Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen

Das Interesse an Präventionskonzepten, die mehr an Gesundheit als an Krankheit sich orientieren, ist groß. Dies ist teilweise als eine Reaktion gegen die astronomischen Kosten des ganzen Gesundheitswesens aufzufassen. Man hofft, daß gute Vorbeugungsmaßnahmen diese Kosten verringern werden. Aber es ist auch auf die ehrliche Überzeugung zurückzuführen, daß in der Vergangenheit den positiven Aspekten der Gesundheit, sowohl im seelischen wie im somatischen Bereich, zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Viele Menschen, die nicht physisch „krank" sind, sind doch in schlechter physischer Verfassung. Aktive „Trimm-Dich"-Programme sind jetzt sehr in Mode, teilweise weil sie angeblich die Häufigkeit von Herzerkrankungen vermindern, teilweise auch weil durch sie ein Gefühl des physischen — und wohl auch des seelischen — Wohlbefindens gefördert wird. In der Tat gibt es gewisse Hinweise, daß intensive körperliche Erziehung gewisse Persönlichkeitsveränderungen bewirkt, aber sehr viel mehr Forschung ist auf diesem Gebiet notwendig.

Ähnliche Überlegungen treffen für den Bereich der seelischen Gesundheit zu. Viele Menschen in unserer Gesellschaft sind unglücklich, aber sie sind nach den üblichen Kriterien nicht krank. „Leere" und „Einsamkeit" werden oft als die Schlagwörter unseres Zeitalters angesehen, und viele unserer größten Autoren und Künstler beschreiben auf einfühlsame Art die Isolierung, Einsamkeit und Leere, denen der „erfolgreiche" moderne Mensch ausgesetzt ist [12]). Unter den Psychologen hat besonders Maslow [11]) auf die Notwendigkeit hingewiesen, eine Psychologie der positiven Werte zu betreiben.

Prävention

Es kann in Frage gestellt werden, ob die Prävention seelischer Erkrankung und die Förderung positiver seelischer Gesundheit unmittelbar miteinander verbunden sind.

Es wird jedoch allgemein zugegeben werden, daß die Prävention seelischer Erkrankungen ein wünschenswertes Ziel ist. Nur wenige Beobachter werden mit Laing [7]) übereinstimmen, daß Psychose ein Abenteuer ist, für das nur die Glücklichen erwählt sind.

Traditionsgemäß wird Prävention wie folgt unterteilt:

a) Primäre — Prävention (prevention of onset)

b) Sekundäre — Prävention (early intervention)

c) Tertiäre — Beschränkung der Behinderung (limitation of disability)

Diese Unterscheidungen sind sicherlich bequem, aber in der Realität sind sie nicht immer leicht zu machen. Außerdem können sicherlich Überschneidungen entstehen, z. B. mögen sekundäre und tertiäre Maßnahmen gegenüber psychotischen Eltern eine primäre Präventionswirkung auf ihre Kinder haben.

Das Gebiet der primären Prävention seelischer Erkrankungen ist durch viele Unsicherheiten gekennzeichnet. Notwendig sind gut kontrollierte Forschungsprojekte und nicht die unkritische Annahme rein theoretischer Sozialprogramme. Der kürzlichen Vermehrung von Selbstmordverhütungszentren in Canada und den Vereinigten Staaten von Amerika, folgte ein schmerzliches Gefühl der Enttäuschung, da die Resultate so geringfügig waren. Das Gleiche kann von Programmen gesagt werden, die Alkoholismus und Zigarettenrauchen verhindern sollen. Trotz dieser Rückschläge besteht der Traum weiter, daß in einer besser geordneten Gesellschaft die Lebensqualität und die seelische Gesundheit besser und die Häufigkeit seelischer Erkrankungen geringer sein würden. Hinter diesem Traum, der bestimmt noch nicht Wirklichkeit ist, liegen einige der ehrgeizigeren sozialen Programme, die im nächsten Kapitel umrissen sind.

Wenn solche Programme erfolgreich sein sollen, müssen sie mit empirischen Kenntnissen verbunden sein. Die Arbeit Leightons [5, 8, 9]) und seiner Kollegen in Nova Scotia ist ein interessanter Schritt in dieser Richtung. Leighton [5]) hat gezeigt, daß Gemeinden, die wenig Zusammenhalt bieten, auch gesteigerten Streß erzeugen, sowie einen Mangel an Resourcen, Streß zu beseitigen und demgemäß psychiatrische Komplikationen. Nach Leighton fallen Gemeinden als Folge weit verbreiteter schlechter Gesundheit, Naturkatastrophen, schwerer Armut und kulturellen Spannungen usw. auseinander.

Sekundäre und tertiäre Prävention sind weniger kontrovers und werden wegen Raummangels hier nicht weiter behandelt werden. Eine wichtige Rolle bei der sekundären Prävention wird vom Hausarzt wahrgenommen, und Versuche, wie die in Kapitel III beschriebenen, sind in Canada sehr erfolgreich gewesen. Der Hausarzt mag auch eine Rolle bei der primären Prävention spielen, da ungeschicktes Verhalten des Arztes ein wesentlicher Faktor sein kann, der einen seelischen Zusammenbruch herbeiführt. Die Wichtigkeit der tertiären Prävention wird jetzt

immer mehr in ihrem Zusammenhang zu lang andauernden Krankheitszuständen erkannt [15]).

Veränderung des Systems oder des Menschen?

Bei dem Versuch, menschliche Behinderungen zu erleichtern und die Gesundheit zu fördern, ist es angebracht zu fragen: „Sollten wir versuchen, den Menschen zu ändern, das System, oder beide?"

Wenn ein Problem, wie etwa das der häufiger werdenden Verkehrsunfälle untersucht wird, kann man zwei ganz verschiedene, aber sich ergänzende Methoden anwenden. Man kann versuchen, die Menschen zu verändern, durch Erziehung, Verwarnung, Geldstrafen usw., oder man kann das System verändern, indem man mehr Verkehrsampeln aufstellt, kreuzungsfreie Straßen baut, mehr Sicherheitseinrichtungen an den Automobilen anbringt usw. In vielen derartigen Situationen ist es sinnvoll, beides zu tun, aber bei der Lösung bestimmter Probleme kann der Erfolg durch die Anwendung der einen Methode sehr viel größer sein, als durch die Anwendung der anderen.

Selbstmordverhütungsprogramme waren immer darauf gerichtet, die Menschen zu ändern, indem man immer mehr ausgebildetes Personal einstellte usw. Die Resultate waren enttäuschend. Andererseits scheint das britische Experiment, Kohlenmonoxyd allmählich aus dem Stadtgas zu entfernen, eine enge Beziehung zu dem Zurückgehen der Selbstmordrate zu haben, in einem Lande, wo „den Kopf in den Gasofen stecken" eine beliebte Form des Suizids war [10]).

Solch eine Methode gegenüber dem anwachsenden Problem des Alkoholismus könnte einen viel größeren Erfolg haben als die traditionelle Mann zu Mann-Behandlungsmethode. Es sind Beweise vorhanden, daß Änderungen in dem Preissystem einen erheblichen Einfluß auf die Auswahl der konsumierten Getränke hat und damit auf Komplikationen wie Delirium tremens [1, 2]). Natürlich schränken solche Maßnahmen die Rechte normaler Trinker ein, würden sich als unpopulär erweisen — und politisch gefährlich!

Das System und nicht die Menschen zu verändern, ist in der Tat eine traditionelle Methode im öffentlichen Gesundheitswesen, Wasser zu filtern, anstatt die Menschen aufzufordern, es abzukochen. Diese Methode ist auch auf dem Gebiet der Psychiatrie vielversprechend und es ist anzunehmen, daß sie in der Zukunft weitgehend angewandt werden wird.

Kapitel VI
Die neueren Gesundheitspläne in Canada

In den letzten Jahren wurden eine Reihe von wichtigen Berichten veröffentlicht, die durchweg für eine völlige Reorganisation des canadischen Gesundheitswesens plädierten. Drei dieser Berichte sind sehr umfangreich, und es ist einfach nicht möglich, sie hier im einzelnen zu behandeln. Statt dessen werden drei von ihnen hier nur kurz erwähnt, nur der neueste wird detaillierter dargestellt werden.

Der Quebec-Plan

Der erste wesentliche Bericht für die Provinz Quebec wurde unter dem Vorsitz von Claude Castonguay von 1967—70 und unter dem Vorsitz von Gérard Nepveu seit 1970 veröffentlicht. Viele Bände dieses Berichts sind sowohl in französischer wie in englischer Sprache erschienen.

Dieser Bericht, wie auch die folgenden, betrachtete Gesundheit in einem breiten gesellschaftlichen Kontext. Es wurde gefordert, daß „die Gesellschaft für den Menschen, die für seine Entwicklung auf den verschiedenen Gebieten seiner Tätigkeit günstigsten sozialen Bedingungen schaffen muß." Das vorgeschlagene Programm war auf „bürgerliche, politische und soziale Rechte gegründet, nämlich das Recht auf Erziehung, Arbeit, Wohnung, wirtschaftliche Sicherheit, Erholung und Gesundheit." „. . . es sichert allgemeinen Zugang zu den Versorgungsangeboten ohne Diskriminierung aufgrund von Klasse, Rasse, Religion oder finanzielle Lage, und ohne den Erfolg und Zweckmäßigkeit zu vernachlässigen." Der Bericht beschäftigt sich eingehend mit solchen Konzepten, wie der allgemeinen Verfügbarkeit der Versorgungsangebote, Berücksichtigung der Qualität der individuellen Pflege und die Zweckmäßigkeit der Angebotsstruktur.

Es fand eine Diskussion über „Das medizinische Modell" und „Das soziale Modell" statt. Das erste wurde kritisiert wegen seiner ungenügenden Anpassungsfähigkeit an die Bedürfnisse der Menschen und es wurde gesagt, daß „infolge der Entwicklung der humanitären und sozialen Wissenschaften, die Anwendung des sozialen Modells notwendig geworden sei. Der Krankheitsbegriff des sozialen Modells unterscheidet sich fundamental von dem des traditionellen medizinischen Modells: Krankheit wird begriffen als ein interaktionelles Ungleichgewicht zwischen einer sozialen Einheit — dem Individuum oder der Familie — in der Umgebung, in die hinein sich die Einheit entwickelt. Die Anwendung dieses Konzeptes auf das medizinische Versorgungssystem, schließt das Bestehen von rein oder hauptächlich organisch bedingten Störungen nicht aus. Andererseits aber betrachtet es Krankheit nicht ausschließlich als ein organisches und individuelles Problem. Krankheit ist vielmehr ein vielschichtiges Problem, das bezüglich der Ätiologie, dem Verlauf und der Komplikationen, eine ganze Reihe von Faktoren und Phänomenen zwischen dem kranken Individuum, seiner Familie und der Gemeinschaft, in der es lebt, miteinbeschließt. Die Betonung muß auf das gesamte Verhalten des Menschen gelegt werden, ohne allerdings die Bedeutung der organischen oder physischen Ursachen zu vernachlässigen. Menschliche und soziale Probleme, die auf der ätiologischen oder pathogenetischen Ebene einwirken, sind ebenso wichtig wie die organischen Faktoren der Krankheit."

Die Untersuchungskommission in Quebec wiederholt eine bekannte Kritik des Versorgungswesens. Es ist zersplittert und schlecht koordiniert, hieraus resultiert viel Doppelarbeit, die Angebotsstruktur des Systems ist unangemessen und schlecht. Insbesondere sollten die ministerialen Zuständigkeiten im Gesundheits- und Sozialbereich geklärt und besser aufeinander abgestimmt werden.

Der Prozeß der Integration muß sich bis auf die örtliche Ebene erstrecken, das grundsätzliche Konzept der Kommission ist das des örtlichen Gesundheitszentrums. Dies muß ein wirkliches Gesundheits*team* sein und nicht ein Konglomerat von Spezialisten, die lediglich unter einem Dach arbeiten. Der Begriff des Teams „bedeutet eine Gruppe von Gesundheitsfachleuten (Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter, Zahnärzte, Apotheker, Psychologen u. a.), die durch ihr Wissen, ihre Erfahrung und die Art der Hilfe, die dem einzelnen und der Allgemeinheit angeboten werden sollen, eng miteinander verbunden sind. Außerdem setzt die Organisation von Teamarbeit die Delegation von Verantwortung, sowie eine Verteilung der Aufgaben voraus, so daß jedes Teammitglied seine speziellen Fähigkeiten optimal einbringen kann, so daß der Patient ein integriertes und vollständiges Hilfsangebot erhält".

Auf höherer Ebene, entsprechend den jetzt bestehenden Allgemeinen Krankenhäusern, in der Funktion aber umfassender, stellt sich die Kommission ein kommunales Gesundheitszentrum vor. Noch spezialisierter wäre dann das Zentrum einer Universitätsklinik, daß das am höchsten spezialisierte Angebot somatischer sowie psycho-sozialer Hilfen, und darüber hinaus ein vollständiges Ausbildungsprogramm für Fachleute im Gesundheitswesen vorzuhalten hätte.

Die Kommission regte an, die Provinz in Regionen mit weitgehender Selbständigkeit zu unterteilen. Eine zentrale Stelle der Provinzregierung würde dann die Verantwortung für die Gesamtplanung, für Haushaltsfragen und der Aufrechterhaltung bestimmter Standards haben. Die psychiatrische Versorgung sollte in die anderen Versorgungsangebote integriert werden und nicht als eine selbständige Einheit weiterbestehen.

Positive Gesundheit sollte stärker gefördert werden, wie auch präventive Maßnahmen im psychischen und physischen Bereich. Ein erheblich größerer Einfluß der Verbrauchervertretungen auf lokaler, regionaler und Provinzebene sollte angestrebt werden.

Die Gesundheitsfachleute sollten sich weiterhin im wesentlichen selbst organisieren. Allerdings sollte ein über allem stehender Gesundheitsaufsichtsrat (Health Disciplines Board) stehen, der dafür zu sorgen hätte, daß sich die partikularen Interessen der einzelnen Gruppen nicht gegen diejenigen der Allgemeinheit durchsetzen.

Viele der Empfehlungen der Kommission sind jetzt in Kraft gesetzt worden und die medizinische Versorgungsstruktur in der Provinz Quebec hat radikale Veränderungen erfahren. Sozial- und Gesundheitsabteilungen sind vereint worden und es gibt fünf Staatssekretäre (Associate Deputy Ministers), die dem stellvertretenden Minister auf fünf Gebieten verantwortlich sind, nämlich in der Planung und Forschung, der Programmatik, dem Etat, der Qualitätskontrolle, sowie dem Verhältnis der einzelnen Professionen zueinander (professional relations). Die Provinz ist in zehn Regionen unterteilt worden, wobei eine Region, Montreal, wiederum in drei Bezirke geteilt wurde, so daß tatsächlich zwölf Regionen bestehen. Für jede Region gibt es einen regionalen Rat mit Aufsichtsfunktionen. Eine Anzahl von örtlichen Gesundheitszentren sind eingerichtet worden, von denen ungefähr zehn bereits in Betrieb und 25 weitere in der Entstehung begriffen sind. Diese örtlichen Gemeinschaftszentren bieten neben basalen Gesundheitsdiensten auch Sozialdienste und kommunale Beratungsdienste, wie z. B. juristische Hilfen usw. an. Ein Vorstand von 11 Personen wird in dem jeweiligen Gebiet gewählt, der das örtliche Zentrum verwaltet.

Das Quebec-Programm besteht noch nicht lange und kann daher im einzelnen noch nicht beurteilt werden, sicher ist aber, daß es eine grundsätzliche Bedeutung für die Gesundheitsversorgung und das Sozialwesen in dieser Provinz haben wird.

Ontario-Pläne

Die Provinz Ontario veröffentlichte im Jahre 1970 einen dreibändigen Bericht des Kommittees der Heilberufe (Committee on the Healing Arts), zusammen mit zehn weiteren Bänden, die Forschungsberichte enthalten. Es besteht viel Ähnlichkeit mit dem Quebec-Bericht. Der erste Band des Antario-Berichts umreißt die grundlegenden Ideen des Kommittees und enthält eine Liste von 354 Empfehlungen, die das Kommittee in den beiden anderen Bänden im einzelnen beschreibt. Er enthält auch eine Menge historischer und statistischer Daten.

Der zweite Band untersucht die einzelnen Fachrichtungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und enthält eine kritische Einschätzung der von ihnen ausgeführten Tätigkeit.

Der dritte Band beschäftigt sich mit der Notwendigkeit einer größeren Koordination und Integration im Gesundheitswesen und empfiehlt einen neuen institutionellen Rahmen für Verwaltung und Planung. Dem Problem der Regulierung beruflicher Praxis und Ausbildungsproblemen wurde besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Bezüglich der zu ergreifenden regulativen Maßnahmen macht das Kommittee im wesentlichen drei Vorschläge. Erstens schlägt es Selbstkontrolle vor, wie es bis zu dieser Zeit schon allgemein üblich war. Zweitens, Kontrolle durch eine zu ernennende Gesundheitskontrollbehörde (health disciplines regulation board). Auf diese Weise versuchte das Kommittee ein gewisses Maß von Selbstkontrolle innerhalb der Heilberufe bestehen zu lassen, aber zugleich das öffentliche Interesse zur Geltung zu bringen. Es wurde empfohlen, daß in den Gremien, die sich mit der Zulassung zur Berufsausübung befassen, auch Laien vertreten sein sollten. Außerdem schlug das Kommittee vor, daß die Anzahl der verschiedenen Heilberufe von der empfohlenen Gesundheits-

kontrollbehörde reguliert werden solle. Diese Behörde sollte gewissermaßen eine rechtsprechende Funktion haben und eine ähnliche Beziehung zum Gesundheitsministerium, wie der Ontario Arbeitsschlichtungsausschuß (Labour Relations Board) zum Arbeitsministerium. Die Behörde sollte Unterabteilungen haben, die Empfehlungen bezüglich der Zulassung, der Registrierung und von Disziplinarmaßnahmen in ihrem Wirkungsbereich geben sollten.

Der Bericht stellte fest, daß eine Neuorganisation der Verwaltung notwendig sei. Es besteht eine erhebliche Besorgnis wegen des gegenwärtigen „Nicht-Systems" mit seinen Wucherungen von Regierungsstellen, privaten Organisationen, Krankenhäusern, freiwilligen Verbänden und Kontrollorganen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, deren Ziele manchmal in Konflikt miteinander stehen.

Das Kommittee empfahl, daß das Gesundheitsministerium sich von der unmittelbaren Verantwortung für die Verwaltung der Gesundheitsdienste lösen, und sich hauptsächlich mit der Planung und der Entwicklung von gesundheitspolitischen Leitlinien befassen sollte. Es war daran gedacht, ein Amt für Psychiatrische Krankenhäuser für die Provinz (Ontario Mental Hospitals Board) zu schaffen, das für die Verwaltung der bestehenden Psychiatrischen Krankenhäuser verantwortlich sein sollte, und — soweit notwendig — an weitere Ämter auf regionaler Ebene. Das Kommittee war der Ansicht, daß regionale Gesundheitsräte und darüber ein Gesundheitsrat für die ganze Provinz Ontario eingesetzt werden sollten, um einen größeren Einfluß der Verbraucher auf die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Es schlug außerdem eine erheblich vergrößerte Forschungs- und Planungsabteilung im Gesundheitsministerium vor, die eine vermehrte Forschungsarbeit auf vielen Gebieten des Gesundheitswesens leisten sollte und andere Gesundheitsorganisationen bei der Planung und Entwicklung von Forschungsprogrammen unterstützen könnte.

Einige der Empfehlungen der Kommission sind in Ontario seit der Veröffentlichung des Berichts verwirklicht worden. Im Falle der Psychiatrischen Krankenhäuser sind eine Anzahl von Beratungsgruppen gebildet worden, und es ist beabsichtigt, diese zu richtigen Verwaltungsräten zu machen. Das selbständige Amt für psychiatrisches Krankenhauswesen ist abgeschafft worden, und es scheint sich eine Entwicklung zu größerer Dezentralisierung und Regionalisierung in der Provinz Quebec anzubahnen. Es ist zu hoffen, daß auf diese Weise stärker als bisher die Kommune sich in der Planung und Durchführung des Gesundheitswesens engagiert und daß ein großer Teil der Zerplitterung und Verdopplung, die in der Vergangenheit in der Arbeit vorhanden war, nunmehr verschwinden wird. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob dieses Ziel verwirklicht werden wird. Die Zeit, um hierüber ein endgültiges Urteil anzugeben, ist noch zu kurz.

Der Hastings Bericht

Anders als die beiden bisher erwähnten Berichte ist der Hastings Bericht verhältnismäßig kurz [4]). Vielleicht ist er so viel gelesen und diskutiert worden, weil er so kurz ist. Kritiker haben ihn mit Bestürzung und Betrübnis beachtet, während andere in ihm die aufregende Herausforderung einer neuen Ära gesehen haben. Der Bericht selbst handelt vom Community Health Centre und dessen Beziehung zum gesamten Gesundheitswesen. Der Bericht sagt: „Das Kommittee sieht ein Community Health Centre als eine Einrichtung, oder eine Gruppe eng verbundener Einrichtungen an, die es Individuen und Familien ermöglicht, anfängliche und fortdauernde medizinische Versorgung von hoher Qualität zu erhalten. Solche Versorgung muß durch ein Team von Gesundheitsfachleuten und anderem Personal in einer annehmbaren Weise bewerkstelligt werden, die in einem gut zugänglichen und gut ausgerüsteten Setting arbeiten. Das Zentrum muß Teil eines durchdachten und verantwortlichen Versorgungssystems sein. Das Gesundheitswesen muß umgekehrt eng und wirksam mit den sozialen und verwandten Diensten koordiniert sein, um Individuen, Familien und Gemeinden zu helfen, die vielseitigen Probleme des Lebens zu meistern".

Es wird betont, daß ein solches Zentrum ein wirksameres Versorgungsangebot machen könnte, als dies durch das jetzige zerplitterte System möglich ist. Psychiatrische Probleme werden in dem Bericht nur wenig behandelt, aber der Zusammenhang mit psychiatrischer Versorgung ist offensichtlich. Das Kommittee fordert eine Zusammenfassung psychiatrischer, sonstiger medizinischer, sozialer und anderer Dienste unter einem Dach. Ärzte, die üblicherweise ihre Einzelleistungen abrechneten, würden bei dem neuen System voraussichtlich ein Gehalt beziehen, also angestellte Ärzte sein. Diese Vorstellung ist sicherlich bei den Ärzten nicht populär geworden. Vorkämpfer für das Community Health Centre behaupten, daß durch eine verminderte Inanspruchnahme von Krankenhausbetten Kosten gespart würden. Kritiker behaupten, daß die Vorschläge im wesentlichen auf ideologischen (philosophical) Gründen beruhen und daß ihre praktische Nützlichkeit erst noch bewiesen werden muß. Diese Kritik hat eine gewisse Berechtigung. Das Konzept des Community Health Centre ist zwar interessant, es muß aber noch gründlich im praktischen Einsatz erprobt werden. Tatsächlich ist es dringend notwendig, solche Projekte sorgfältig zu evaluieren, um festzustellen, ob sie wirklich die effektivere Versorgung, die sie versprechen, hervorbringen können.

Der Hastings Bericht betont, wie die beiden vorhergehenden, nachdrücklich die *Teamarbeit* der Fachkräfte. Die traditionelle Einstellung war, daß der Arzt bei den Behandlungsmaßnahmen die dominierende Rolle spielte und die anderen Berufe nur assistierten. Es ist klar, daß die Vorherrschaft des Arztes jetzt in Frage gestellt ist. Was immer das endgültige Resultat sein mag, es ist augenscheinlich, daß in Zukunft kein Angehöriger einer Berufsgruppe erwarten kann, ein Gesundheitsprogramm zu beherrschen. Die von anderen geleisteten Beiträge sind so angewachsen, daß eine Aufteilung von Autorität und Verantwortung stattfinden muß. Das Pflegepersonal, traditionell nur Handlanger der Ärzte, macht jetzt seine Ansprüche geltend mit der

Konzeption des „Pflegepraktikers" (nurse practitioner) und verlangt das Recht, eine ganze Anzahl solcher Funktionen auszuüben, die bisher als ausschließlich ärztliche Aufgabenbereiche angesehen wurden. Die Psychotherapie, die einst fast ausschließlich Aufgabe des Psychiaters war, wird jetzt in wachsendem Maße mit anderen Gruppen, wie Sozialarbeitern und Psychologen geteilt.

Als Resultat der sich überschneidenden Rollen sind im ganzen Land zwischen Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen Konflikte entstanden, und zwar besonders auf dem Gebiet der Psychiatrie, wo wegen des Mangels an Psychiatern Angehörige anderer Disziplinen das so entstandene Vakuum in mancher Hinsicht angefüllt haben. Der gleiche Prozeß findet übrigens, wenn auch etwas langsamer, auf dem Gebiet der somatischen Medizin statt.

Der Hastings-Bericht hat in Canada, mehr als die anderen Berichte, weitgehende Diskussionen ausgelöst. Vielleicht war das der Fall, weil er von dem Bundesamt für nationale Gesundheit und Wohlfahrt herausgegeben worden ist und deshalb eine sehr weite Verbreitung erreichte, obwohl er auf Bundesebene nicht offiziell bestätigt worden war. Seine relative Kürze war auch wahrscheinlich ein Faktor, der ihm ein großes Maß von Aufmerksamkeit verschaffte, sowohl in der allgemeinen Öffentlichkeit, als auch besonders bei den Heilberufen.

Gesundheitssicherung für British Columbianer

Der letzte der wichtigen Berichte wurde im Januar 1974 veröffentlicht [3]). Es war der zweibändige Bericht von Dr. R. G. Foulkes an den Gesundheitsminister in British Columbia. Zu der Zeit, da dies geschrieben wird, ist es noch nicht klar, ob die Regierung von British Columbia den Empfehlungen dieses Berichtes folgen will, aber er wird sicher einen beträchtlichen Einfluß haben.

Foulkes beginnt mit einer Beschreibung eines vollkommenen Systems der medizinischen Versorgung. Er schlägt vor, daß das System die folgenden Eigenschaften verkörpern solle:

Universalität — für jeden Menschen zugänglich

Umfassendes Ausmaß — ein volles Spektrum notwendiger Dienste

Menschlichkeit — persönliche Behandlung

Effektivität — günstige Kosten — Nutzen Relation

Ein zentraler Bestandteil des Systems ist das „community human resources and health centre". Solch ein Zentrum würde spezielle Gesundheitsdienste und allgemeine Beratungsdienste (human resources services) in sich vereinen und diese mit anderen notwendigen Diensten, wie etwa edukativen koordinieren. Als Kern würde es den öffentlichen Gesundheitsdienst, psychiatrische Gemeindezentren und Einrichtungen für Kinder in sich vereinen. Es würde Ärzte und andere Fachleute unter Vertrag nehmen. Es würde Zugang zu Heimbesuchsprogrammen (home services programs), diagnostischen Diensten, sowie zu Krankenhaus und sonstigen institutionellen Behandlungsmöglichkeiten haben. Jedes dieser Zentren würde einen Aufsichtsrat haben.

Außerdem würden sieben bis neun regionale Organisationen in der Provinz gebildet werden. Sie würden einem regionalen Gesundheitsrat unterstehen, der die Verantwortung für die gesamte Finanzierung aller Gesundheits- und sozialen Dienste haben würde, einschließlich der kommunalen Gemeindezentren, der Krankenhäuser, der Nachsorgekliniken, der Pflegeheime usw. Die Mehrheit der bestehenden Dienste würde aus der Verantwortung des Gesundheitsministeriums der Provinz auf regionale Behörden übertragen werden. Das Gesundheitsministerium würde dann in drei funktionellen Abteilungen umorganisiert werden und zwar Dienstleistungsstandards, Finanzen und Verwaltung und Koordination. Ein beratendes Gremium für Gesundheitsfragen würde die Beteiligung der Öffentlichkeit auf einem „top policy level" erlauben.

Foulkes ist der Ansicht, daß die Methode der Einzelleistungsvergütung sehr unzweckmäßig ist, soweit sie sich auf ärztliche Behandlung bezieht. Er betont allerdings, daß der Bezahlungsmodus aber auch wirkliche Leistungsanreize bieten müsse. Er schlägt vor, daß Ärzte, die in den Gemeindezentren beschäftigt sind, entweder im Angestelltenverhältnis arbeiten oder möglicherweise nach der Anzahl der Patienten auf der Liste (capitation system), wie es bei dem Gesundheitsversicherungsplan von Greater New York besteht, bezahlt werden. Er geht nicht davon aus, daß das Honorarsystem völlig verschwinden wird, sondern schlägt die Schaffung eines ‚fixed income pool' vor. Das Prinzip eines solchen Fonds würde sein, einen garantierten Dollarbetrag unter den Ärzten in einer Region proportional so zu verteilen, wie die Ärzte ihre Rechnungen eingereicht haben. Die Idee dabei ist, daß ein solches System Anreize geben würde, Ärzte zu ermutigen in Regionen mit geringer ärztlicher Versorgung ihr Einkommen zu vergrößern. Foulkes bemerkt jedoch: „Es ist die Schwäche dieses Systems, daß über einen längeren Zeitraum Ärzte, die übertriebene Rechnungen einreichen, ihre gewissenhafteren Kollegen benachteiligen würden, und daß die Gefahr besteht, daß das System wegen übertriebener und komplizierter Verwaltungsverfahren zusammenbrechen würde!" Foulkes folgert: „Wir glauben, daß solch ein Fond nur für eine kurze Zeit funktionieren würde, um dann zusammenzubrechen. Wir empfehlen deshalb die Einführung eines Systems der Gehaltszahlung für die meisten Ärzte."

Das vorgeschlagene Haushaltssystem ist das eines Gesamthaushalts auf regionaler Basis. Im Rahmen eines jeden Budgets müssen die Regionen eine Gesundheitsversorgung, Dienste und Einrichtungen erstellen, die den vom Gesundheitsministerium festgesetzten Minimum- und Maximum-Standards entsprechen. Durch den ganzen Bericht hindurch betont Foulkes immer wieder die Wichtigkeit einer zweckgebundenen Haushaltsführung, in der die vorgesehenen Ausgaben, so weit wie möglich, in Beziehung zu fest bestimmten Zielen des Systems stehen.

Foulkes widmet einen beträchlichen Teil des Berichtes der psychiatrischen Versorgung in British Columbia. Seine Kritik ist scharf. So scharf, daß der Gesundheitsminister, Dennis Cocke, bemerkte: „Ich selbst stimme nicht mit der allgemeinen Beurteilung unserer psychiatrischen Lage überein."

Jedoch ist Dr. Foulkes Kritik an der psychiatrischen Versorgung wesentlich und soll hier kurz zusammengefaßt werden. Er sieht das ganze System als „ein Beispiel von sozialer Ungerechtigkeit großen Ausmaßes" an. Er ist der Ansicht, daß die sieben Anstalten unter der Aufsicht des Amtes für Geistige Gesundheit (Mental Health Branch) schlecht verwaltet werden, was die Definition der Ziele, die Auswertung der Programme, intelligente Finanzmethoden und Programmstandards angeht. Er beklagt den Trend in zwei Richtungen:

1. Das private psychiatrische Abrechnungssystem (fee for service) für solche Patienten, die nicht als sehr gestört angesehen werden. In widersinniger Weise ist die größte Gruppe der Psychiater in der Provinz mit diesen Kranken beschäftigt.
2. Das öffentliche System für die Kranken, die gestörter sind, aus niedrigeren sozialen Schichten kommen, Minoritäten angehören, und die der Gesellschaft „lästig" sind.

Er behauptet, daß „die gegenwärtige psychiatrische Versorgung das unzweckmäßigste, erfolgloseste, veraltetste und diskriminierendste unter allen unseren Sozial- und Gesundheitsprogrammen ist. Es besteht allgemeine Übereinstimmung, daß Langzeithospitalisierung Menschen mehr schadet als hilft. Die zerstörerischen und unmenschlichen Bedingungen in einer „totalen Institution", wo Arbeit, Erholung und Schlaf in monotoner Gleichmäßigkeit, am gleichen Ort, zur gleichen Zeit, mit den gleichen Insassen und unter der gleichen unbarmherzigen und unnachgiebigen Autorität vor sich gehen, sind offensichtlich. Es ist vielfach im Verlauf unserer Untersuchung erwähnt worden, daß diese Bedingungen selbst psychische Krankheiten erzeugen.

Er sieht das gegenwärtige System als eine Kombination eines punitiven und eines medizinischen Modells und ist der Ansicht, daß die Psychiater darauf bedacht sind, ein im wesentlichen gesellschaftliches Problem mit einer medizinischen Einstellung zu verschleiern.

Foulkes meint, daß die großen Anstalten, die gegenwärtig bestehen, aufgegeben werden sollten „zusammen mit den Bürokraten, die durch sie unterhalten werden", und daß statt dessen gemeindenahe Dienste eingerichtet werden sollten, die mit solchen für andere Probleme integiert werden sollten. Er schlägt weiter vor, daß die Rolle des Psychiaters sich so ändern solle, daß den rein medizinischen Faktoren, die mit psychiatrischen Störungen in Verbindung stehen, mehr Aufmerksamkeit geschenkt würde. Nach Foulkes Meinung sollte der Psychiater hauptsächlich eine beratende Rolle spielen.

In konsequenter Fortsetzung dieser Überlegungen regt Foulkes an, daß die Provinzregierung erkennen solle, daß ein zerstückeltes System für Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation gestörter Personen, die jetzt als psychisch krank, geistig behindert usw. bezeichnet werden, unnötig ist. Die Einrichtungen der sozialen und der Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen müßten die besonderen Bedürfnisse dieser Gruppe von Patienten anerkennen und ihnen auf gleiche Weise Unterstützung anbieten, wie sie den physisch Kranken für ihre besonderen Bedürfnisse angeboten wird.

Der Verfasser glaubt, daß solch ein Community Human Resource and Health Centre die Möglichkeit hätte, die Bedürfnisse der seelisch Gestörten ebenso zu erfüllen wie die der physisch Kranken, die aber eine Reihe anderer Hilfsdienste benötigen. Er ist gegen den „mental health centre approach" und zitiert einen Bericht einer Arbeitsgruppe aus den Vereinigten Staaten von Amerika, in dem behauptet wird, daß die psychiatrischen Gemeindezentren zu wenig anderem als zu einem erweiterten Arbeitsfeld für psychiatrische Berufe geworden wäre, aber den kränksten Mitgliedern der Bevölkerung nicht geholfen hätten.

Foulkes empfiehlt, daß die riesige psychiatrische Anstalt in Riverview, British Columbia, abgebaut werden solle, und daß während der Übergangsphase die verschiedenen Abteilungen innerhalb der mächtigen Anlage einem Treuhänderrat unterstellt werden sollten, der den Auftrag erhielte, den Anstaltskomplex aufzulösen und die Teile davon niederzureißen, die leer geworden seien.

In Übereinstimmung mit seiner schweren Kritik regt Foulkes an, daß das Amt für geistig Gesundheit die erste Behörde sein sollte, die von einem völlig neu organisierten Gesundheitsministerium übernommen werden müßte. Er ist voll von Kritik über dieses Amt und seine Beamtenbürokratie. Die meisten Beobachter mögen denken, daß er, obwohl seine Kritik berechtigt ist, allzuviel Schuld auf die unglücklichen Menschen häuft, die die schwierige Aufgabe gehabt haben, ein kompliziertes psychiatrisches Gesundheitsprogramm mit zu wenig Personal und zu wenig Geld zu verwalten. Seine Unterstützung der Idee einer psychiatrischen Versorgung, die mit anderen sozialen und medizinischen Hilfsdiensten in der Gemeinde zusammengeschlossen ist, entspricht jedoch durchaus dem fortschrittlichen Denken im Lande. Es ist aber immer einfacher, ein bestehendes System anzugreifen, als ein neues zu entwickeln, das besser funktioniert und man wird sehen, wie wirkungsvoll die neuen Vorschläge für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in British Columbia sein werden.

Abschluß

Die oben erwähnten vier Berichte haben vieles gemeinsam. Es besteht weitverbreitete Unzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in diesem Lande, weil sie teuer, nicht leistungsfähig und zersplittert ist. Die Bezeichnung „Nicht-System" wird von Kritikern immer wieder angewandt, die behaupten, daß die existierende Versorgung hauptsächlich den in ihr tätigen Berufen zugute kommt, aber nicht den Menschen, die Hilfe brauchen. In dem

Maße, wie mit der Ausbildung die Erwartungen steigen, pochen die Verbraucher stärker auf ihre Rechte auf eine gute Versorgung, und die Kritik an dem, was der Öffentlichkeit angeboten wird, wächst ständig. Seit Jahren sind die psychiatrischen Dienste das Aschenputtel der Versorgung, und es ist kein Wunder, daß der Ruf nach Koordination und mehr Beteiligung der Gemeinde, besonders in bezug auf die psychiatrische Versorgung, lauter wird. Es ist aber betrüblich, daß so wenig empirische Forschung über die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Programme stattgefunden hat. Es ist möglich, daß die verschiedenen philosophischen Projekte in Wirklichkeit durchaus nicht so gut funktionieren, wie sie das auf dem Papier tun. Es wäre auf jeden Fall wünschenswert, die Erfolge und Mißerfolge solcher Vorschläge sorgfältiger zu beobachten mit Hilfe von gut gewählten Experimenten. Es besteht eine gewisse Gefahr, daß das bestehende System radikal geändert wird, ohne eine Zwischenperiode genauer Prüfung. Wenn das geschehen sollte, wäre es denkbar, daß der Trend zur Integration der Versorgung, der gegenwärtig durch das ganze Land geht, uns zu einer anderen kostspieligen Bürokratie führen würde, die dann schließlich dem Verbraucher doch keine besseren Dienste leistet. Immerhin sind die in den vier Berichten beschriebenen Trends bestimmt gesund. Es *besteht* ein Bedürfnis nach größerer Beteiligung der Verbraucher an der Gesundheitsversorgung. Es ist offenkundig unlogisch, Gesundheitsversorgung scharf von sozialen, erzieherischen, juristischen und anderen Programmen, die einen Einfluß auf das gesamte Wohlbefinden der Bürger haben, zu trennen. Es ist auch offensichtlich, daß die Zeit des einzelgängerischen Unternehmers vorbei ist. Teamarbeit wird bestehen bleiben. Es ist nur wichtig, daß sie zweckmäßig, wirtschaftlich und immer im besten Interesse des Patienten durchgeführt wird. Es kann kein Zweifel daran sein, daß heutzutage die große Mehrheit der Bevölkerung als Folge besserer Ausbildung viel genauer informiert und kritischer gegenüber der Versorgung ist, die sie erhalten, als das in der Vergangenheit der Fall war. Die Zeit des Arztes als des Gottes des Gesundheitswesens ist vorüber. Auch kann das Krankenhaus nicht mehr als „die Werkstatt des Arztes" angesehen werden. Viele neue Heilberufe erscheinen auf der Szene. Diese erbringen einen wichtigen Beitrag und werden es auch in der Zukunft tun. Es ist sicher, daß wir in den nächsten Jahren umstürzende und aufregende Entwicklungen im canadischen Gesundheitswesen erleben werden.

Kapitel VII

Psychiatrische Informationssysteme

Die Einführung der Krankenhausversicherung und von Medicare brachten die Notwendigkeit mit sich, eine große Menge von Daten über Patienten schnell zu verarbeiten. Computertechnik wurde sehr wichtig und ist seither weitgehend für die Anfertigung von Statistiken und Leistungsindikatoren (performance indicators) eingesetzt worden.

Eine Auswertung der Daten für den Medicare Plan einer Provinz hat es beispielsweise möglich gemacht, die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen unter den Patienten aller partizipierender Ärzte zu schätzen [1 2]). Natürlich hat die breite Ausdehnung dieser Methode auch ihre Nachteile, ist aber doch als Hinweis auf die diagnostischen Verfahren der Ärzte von Nutzen.

Um eine größere Genauigkeit zu erreichen, kann man eine Untersuchung mit weniger Ärzten und standardisierten Methoden unternehmen, wie bei dem Projekt in Central Butte, Saskatchewan, das in Kapitel III beschrieben wurde [2 5 7]).

Eine Anzahl ehrgeiziger Informationssysteme sind für psychiatrische Patienten entwickelt worden. Die lange Zeit, die notwendig ist, um die komplizierten Formulare auszufüllen, ist hier das Hauptproblem. Solche Systeme scheitern oft daran, daß viele der Beteiligten nicht mit dem gleichen Enthusiasmus dahinterstehen wie die Urheber.

In Saskatchewan ist seit Januar 1966 ein sich über die ganze Provinz erstreckendes Datenverarbeitungssystem in Betrieb [6]). Wegen seiner relativen Einfachheit hat es einige kompliziertere überlebt.

Es benutzt hauptsächlich zwei Formulare:

1. Registration and Continuing Record Form — Aufnahmeformular (Abb. 8)
2. Patient Contact Form — Patienten Kontakt Formular (Abb. 9)

Das Aufnahme-Formular wird jedesmal benutzt, wenn der Status des Patienten sich ändert (vom ambulanten zum stationären Patienten oder umgekehrt). Die Kontaktform wird jedesmal ausgefüllt, wenn ein Kontakt mit dem Patienten stattgefunden hat. Die Daten werden auf Band übertragen und durch einen IBM 300 Computer verarbeitet.

Nützliche „Ausdrucke" sowohl der stationären wie der ambulanten Patienten werden alle drei Monate und am Ende des Jahres gemacht. Auf diese Weise kann schnell ein Überblick darüber gewonnen werden, wie viele Patienten gesehen wurden und es ist möglich, viele Kreuzvergleiche bezüglich der einzelnen Regionen, diagnostischen Gruppierungen, Art der Behandlung, Alter usw. vorzunehmen. Dies System erfaßt alle Patienten, die in psychiatrischen Krankenhäusern, Zentren und Stationen und in den Ambulatorien behandelt werden. Patienten, die unter dem Medicare Plan der Provinz von niedergelassenen Ärzten behandelt werden, sind nicht eingeschlossen, aber diese Patienten werden durch die Medicare Abrechnungen erfaßt, so daß beide Systeme gut miteinander verbunden werden können [2]).

Die verschiedenen spezialisierten Einrichtungen im ganzen Lande haben ihre eigenen Systeme entwickelt. Eines der bekanntesten ist das der psychiatrischen Abteilung des Foothill Hospitals in Calgary, Alberta, unter Dr. K. I. Pearce. Es wird dort weitgehend Gebrauch von Fragebogen gemacht, wie dem M. M. P. I., der Sozialanamnese Form und einer besonderen „Depressionsskala", die vom Patienten selbst ausgefüllt werden. Der Computer druckt dann einen Bericht, der sich auf die wesentlichen Antwor-

Abbildung 8

Registration and Continuing Record Form

PATIENT REGISTRATION FORM

CENTRE CODE ▶ | DATE DAY MONTH YEAR | CASE NUMBER | S.H.S.P. NUMBER

NAME OF PATIENT (PRINT SURNAME FIRST) | DATE OF BIRTH DAY MONTH YEAR

ADDRESS | SEX MALE ☐1 FEMALE ☐2

RESIDENCE CODE

ONE YEAR SASK. RESIDENCE YES ☐ NO ☐

PLACE OF BIRTH
CANADA ☐1
OTHER ☐2
UNKNOWN ☐3

ETHNIC BACKGROUND
EUROPEAN ☐1
ASIAN ☐2
N.A. INDIAN ☐3
METIS ☐4
OTHER ☐5

MARITAL STATUS
SINGLE ☐1
MARRIED ☐2
WIDOWED ☐3
DIVORCED ☐4
SEPARATED ☐5
REMARRIED ☐6
OTHER ☐7

EDUCATION
NONE ☐1
ELEM. 1-4 ☐2
ELEM. 5-8 ☐3
SEC. 9-11 ☐4
SEC. 12 & NON UNIV. ☐5
UNIVERSITY ☐6
UNIVERSITY DEGREE ☐7
UNKNOWN ☐8

RELIGION
UNKNOWN ☐00
ROMAN CATHOLIC ☐80
ANGLICAN ☐10
UNITED ☐90
LUTHERAN ☐60
BAPTIST ☐20
OTHER ☐

OCCUPATION | CODE

CERTIFICATE OF INCOMPETENCY?
YES ☐1
NO ☐2

PREVIOUS TREATMENT
NONE ☐1
OUTPATIENT ☐2
INPATIENT - THIS FACILITY ☐3
INPATIENT - OTHER FACILITY ☐4
INPATIENT - BOTH OF ABOVE ☐5
UNKNOWN ☐6

LIVING ARRANGEMENTS
FAMILY ☐1
APPROVED HOME ☐2
NURSING HOME ☐3
GAOL ☐4
CHILD TREATMENT CENTRE ☐5
OTHER ☐6

REFERRAL
SELF ☐1
MEDICAL PRACTITIONER ☐2
PSYCHIATRIST ☐3
FORENSIC ☐4
WELFARE AGENCY ☐5
PRIVATE AGENCY ☐6
EDUCATIONAL AGENCY ☐7
OTHER ☐8

PRINCIPAL DIAGNOSIS | I.C.D. #

SECONDARY DIAGNOSIS | I.C.D. #

COMMUNICATIONS - NAMES, ADDRESSES, TELEPHONE NUMBERS, RELATIONSHIP OF THOSE STATED, ETC.

OTHER PATIENT DATA

ADDITIONAL DATA CODED BY CENTRE A ☐ B ☐ C ☐

REGISTRATION STATUS
OUTPATIENT ☐1
DAY-PATIENT ☐2
INFORMAL INPATIENT ☐3
FORMAL INPATIENT ☐4
TYPE

TRANSFER FROM

ADMISSION DATE

AUTHORIZED SIGNATURE

SEPARATION
DISCHARGE ON MEDICAL ADVICE ☐1
DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE ☐2
TRANSFER ☐3
DEATH ☐4

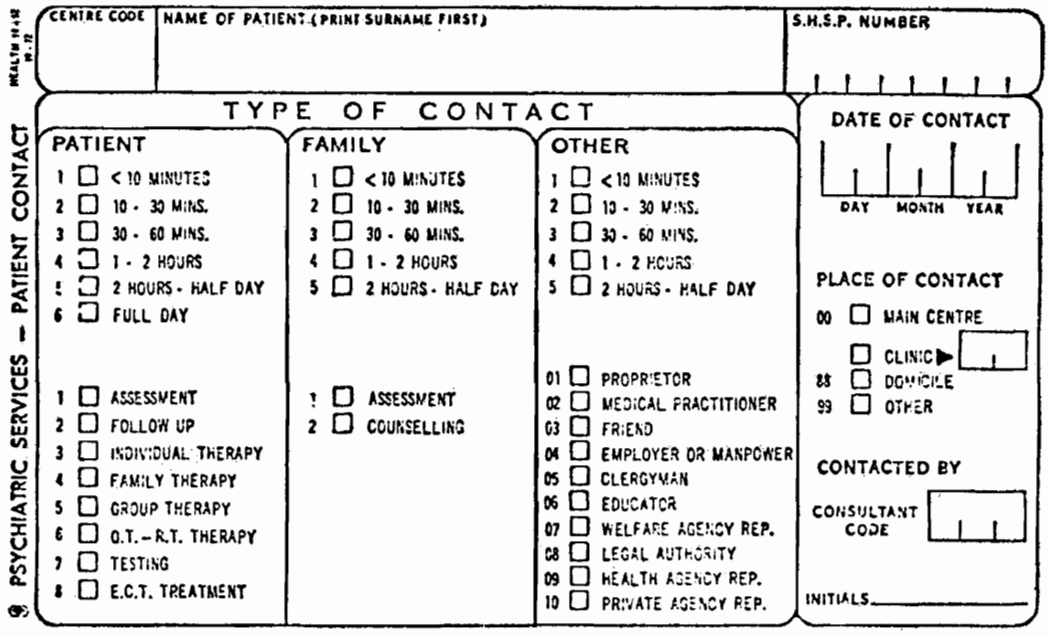
SEPARATION DATE

DISPOSAL TO
SAME FACILITY OUTPATIENT 1 ☐
SAME FACILITY DAY-PATIENT 2 ☐
OTHER FACILITY OUTPATIENT 3 ☐
SELF CARE - NO FOLLOW UP 4 ☐
OUT OF SERVICE 5 ☐
OTHER INPATIENT FACILITY 6 ☐

DEATH
DIRECT CAUSE I.C.D. #
ANTECEDENT CAUSE (IF ANY) I.C.D. #
AUTOPSY PERFORMED YES ☐1 NO ☐2

Abbildung 9

Patient Contact Form



ten stützt. Diese Methode spart dem Personal viel Zeit ein, die dann vorteilhafter dem Patienten zur Verfügung steht. Eine Gefahr dieser Methode liegt allerdings darin, daß das Bedürfnis nach menschlicher Zuneigung und Verständnis vernachlässigt werden kann, und daß die Beziehungen zwischen dem Personal und den Patienten in unerwünschter Weise distanziert und unpersönlich werden.

Die problemorientierte Krankengeschichte

Die üblichen psychiatrischen Krankengeschichten lesen sich oft wie lange Romane, in denen es schwer ist, die wichtigen Probleme auszusondern oder die Schritte zu erkennen, die zu ihrer Lösung getan worden sind.

Vor einigen Jahren entwickelte Lawrence Weed das Konzept einer problemorientierten Krankengeschichte (problem oriented medical record) [8]). Das Weed System verlangt klares und zusammenhängendes Denken über die Behandlungsweise. Es erleichtert die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und dient der Zusammenstellung einer Datenbank, die mit Hilfe moderner Computertechnik gut ausgewertet werden kann. Die Januar-Ausgabe der Zeitschrift „Hospital and Community Psychiatry" vom Jahre 1974 ist fast ausschließlich der Beschreibung und Anwendung dieser Methode in der Psychiatrie gewidmet [4]). Einer der gründlichsten Versuche zur Anwendung dieser Methode wird in Canada im Health Sciences Centre Hospital der Universität von British Columbia, Vancouver, von Dr. Donald J. Watterson und Dr. Milton H. Miller durchgeführt.

Die Zusammenstellung nationaler Statistiken

Die Bundesregierung hat in Canada die Verantwortung für die Erstellung nationaler Gesundheitsstatistiken, aber die Aufgabe ist nicht leicht, da die Provinzen häufig sehr verschieden vorgehen. Immerhin veröffentlicht das Dominion Bureau of Statistics in Ottawa jährlich Berichte, die eine Vielzahl von Informationen in bezug auf Aufnahmen, Entlassungen, Patientenzahl, Personal und Finanzierung von psychiatrischen Einrichtungen enthalten. Diese Berichte sind sehr wertvoll, müssen aber mit Vorsicht interpretiert werden, da die Definition bestimmter Begriffe in manchen Fällen von Provinz zu Provinz verschieden ist.

Computer-Technik und Programm-Auswertung

Es ist viel über Programmauswertung geschrieben worden, aber die angewandten Methoden sind noch in den Kinderschuhen. Letzten Endes kann die Computertechnik die Informationen, die hineingefüttert werden, nicht verbessern. Die gesamte Psychiatrie leidet schwer unter dem Problem der Reliabilität, Validität und Relevanz der zur Verfügung stehenden Daten. Diese Probleme sind nicht unlösbar, aber es müßte ein wesentlicher Vorstoß auf dem Gebiet der praktischen Forschung gemacht werden, mit allem, was das in bezug auf die Finanzierung von Projekten und die Ausbildung fähiger Forscher bedeutet. Psychiatrische Forschung ist nicht mehr ein Zeitvertreib für Amateure oder etwas, das in die „Freizeit" von Professoren verwiesen werden kann, die hauptsächlich mit Lehraufgaben beschäftigt sind.

Kapitel VIII
Psychiatrische Forschung in Canada

In Canada ist psychiatrische Forschung in erheblichem Ausmaß geleistet worden, aber es ist die Ansicht des Verfassers, daß in Anbetracht der Größe des Problems und der gewaltigen Kosten der Gesundheitsversorgung die Anstrengungen in keiner Weise ausreichen.

Vom Medical Research Council of Canada ist ein sehr nützliches Heft „Reference List of Health Sciences Research in Canada 1973—1974" [2]) (Liste der Forschungsvorhaben in den Gesundheitswissenschaften 1973—1974) zusammengestellt worden. Es gibt einen guten Überblick über die geforderten Forschungsvorhaben im canadischen Gesundheitswesen. In der Praxis waren das Medical Research Council und das Ministerium für nationale Gesundheit und Wohlfahrt in Ottawa die beiden hauptsächlichen finanziellen Förderer psychiatrischer Forschungsobjekte. Beide werden wiederum von der Bundesregierung finanziert. Außerdem stellt die Regierung von Ontario erhebliche Mittel durch ihre Stiftung für geistige Gesundheit (Ontario Mental Health Foundation) zur Verfügung.

Im allgemeinen finanziert das Medical Research Council Projekte auf dem Gebiet der Grundlagenforschung (Basic Research).

Es kann aus Tabelle 7 ersehen werden, daß die Aufgaben des Medical Research Councils in den letzten fünf Jahren jeweils in etwa gleicher Höhe waren, obwohl die Lebenskosten in der gleichen Zeit erheblich angestiegen sind. In einer Mitteilung des Councils vom 15. Jan. 1974 wird angedeutet, daß die Ausgaben für 1974—1975 wieder etwa die gleiche Höhe erreichen werden. In Wirklichkeit ist also eine *Verminderung* der Unterstützung aus dieser Quelle über die letzten fünf Jahre hin eingetreten. Dieser Trend kann nur als äußerst unzufriedenstellend bezeichnet werden, da gerade das Gebiet der geistigen Gesundheit einen geradezu verzweifelten Bedarf an weiterausgedehnter Forschungstätigkeit hat.

Tabelle 8 zeigt einen noch beunruhigenderen Trend bei der Unterstützung von Forschungsvorhaben durch das Ministerium für Nationale Gesundheit und Wohlfahrt auf. Hier hat eine erhebliche Ver-

Tabelle 7

Medical Research Grants to University Departments of Psychiatry 1969—1974

	1969 bis 1970	1970 bis 1971	1971 bis 1972	1972 bis 1973	1973 bis 1974
	— In $ —				
General Grants	462,380	464,802	480,072	488,088	500,485
Major Equipment Grants	24,387	15,000	13,915	31,410	
Development Grants	49,050	17,375	4,375	41,406	19,210
	535,817	497 177	498,362	560,904	519,695

Source: Medical Research Council Canada.

Tabelle 8

Total Amount Spent on Psychiatric Research by National Health and Welfare Research Programs Directorate

	1968 bis 1969	1969 bis 1970	1970 bis 1971	1971 bis 1972	1972 bis 1973
Psyatric Research Grants (Dollars)	762,882	685,768	649,858	511,925	518,775

Source: Dept. of. National Health and Welfare, Ottawa

ringerung in den letzten fünf Jahren stattgefunden. Die von dieser Stelle geförderten Forschungsobjekte erstrecken sich vorwiegend auf das Gebiet der praktischen oder angewandten Forschung. Es ist schwierig, auch nur eine Spur für die Berechtigung dieser Verminderung zu erkennen. Neue interessante — und teure — Programme werden über das ganze Land hinweg entwickelt. Es besteht eine dringende Notwendigkeit, diese Programme auszuwerten, deren Kosten in die Hunderte von Millionen Dollar gehen werden, wenn sie im ganzen Land durchgeführt werden sollten. Aber an diesem kritischen Punkt der Gesundheitsversorgung, an dem äußerste Sorge über die ansteigenden Kosten besteht, wird einem ernsthaften Versuch einer Auswertung einfach aus dem Weg gegangen.

Eine Initiative der Bundesregierung auf dem Gebiet der Forschung hat es unglücklicherweise in den letzten Jahren nicht gegeben. Der Bericht des Martel Kommitees [1]) hat kürzlich die Bundesregierung aufgefordert, erhöhte Beiträge für die Forschung zur Verfügung zu stellen, aber bis heute ist von einer nennenswerten Veränderung nichts zu bemerken.

Die Ziele des canadischen Gesundheitswesens sollten klar und deutlich definiert werden. Die Aufgabe sollte mit der Planung eines nationalen Forschungsprogrammes beginnen, um abschätzen zu können, wieweit diese Ziele erreicht werden können. Dazu ist sowohl Geld wie Personal nötig und die Möglichkeit, produktive Forscher viele Jahre lang zu finanzieren. Das gegenwärtige System ist wenig mehr als eine bruchstückhafte Unterstützung kurzfristiger Projekte, die durch die Launen von Forschern bestimmt werden. Es reicht nicht aus, die canadischen Gesundheitsprobleme nur zu sehen. Dr. R. G. Foulkes schlägt in seinem Bericht vor, für die Forschung 0,5 % der Gesamtkosten des Gesundheitswesens zu verwenden. Das wäre ein Minimum. Es ist jedoch entscheidend, daß der Betrag, der für Forschung ausgegeben wird, auch gut verwendet wird. Die gegenwärtige zerstückelte Methode läßt hierfür wenig Hoffnung.

Die Gründung eines Nationalen Instituts für geistige Gesundheit könnte ein erster Schritt in der Richtung integrierter Forschungstätigkeit im ganzen Lande sein. Das Institut würde neue Normen für die psychiatrische Forschung setzen und eine Quelle der Finanzierung und Inspiration für erstklassige Forschungsprojekte in verschiedenen Teilen des Landes sein. Leider gibt es keine Anzeichen dafür, daß solch eine Vision in absehbarer Zeit Wirklichkeit werden kann.

Kapitel IX
Zusammenfassung

Die schwerwiegendste Kritik, die vielleicht gegen das canadische Gesundheitswesen vorgebracht werden kann, ist, daß es trotz der Vortrefflichkeit einzelner Programme, nur stückweise entwickelt worden ist, ohne einen ausreichenden Gesamtplan und ohne eine bestimmte Richtung. So blieb, trotz der Einführung von Krankenhausversicherung und Medicare, das alte System praktisch unverändert. Allerdings zahlte der Patient nicht länger direkt an den Arzt, so daß ein wesentlicher Faktor der Kostenbeschränkung wegfiel. Darüber hinaus behielten die Ärzte das Recht, ihre Praxis auszuüben, wo sie wollten und Patienten anzunehmen oder abzulehnen, obwohl sie aus öffentlichen Geldern bezahlt werden. Das Resultat war eine hohe Konzentration von Ärzten in größeren Städten, aber ein Mangel in Kleinstädten und ländlichen Gebieten. Einkommensunterschiede zwischen Ärzten, die Gehalt bezogen und solchen, die nach dem fee-for-service Prinzip arbeiteten, hatten schwerwiegende Folgen, die besonders auf dem Gebiet der Psychiatrie hervortraten, wo viele der öffentlichen Einrichtungen, in denen Psychiater angestellt waren, sich in wenig attraktiven Gegenden und in veralteten Gebäuden befanden, und wo die Ärzte außerdem vielen bürokratischen Regeln und Beschränkungen unterworfen waren. Sogar dann, wenn Regierungseinrichtungen großzügig errichtet worden waren und eine vorzügliche Arbeitsplanung existierte, hatten sie oft Schwierigkeiten zu konkurrieren. Das moderne psychiatrische Zentrum in Yorkton, Saskatchewan, ist zum Beispiel ein hervorragendes Beispiel eines erfreulichen modernen Zentrums, sowohl, was die Baulichkeiten wie die Arbeitsbedingungen anbelangt. Yorkton ist aber 190 km von Regina und 320 km von Saskatoon entfernt, den beiden größten Städten der Provinz und dem Sitz der beiden Universitäten. Psychiater kommen meist nach Yorkton, um Erfahrungen zu sammeln und ziehen dann in eine größere Stadt um. Der Personalwechsel beträgt daher unter den Psychiatern ungefähr 50 % im Jahr. Das führt die Idee der Kontinuität der Behandlung ad absurdum! Phantasiereichere Methoden, wie etwa Forschungsurlaube usw., könnten vielleicht diese Nachteile verringern, sind aber bisher von einer starren Provinzbürokratie zurückgewiesen worden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es eine fundamentale Notwendigkeit, die Ziele und Möglichkeiten genau zu definieren, einschließlich der Planungen auf lange Sicht. Erst dann können Maßnahmen ergriffen werden, Änderungen des Systems in Richtung auf diese Ziele hin zu initiieren.

Dies Thema ist äußerst kompliziert, es ausreichend zu behandeln, würde mehrere hundert Seiten erfordern. In diesem abschließenden Kapitel kann es nur zusammenfassend behandelt werden, indem zwei Fragen gestellt und einige vorläufige Antworten versucht werden.

Die Fragen sind:

1. Was sind die idealen Charakteristika eines modernen psychiatrischen Versorgungssystems?
2. Wie können sie verwirklicht werden?

Das Wesen eines modernen psychiatrischen Versorgungssystems

Ich bin der Ansicht, daß die beiden Fragen zusammengefaßt wie folgt beantwortet werden können:

1. Es sollte von echter Sorge um das Wohlergehen von Menschen durchdrungen sein.
2. Es sollte Methoden anwenden, die von *bewiesenem Wert* sind, oder die doch die höchste Wahrscheinlichkeit haben, erfolgreich zu sein.
3. Es sollte einer *kontinuierlichen Evaluierung* unterzogen werden.
4. Es sollte allen Bürgern zu einem *vernünftigen Preis* und in einer *vernünftigen Entfernung* zugänglich sein.
5. Es sollte am ehesten denen *zugänglich sein, die es am meisten brauchen,* nämlich den Schwerkranken, den Armen, den Jungen und Alten, den Indianern, den Gefangenen und unterprivilegierten Gruppen im allgemeinen. Prioritäten zu setzen ist notwendig.
6. Es sollte auf eine möglichst *wirtschaftliche und zweckmäßige* Art und Weise gehandhabt werden.
7. Es sollte von Personen getragen werden, die für eine solche Tätigkeit *voll qualifiziert* sind.
8. In den meisten Fällen sollte ein *Team,* das harmonisch miteinander arbeitet und in erster Linie das Interesse des Patienten vertritt, an der Durchführung des Systems beteiligt sein. **Die uniprofessionellen** Behandlungsmethoden werden jetzt in unserer Gesellschaft rasch antiquiert, sie können nur noch sehr begrenzt zum Tragen kommen.
9. Wann immer möglich, sollte der Akzent auf Prävention liegen.
10. Das System sollte *gesundheits-* und nicht krankheitsorientiert sein.
11. Die sozialen und psychologischen Bedürfnisse der Patienten sollten die gleiche Aufmerksamkeit finden, wie die medizinischen.
12. Eine starke *Beteiligung und Integration der Gemeinde* mit allen ihren Hilfen sollte bestehen.

Ideal und Wirklichkeit

Ideale sind eine Sache, die Wirklichkeit leider eine ganz andere. Wie können die Ziele eines solchen Systems am ehesten erreicht werden?

Im Kapitel VI wurde ausgeführt, daß in Problemen dieser Art entweder das *System* oder die *Komponenten* (Menschen) geändert werden können. Tatsächlich sind beide Methoden miteinander verknüpft. Es hat z. B. wenig Sinn, einen sehr viel besser qualifizierten Gesundheitsfachmann auszubilden, wenn er seine Fähigkeiten nachher nicht dort einsetzen kann, wo sie am meisten gebraucht werden. Das kurze Verbleiben canadischer Ärzte in manchen Provinzen ist schon erwähnt worden. Ein vergrößerter Ausstoß der Medizinischen Hochschulen allein würde das Problem auch kaum lösen. Man müßte statt dessen analysieren, welche Faktoren zu der Unstetigkeit der Ärzte beitragen. Dem sollte ein Versuch folgen, die Anreize, in den unterversorgten Gebieten zu bleiben, größer zu machen.

Es mag in bezug auf das erste der zwölf o. g. Prinzipien albern erscheinen, anzudeuten, daß eine Erwähnung der „Sorge um Menschen" überhaupt notwendig ist! Jedoch ist unsere Gesellschaft voll von Menschen, die „abgewandt" oder „entfremdet" dem bestehenden Gesellschaftssystem gegenüber sind. Die Belohnungen in diesem System haben wenig oder gar keine Beziehung zu ihren persönlichen Belangen. Die entmenschlichenden Aspekte von psychiatrischen und allgemeinen Krankenhäusern, Gefängnissen, Pflegeheimen und Schulen ([8, 4, 11, 14, 7]) sind bereits von anderen ausreichend beschrieben worden. Es ist unerläßlich, im gesamten Gesundheitswesen eine größere Sensitivität für humane Gefühle und Vorstellungen zu entwickeln. Die Verbraucher müssen eine einflußreichere Stimme haben. Ihre Meinungen, sowohl positive wie negative, müssen gezielt eingeholt und ernsthaft miteinbezogen werden. Die Organisation von Gruppen, die sich mit der Verwirklichung bürgerlicher Rechte befassen, sowie die Schaffung eines „Ombudsmannes" könnte sich in unserem Lande als sehr nützlich erweisen. Zweitens ist es wichtig, größere Kenntnisse bezüglich der *Wirksamkeit* psychiatrischer Behandlungen überhaupt zu gewinnen. Auf manchen Gebieten, z. B. den funktionellen Psychosen, haben wir große Fortschritte gemacht. Auf anderen Gebieten, wie Alkoholismus und Neurosen, ist schon die Vielfalt der Behandlungsmethoden ein Beweis für die Unsicherheit ihrer Wirksamkeit. Es ist entscheidend, daß *evaluativer Forschung* ein größeres Gewicht beigemessen wird. Das ist in Canada eine wichtige Aufgabe für die Bundesregierung, die aber, wie im letzten Kapitel gezeigt wurde, gegenwärtig nur ganz ungenügend erfüllt wird.

Das dritte Prinzip betrifft im wesentlichen *Kontrollen der Qualität und Quantität* der Versorgung. Bessere „peer review" Verfahren (Leistungsprüfungen durch Kollegen) müssen entwickelt werden. Die Nader Gruppe [10]) hat vor kurzem den Verwendungszweck der „peer review" scharf kritisiert und darauf hingewiesen, daß sie auf manchen Gebieten, wo sie besonders notwendig wären, wie in der Praxis von Ärzten, überhaupt nicht angewandt werden. Eine adäquatere „peer review" ist eine bessere Methode der Qualitätskontrolle als die vieldiskutierte periodische Wiederzulassung der Ärzte. Natürlich müssen „peer review" Methoden auch für die anderen Heilberufe entwickelt werden. Eine regelmäßige Beaufsichtigung der Qualität und Quantität der Versorgung ist von entscheidender Wichtigkeit. Beschwerden über Behandlungen in einer Privatpraxis deuten oft übertriebene (somatische) Behandlungen an oder auch, daß für einzelne Behandlungen zu kurze Zeit angewandt wurde, während bei Klagen über angestellte Ärzte oft behauptet wird, daß zu wenig geleistet würde. Das ganze Thema der Berufskontrollen ist äußerst delikat und es ist wesentlich, dafür zu sorgen, daß weder Nachlässigkeit auf der einen, noch bürokratische Starrheit und Härte auf der anderen Seite platzgreifen. Soweit irgend möglich, sollten Angehörige der Berufsgruppen selbst an der Entwicklung vernünftiger Normen für ihr Fachgebiet beteiligt sein.

Das vierte Prinzip weist auf die Notwendigkeit hin, Schritte gegen die ungleichmäßige Verteilung der auf psychiatrischem Gebiet Tätigen zu unternehmen. Wie bereits erwähnt, erlaubt es die gegenwärtige Lage dem Arzt, den Ort seiner Tätigkeit sowie seine Patienten auszuwählen. Das bringt oft Probleme mit sich. Das Manitoba Weißbuch über Gesundheitspolitik z. B. ([5, 12]) weist darauf hin, daß 92 % aller Fachärzte der Provinz in Winnipeg tätig sind, obwohl nur 54 % der Bevölkerung der Provinz in dieser Stadt leben. Es erscheint nicht unvernünftig, daß auch die Gesellschaft eine Wahl haben sollte, wenn der Arzt eine Wahl hat. Die Berufsgruppe und die Regierung müssen zusammen positive Anreize schaffen, um diese Fehlverteilung zu korrigieren. Gebiete, die überversorgt sind, sollten „geschlossen" werden, was den Zugang neuer, von Medicare bezahlten Ärzten angeht (aber nicht für rein private Praxen). Man könnte an ein System von regionalen Dollar-Pools denken, für die eine obere Grenze gesetzt würde. Rechnungsbeträge über diese Summe hinaus würden verringert werden. Trotz der Vorbehalte, die Foulkes [6]), wie im Kapitel VI erwähnt, gegen diese Methode hat, könnte sie, sorgfältig ausgearbeitet, die Anreize des fee-for-service-Systems mit dem Anreiz, sich in einem untersorgten Gebiet niederzulassen, verbinden.

Eine vorgeschlagene Variante der traditionellen Honorarmethode würde einen begrenzten Gesamt(dollar)fonds einrichten, der in regionale Fonds unterteilt sein würde. Aber das System würde durch Einführung einer Anzahl modifizierender Faktoren noch weiter entwickelt werden können.

Der Faktor „x" würde den Preis der Behandlung verändern, z. B. aufgrund von technischen Verbesserungen den Preis senken.

Der Faktor „y" würde den Umfang der Behandlung pro Arzt verändern, z. B. eine Verminderung aufgrund eines überoptimalen Versorgungsangebots bewirken.

Der Faktor „z" würde das Einkommen der einzelnen Ärzte korrigieren, er könnte z. B. das Einkommen von Ärzten in solchen Gegenden vergrößern, die man attraktiver machen möchte.

Die Gleichung könnte wie folgt lauten:

Total Payments =

$$\sum_j \left[\sum_j Pi\,(j \pm x, \pm x_2 \ldots)\, qij\,(j \pm y, \pm y_2 \ldots) \right] (j \pm z, \pm z_2 \ldots)$$

where, Pi = item Price

qij = quantities by physican j $\leqq$ Pool

Es wird weiterhin von Wichtigkeit sein, privaten Ärzten positive Anreize zur Weiterbildung durch Teilnahme an Veranstaltungen, die aus dem Fond bezahlt würden, zu verschaffen. Möglicherweise könnten auch Krankheits- und Pensionshilfen eingeschlossen werden.

Wenn das Einzelleistungssystem beibehalten wird, muß es so verändert werden, daß es mehr zu beratender Hilfe anreizt, und es sollten, innerhalb vernünftiger Grenzen, verschiedene Zeitspannen für verschiedenartige Behandlungsarten vorgesehen werden. In manchen Provinzen, z. B., werden psychiatrische Gespräche mit der gleichen Summe vergütet, ganz gleich, ob sie zehn oder siebzig Minuten dauern! Ein solches System führt nicht zu einer guten Behandlungsqualität. In der Tat sind in den Vereinigten Staaten die Kosten der „Medicare" und „Medicaid" Programme, die sehr verschieden von den canadischen Programmen sind, zu einer nationalen Streitfrage geworden. Als Resultat werden jetzt „Professional Standards Review Organizations" (Prüfungsausschüsse für berufliche Standards) gebildet, die Normen für die Art und die Kosten von Behandlungen erstellen sollen, wie sie in dem jeweiligen Gebiet üblicherweise gegeben werden. Diese „P.S.R.O's" werden ausschließlich aus Ärzten bestehen, und der Plan wird viel Papierarbeit mit sich bringen und Geld kosten. Trotzdem erwartet man durch ihn erhebliche Ersparnisse und es wird behauptet, daß die Nachprüfung der Arztrechnungen an Medicaid in New York City viele Millionen Dollar bei relativ geringem Kostenaufwand eingespart hätte — (Time Magazine, 17. Dezember 1973). Dies läßt beunruhigende Rückschlüsse auf den ärztlichen Stand zu.

Schließlich ist es noch ein störendes Charakteristikum des Einzelleistungssystems, daß es die Ärzte dazu verführt, einen vollen Terminkalender zu erstreben, mit dem Resultat, daß ein Patient, der wirklich schnelle Hilfe braucht, in ein Krankenhaus gehen muß, anstatt Tage und Wochen auf einen Termin beim Arzt zu warten. Canadische Krankenhäuser werden manchmal von einer großen Anzahl solcher Patienten überflutet. Dabei handelt es sich nur in etwa 20 % der Fälle um wirkliche medizinische Notsituationen, der Rest sind im allgemeinen besorgte und verängstigte Menschen, die einen schnellen ärztlichen Rat brauchen. Durch Abmachung mit den Ärzten sollte genügend Zeit zur Verfügung stehen, damit solche Patienten gesehen werden können, die eine persönliche Behandlung von ihrem eigenen Arzt brauchen.

Das fünfte Prinzip steht in Verbindung mit dem vorhergehenden. Viele der Allerkränksten haben die geringste Aussicht, die Beachtung zu finden, die sie brauchen, die Armen nämlich, alte Menschen, Eingeborene, Gefangene usw. Der Nader Bericht über Psychiatrische Gemeindezentren [2]) übt Kritik an den Psychiatern, weil sie das Yavis Syndrom bevorzugten (Young, Attractive, Verbal, Intelligent and Successfull). Solche Kritik hat durchaus ihre Berechtigung. In Canada hat der Clarkson Bericht [3]) klar gemacht, daß viele der fähigsten Ärzte einen großen Teil ihrer Zeit mit den am wenigsten kranken Patienten verbringen. Die Anreize des Systems müssen so geartet sein, daß diejenigen, die eine Behandlung am nötigsten brauchen, sie auch wirklich bekommen. Das ist jetzt nicht der Fall und eine canadische Journalistin, June Callwood, schrieb die folgenden harten Worte im Canadian Medical Association Journal vom 20 November 1971:

„Was mich am meisten beunruhigt, ist die Schwierigkeit, überhaupt eine Behandlung zu erhalten. Mit vielen Ausnahmen sehe ich den ärztlichen Be-

ruf immer noch als elitär an und so weit vom Alltag entfernt, daß es schon an das Verbrecherische grenzt. Die Versorgung, die irgend eine von den Gruppen erhält, die von der Gesellschaft ‚Verlierer' genannt werden, deprimiert mich."

Wird hier der Beruf des Psychiaters zum Sündenbock gemacht? Vielleicht in gewissem Ausmaß, aber die Kritik hat erhebliche Berechtigung und muß durch neue und bessere Methoden widerlegt werden. Es wird nur wenig über die Kosten-Nutzen Relation des Systems gesagt werden, außer, daß erstaunlich wenig gute Forschungsarbeit auf diesem Gebiet geleistet worden ist. Der Hastings Bericht [9]) zum Beispiel ist mehr ein philosophisches als ein wissenschaftliches Dokument. Noch einmal sei betont, daß es in Canada eine wichtige Aufgabe der Bundesregierung sein sollte, solche Forschungsarbeit durch ihre Unterstützung zu fördern, eine Unterstützung nicht nur von Einzelprojekten, sondern von Personen und Programmen. Es besteht kein Mangel an guten Ideen, aber sie müssen daraufhin geprüft werden, wieviel Kosten sie verursachen und wie wirkungsvoll sie den Menschen helfen. Die Frage, wer *gut qualifiziert* ist, bestimmte Dienste zu leisten, ist strittig. Anstatt dauernd nach mehr Ärzten zu rufen, sollte man die Notwendigkeit sehen, manche medizinische Tätigkeiten mit anderen bereits bestehenden oder noch zu schaffenden Berufen zu teilen. Erforderlich ist nicht nur die Integration in „die übrige Medizin", sondern eine Integration des gesamten Gesundheitswesens.

Man hat sich in Canada sehr für den Begriff des „nurse pracitioners" oder „nurse therapist" interessiert und der Alberta Mental Health Act von 1972 [13]) hat eine neue Perspektive mit dem Konzept des „registrierten Therapeuten" eröffnet. Bis jetzt ist die Rolle des „Registered Therapist", der eine Pflegekraft, ein Sozialarbeiter, ein Psychologe oder auch ein Arzt sein kann, auf die Betreuung (certification) stationärer Patienten beschränkt, aber es scheint sicher, daß die Absicht des Gesetzgebers weit darüber hinaus geht. Diese Konzepte stecken jetzt noch in den Kinderschuhen, aber es ist fraglos, daß sie in der Zukunft noch sehr viel weiter entwickelt werden sollen.

Viele Ärzte scheuen die Methode der Teamarbeit und sehen wehmütig auf die Zeit von Pferd und Wagen zurück. In der komplizierten Situation moderner Behandlungsmöglichkeiten ist aber die Zusammenarbeit vieler helfender Hände notwendig. Es ist ein Problem, dies in einer Weise zu bewerkstelligen, daß Vertraulichkeit und persönliche Beziehungen erhalten bleiben. Der Castonguay [1]), der Hastings [9]) und der Foulkes [6]) Bericht gründen ihre theoretischen Programme allesamt auf ein Team von gegenseitig abhängigen Fachleuten auf Gebieten, die weit über das Gesundheitswesen im klassischen Sinne hinausgehen.

Der Begriff der Vorbeugung wurde im Kapitel V bereits behandelt und soll hier nicht weiter entwickelt werden. Es ist aber ein sehr wichtiger Punkt, sicher zu gehen, daß Vorbeugungsprogramme nicht nur auf dem Papier, sondern auch tatsächlich erfolgreich sind!

Viel zu wenig ist bisher getan worden, *positive seelische Gesundheit* zu fördern. Ein paar Psychiater, wie William Glasser [7]) haben einige in den Schulen entstehende Probleme untersucht und Wege vorgeschlagen, sie zu lösen. In Zukunft müssen aber die Gesundheitsfachleute einen viel größeren Beitrag auf diesem Gebiet leisten.

Die Vernachlässigung der sozialen und psychologischen Bedürfnisse der Patienten ist schon an anderer Stelle behandelt worden. „Sickness and Society" (Krankheit und Gesellschaft) von Duff und Hollingshead [4]) zeigt ein schauriges Bild vom inneren Zustand eines Allgemeinen Krankenhauses. Goffman [8]) hat das gleiche für psychiatrische Krankenhäuser gezeigt. Claire Townsend [14]) in „The Last Segregation" malt ein trauriges Bild über die Vernachlässigung alter Menschen. Es ist wohl unnötig, noch näher auf die Probleme der seelischen Gesundheit in Gefängnissen und Strafanstalten einzugehen. Aber wo, wo, sind denn die psychiatrischen Spezialisten gewesen?

Schließlich haben die psychiatrischen Planungen ernsthaft unter dem Mangel an Öffentlichkeitsbeteiligung gelitten, jetzt erst ist ein stärkeres Bewußtsein über die Notwendigkeit der Verbrauchermitarbeit bei solchen Programmen entstanden.

Eine bessere Abstimmung mit den Bedürfnissen der Gemeinde könnte erreicht werden, wenn alle Gesundheits- und sozialen Dienste innerhalb einer Region unter die Aufsicht eines regionalen Rates gestellt würden. Solch ein Rat würde dann die Verantwortung für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung haben, und nicht nur für ein Fragment, wie etwa die Krankenhausversorgung. Es wäre dann die Aufgabe der Zentralregierung, Normen zu setzen und den Gesamthaushalt zu erstellen. Solch ein System würde eine größere Anpassungsfähigkeit gestatten und eine größere Beteiligung der Gemeinden, als dies jetzt möglich ist, erlauben. Gegenwärtig werden viele Neuerungsideen durch den schweren, auf bürokratische Einheitlichkeit gerichteten Druck sabotiert. Auf *örtlicher Ebene* würden dem regionalen Rat die Repräsentanten der Verbraucher bei dem kommunalen Gesundheitszentrum entsprechen, während auf *provinzieller Planungsebene* (provincial policy making level) ein beratender Ausschuß für gesundheitliche und soziale Dienste die Verbraucherinteressen vertreten würden. Wenn solch eine Organisation geschaffen würde, würde eine separate Behörde für Fragen der seelischen Gesundheit überflüssig, statt dessen aber würde sich eine viel wirksamere Präsenz seelischer Gesundheitspflege weithin bemerkbar machen, die die gesundheitlichen, sozialen, juristischen und edukativen Institutionen in unserer Gesellschaft grundlegend beeinflussen würde, und unser Land in eine Ära neuen und erstaunlichen Fortschritts führen könnte.

Wenn solche Pläne und Programme erfolgreich sein sollen, *müssen sie auf jeder Ebene wirksam koordiniert sein.* Es wäre z. B. völlig sinnlos, wenn ein ausgezeichnetes Rehabilitationsprogramm im Krankenhaus keine Beziehung zu einem wirksamen Nachsorgesystem hätte. Patienten würden dann in

eine Gemeinde zurückgestoßen, die gar nicht darauf vorbereitet wäre, sie aufzunehmen. Das gesamte Programm der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ist in manchen Gegenden in Verruf geraten, weil es an Planung und Durchführung mangelt. Zumindest drei Elemente sind für einen Erfolg unerläßlich. Erstens muß die Regierung die neuen Pläne energisch unterstützen. Zweitens werden außerordentliche Fähigkeiten auf dem Verwaltungssektor benötigt, um sicher zu gehen, daß die neuen Programme mit Geschick ausgeführt werden. Drittens muß eine wirksamere Verbraucherbeteiligung auf allen Ebenen entstehen, um zu erreichen, daß die Programme wirklich mitfühlend und verständnisvoll auf die Bedürfnisse der Menschen eingehen.

Canada befindet sich zur Zeit in einer Ära erregender Aufgaben auf dem Gebiet des gesamten Gesundheitswesens. Es gibt Anzeichen dafür, daß das Land sich darauf vorbereitet, diese Herausforderung auf entschlossene und zielsichere Art anzunehmen und eine Pionierarbeit für neue Programme der Gesundheitssicherung seiner Bürger zu leisten. Nur die Zukunft kann zeigen, wie erfolgreich diese Herausforderung auf dem Gebiet der geistigen Gesundheit bewältigt werden kann, aber es gibt gute Gründe, optimistisch zu sein.

Literaturhinweise

zu Kapitel I:

1. Department of National Health and Welfare, Canada: A Role of the Federal Government in Mental Health. Report of the Martel Committee. Ottawa, 1973
2. Department of National Health and Welfare, Canada: Health Services in Canada. Ottawa, 1973

zu Kapitel II:

1. Anderson, O. W.: Health Care. Can there be Equity? John Wiley &' Sons, New York, 1972
2. Badgley, R. F. & Wolfe, S.: The Doctors' Strike. Toronto, MacMillan & Comp. 1967
3. Blishen, B. R.: Doctors and Doctrines. The Ideology of Medical Care in Canada. Univ. of Toronto Press, Toronto, 1969
4. Department of National Health and Welfare, Canada: Task Force Reports on the Cost of Health Services in Canada. (3 vol.) Queen's Printer, Ottwa, 1970
5. Department of National Health and Welfare, Canada: Health Services in Canada. Ottawa, 1973
6. Department of National Health and Welfare, Canada: Expenditure on Personal Health Care in Canada, 1960—1971. Ottawa, 1973
7. Detwiller, L. F.: The Consequences of Health Care Through Government. Office of Health Care Finance. Australia, 1972
8. Fry, J. & Farndale, W. A. J.: International Medical Care. M.T.P. Oxford, 1972
9. Grafftey, H.: The Senseless Sacrifice. McClelland & Stewart, Toronto, 1972
10. Mechanic, D.: Public Expectations and Medical Care. Wiley, Interscience, New York, 1972

zu Kapitel III:

1. Ad Hoc Committee: The Report of the Ad Hoc Committee on the Resettlement on Mental Hospital Patients to the Minister of Public Health (Saskatchewan), June 27, 1966
2. Clarkson, J. G. & M. D. T. Associates: Mental Health and Mental Retardation Services in Manitoba. A Report to the Minister of Health & Social Development in Manitoba, 1973
3. Christ, L. W., Christ, E. & Mainprize, G. W.: Observations on the Pilot Project at Central Butte, Saskatchewan. J. Coll. Gen. Practice, Canada 13, 35—41, 1967
4. Dominion Bureau of Statistics: Mental Health Statistics, Vol. III, 1971, Ottawa
5. Frazier, S. H. & Pokorny, A. D.: Report of a Consultation to the Minister of Public Health on the Psychiatric Services of Saskatchewan, January, 1968
6. Freedman, Alfred M.: Critical Psychiatry: A New and Necessary School. Hospital & Community Psychiat. 24, 819—824, 1973
7. Lawson, F. S.: The Saskatchewan Plan. The Canadian Nurse 63, 27—29, 1967
8. Lipscomb, C. F.: The Yorkton Psychiatric Center: Five-Year-Review. Amer. J. Psychiat, 127, 232—237, 1969
9. Lipscomb, C. F.: The Care of the Psychiatrically Disturbed Eiderly. Amer. J. Psychiat. 127, 1067—1070, 1971
10. Smith, Colin M.: Measuring Some Effects of Mental Illness on the Home. Canad. Psychiat. Assoc. J. 14, 97—104, 1969
11. Smith, Colin M.: Crisis and Aftermath: Community Psychiatry in Saskatchewan, 1963—1969. Canad. Psychiat. Assoc. J., 16, 65—76, 1971
12. Smith, Colin M. & McKerracher, D. G.: The Comprehensive Psychiatric Unit in the General Hospital. Amer. J. Psychiat. 121, 52—57, 1964
13. Smith, Colin M. & McKerracher, D. G.: The Family Doctor in a Program of Comprehensive Psychiatric Crae. In 'New Aspects of the Mental Health Services'. Eds. Freeman & Farndale. Pergamon Press, London 1967
14. Swadron, B. B. & Sullivan, D. R.: The Law and Mental Disorder. Canadian Mental Health Association, Toronto 1973
15. Tyhurst, J. S. et al.: More for the Mind. Canadian Mental Health Ass. Toronto, 1963

16. Wolfensberger, W.: The Principle of Normalization in Human Services. National Institute of Mental Retardation, Toronto 1972

zu Kapitel IV:

1. Advisory Board of Psychiatric Consultants: The General Program for the Development of Psychiatric Services in Federal Correctional Services in Canada. Solicitor General of Canada, Ottawa, 1972
2. Celdic: One Million Children — The Celdic Report. Leonhard Crainford. Canada, 1970
3. Coburn, F. E.: Survey of Mental Health of Inmates at Prince Albert Penitentiary. Unpublished Report, 1972
4. Commission of Inquiry Into the Non-Medical Use of Drugs: Final Report. Information Canada. Ottawa, December 14, 1973
5. Senate of Canada: Final Report of the Special Committee of the State on Aging. Queen's Printer, Ottawa, 1966
6. Swadron, B. B. & Sullivan, D. R.: Mental Retardation — the Law — Guardianship. Leonhard Crainford. Toronto, 1972
7. Townsend, C.: Old Age: The Last Segregation. Bantam Books, New York, 1971
8. Williston, W.: Present Arrangements for the Care and Supervision on Mentally Retarded Persons in Ontario. Ontario Department of Health, 1971
9. Wolfensberger, W.: The Principle of Normalization in Human Services. National Institute of Mental Retardation, Toronto, 1972

zu Kapitel V:

1. Alcoholic Beverage Study Committee: Beer, Wine and Spirits: Beverage Diffenrences and Public Policy in Canada. Brewers Association of Canada, Toronto, 1973
2. Bruun, K.: Legislation and Alcoholism in 'Alcohol and Alcoholism'. Ed.: R. E. Popham. Addition Res. Found. Toronto, 1970
3. Caplan, G.: Principles of Preventive Psychiatry. New York. Basic Books, 1964
4. Freedman, Kaplan, H. I. & Sadock, B. J.: Modern Synopsis of the Comprehensive Textbook of Psychiatry, pages 680—693. Williams and Wilkins, Baltimore, 1972
5. Hughes, C. C., Tremblay, M. A., Rapoport, R. N. & Leighton, A.: People of Cove and Woodlot. New York, Basic Books, 1960
6. Ismail, A. H. and Trachtman, L. E.: Jogging the Imagination. Psychology Today, 6, 78—82, 1973 (March)
7. Laing, R. D.: Politics of Experience. Pantheon, 1967
8. Leighton, A.: My Name is Legion. New York, Basic Books, 1959
9. Leighton, D. J. S., Harding, J. S., Macklin, D. B., Leighton, A. & Macmillan, A. D.: The Character of Danger. New York. Basic Books, 1963
10. Malleson, A.: Suicide Prevention: A Myth or Mandate? Brit. J. Psychiat. 122, 238—239, 1973
11. Maslow, A.: Towards a Psychology of Being. Van Nos Reinhold, 2nd Edition, 1968
12. May, R.: Love and Will. Norton, 1969
13. Rae-Grant, Q. & Rae-Grant, N.: Preventive Care in "The Practice of Community Mental Health". (Ed. Grunebaum). Little, Brown and Co., Boston, 1970
14. Roberts, C. A.: Primary Prevention of Psychiatric Disorders. University Toronto, 1968
15. Zusman, J.: The Social Breakdown Syndrome. Intern. J. Psychiat. 3, 216—237, 1967

zu Kapitel VI:

1. Castonguay, C. (Chairman, 1967—70) & Nepveu, G. (Chairman, 1970—): Commission of Inquiry on Health and Social Welfare. Quebec Official Publisher. Various Volumes, 1967— (Published in French an English)
2. Dowie, Ian R. (Chairman): Comittee on the Healing Arts. 3 Vol. Toronto, Queens Printer, 1970. Also 10 Volumes of study reports.
3. Foulkes, R. G.: Health Security for British Columbians. 2 volumes. Report to the Minister of Health, Province of British Columbia, Dez., 1973
4. Hastings, J. F. (Chairman): The Community Health Centre in Canada. Information, Canada, Ottawa, 1972

zu Kapitel VII:

1. Cassell, W. A., Smith Colin M. and Rankin, M. G.: Psychiatric Services in Saskatchewan Under Medicare. Canad. Psychiat. Assoc. J. 15, 63—71, 1970
2. Cassell, W. A., Ramsay, J. D., Penman, D. and Rankin, M. G.: The Development of a Comprehensive Computerized Medical and Statistical Record Linking System in a Total Population. Canad. J. Publ. Health 61, 203—209, 1970
3. Christ, L. W., Christ, E. W. and Mainprize, G. W.: Observations on the Pilot Project at Central Butte, Saskatchewan. J. Coll. Gen. Pract. Canada, 13, 35—41, 1967
4. Hospital and Community Psychiatry: Vol. 25, No. 1, Jan. 1974 Amer. Psychiat. Ass.
5. McKerracher, D. G., Smith, Colin M., Coburn, F. E. and McDonald, I. M.: General Practice Psychiatry: An Account of Two Canadian Experiments. Lancet 2, 1005—1007, 1965
6. Neufeldt, A.: Electronic Information Programs: A Multiple Facility System. Hospital and Community Psychiatry 21, 13—18, 1970
7. Smith, Colin M. and McKerracher, G. D: The Family Doctor in a Program of Comprehensive Psychiatric Care. In "New Aspects of the Mental Health Services", ed. by Freeman and Frandale, Pergamon Press, London, 1967
8. Weed, L. L.: Medical Records, Medical Education and Patient Care. Press of Case Western Reserve University, Cleveland, 1969

zu Kapitel VIII:

1. Martel Committee: A Role of the Federal Government in Mental Health. A Report to the Dept. of National Health and Welfare, Ottawa, 1973
2. Medical Research Council, Canada: Reference List of Health Sciences Research in Canada 1973—1974 Supported by the Government of Canada and Other Canadian Agencies Supporting Health Science Research. Unpublished Report. Medical Research Council, Ottawa, 1973

zu Kapitel IX:

1. Castonguay, C. (Chairman 1967—70) & Nepveu, G. (Chairman 1970—): Commission of Inquiry on Health and Social Welfare. Various volumes. Government of Quebec (1967—)
2. Chu, F. D. & Trotter, S.: The Mental Health Complex, Part 1, Community Mental Health Centres. Centre for Responsive Law, Washington, D.C., 1972
3. Clarkson, J. G. & M. D. T. Associates: Mental Health and Mental Retardation Services in Manitoba. Dept. of Health and Social Development, Manitoba, 1973
4. Duff, R. S. & Hollingshead, A. B.: Sickness and Society. Harper and Row, N. Y., 1968
5. Eckstrand, C. W.: White Paper on Health Policy, Vol. 2 Nov. 1972. Manitoba Minister of Health and Social Development
6. Foulkes, R. G.: Health Security for British Columbians (2 Vol.). A Report to the Minister of Health, British Columbia. Dec., 1973
7. Glasser, W.: Schools without Failure. Harper and Row, New York, 1969
8. Goffman, E.: Asylums. New York Anchor Books, 1961
9. Hastings, J. F.: The Community Health Centre in Canada. Information Canada, Ottawa, 1972
10. Keelty, L. et al.: One Life, One Physician. Mimeographed Manuscript. Centre for Responsive Law. Washington, D.C., 1970
11. Miller, S. A.: White Paper on Health Policy. Province of Manitoba, Winnipeg, July, 1972
12. Menninger, K.: The Crime of Punishment. Viking Press, New York, 1968
13. Province of Alberta: The Mental Health Act, 1972, Chapter 118 Queens Printer, Edmonton, Canada
14. Townsend, O.: Old Age: The Last Segregation. Bantam Books, New York, 1971

Planung und Durchführung psychiatrischer Dienste in den USA

von

Milton Greenblatt, M. D.

Professor der Psychiatrie, Universität von Kalifornien, Los Angeles,
Chef des psychiatrischen Dienstes, Veterans Administration Hospital, Sepulveda, Kalifornien, USA.

Die Erfahrungen, von denen ich spreche, stammen im wesentlichen aus dem Staat Massachusetts, wo ich 31 Jahre in Regierungsstellen tätig gewesen bin, nämlich sechs Jahre lang als Commissioner of Mental Health (Leiter des psychiatrischen Gesundheitswesens des Staates Massachuetts), vier Jahre als Direktor des Boston State Hospitals, der größten und aktivsten Nervenheilanstalt dieses Staates, und mehr als zwanzig Jahre als Leiter der Forschungsabteilung des Massachusetts Mental Health Center sowie als Dozent und Professor an der Harvard Medical School.

Über die in Massachusetts gewonnenen Erfahrungen hinaus werde ich an verschiedenen geeigneten Stellen in diesem Gutachten auch über die Entwicklungen im psychiatrischen Gesundheitswesen berichten, die mir durch meine Beobachtungen in anderen Staaten während der letzten zwanzig Jahre bekannt geworden sind.

Hintergrund

Vielleicht wäre es angebracht, die Gesetzgebung des amerikanischen Kongresses vom Jahre 1946 als den Anfang der revolutionären Änderungen der psychiatrischen Versorgung zu bezeichnen, durch die das National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland, gegründet wurde. Als Sitz der Bundesbehörde hat es die Aufgabe, die Erforschung der Ursachen und die Behandlungsmöglichkeiten seelischer Krankheiten voranzutreiben sowie die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Versorgungsprogramme (Community Health Programs) zu fördern, um die Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit zu gewährleisten.

Als nächster Schritt könnte wohl der Mental Health Study Act von 1955 (Gesetz zur Erforschung des psychiatrischen Ist-Zustandes) angesehen werden, durch das die Joint-Commission of Mental Illness and Health geschaffen wurde, die den Auftrag hatte, die Situation der geistigen Volksgesundheit der Nation (Mental Health in the Nation) zu untersuchen, die wesentlichen Probleme zu benennen und Pläne zu erarbeiten, die den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprachen. Die Kommission, unter dem Vorsitz von Dr. Jack Ewalt, reichte ihren Bericht im Dezember 1960 ein, dessen zusammenfassender Band den Titel „Aktion für geistige Gesundheit" *) trug.

In der Folge fanden 1962 zwei nationale Konferenzen der Gesundheitsbehörden und von Gouverneuren von einzelnen Bundesstaaten mit dem Thema „Geistige Gesundheit" statt. Das Hauptresultat war die Verabschiedung von Resolutionen, die energische Planung von seiten der Einzelstaaten zur Verwirklichung des Berichts der Gemeinsamen Kommission forderte.

Auf Anregung des verstorbenen Präsidenten Kennedy stellte der 87. Kongreß im Jahre 1963 den Staatsregierungen einen Betrag von 4,2 Millionen Dollar zur Verfügung, um ins einzelne gehende und umfassende Pläne zur geistigen Volksgesundheit zu finanzieren (to finance comprehensive mental health planning). Die Beträge bewegten sich zwischen 50 000 Dollar und 280 000 Dollar, je nach der Größe der einzelnen Bundesstaaten. Die Gelder wurden unter die Kontrolle des zuständigen „Commissioners" der einzelnen Staaten gestellt. Es war jedem Staat erlaubt, das Geld nach eigenen Vorstellungen zu verwenden, sofern es nur den allgemeinen Richtlinien des National Institute of Mental Health entsprach.

Massachusetts entschied sich, die Untersuchung von der Boston Medical Foundation unter der Leitung von Dr. Harold Demone, damals Direktor der Stiftung, machen zu lassen. Die Vorstellung war, daß eine Untersuchung auf dem Gebiet der geistigen Gesundheit in Massachusetts am besten von einer unabhängigen, objektiven Organisation durchgeführt werden sollte, besser als von Experten des Department of Mental Health (Amt für psychiatrisches Gesundheitswesen). Im Verlauf der Untersuchung veranlaßte die Medical Foundation, daß möglichst zahlreiche Vertreter der Bürgerschaft in das Unternehmen einbezogen werden konnten. Etwa 300 Personen wurden eingeladen, an verschiedenen Arbeitsgruppen teilzunehmen. Darunter waren Parlamentsmitglieder, Mediziner, Psychologen, Pflegepersonal, Fachkräfte für Rehabilitation, Soziologen, Geistliche und informierte Laien. Als Vertreter von Organisationen nahmen Repräsentanten der Universitäten, der freiwilligen Gesundheits- und Wohlfahrtseinrichtungen, der Kirchen, der Polizei, der Erziehungs- und Strafanstalten, von Industrie und Handel, der Vereinigung zur Pflege für öffentliche

*) Joint Commission on Mental Illness and Health. *Action for Mental Health.* Final Report. Basic Books. New York 1961.

und geistige Gesundheit, der Gewerkschaften, der Massenmedien, der Wohlfahrtsverbände, der Kriegsteilnehmerverwaltung (Veterans Administration) und der Verbände für geistig behinderte Kinder teil.

Folgende Arbeitsgruppen wurden gebildet:

1. Ein beratendes Komitee (als koordinierende Arbeitsgruppe; d. Übersetzer)
2. A.G. für erwachsene und jugendliche Delinquenten
3. A.G. für erwachsene psychisch Kranke
4. A.G. für Geriatrie
5. A.G. Alkoholismus
6. A.G. Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitserziehung
7. A.G. Drogenabhängigkeit
8. A.G. seelisch gestörte Kinder und Erwachsene
9. A.G. Epilepsie
10. A.G. Regierungsorganisation und Gesetzgebung
11. A.G. Personal
12. A.G. geistig Behinderte (mental retardation)
13. A.G. geistige Gesundheit im Beruf
14. A.G. Forschung
15. A.G. Ausbildung
16. A.G. Verwaltung
17. A.G. psychiatrische Gemeindedienste
18. A.G. Finanzen

Nach mehr als einjähriger Arbeit verfaßte jede Arbeitsgruppe einen Bericht, der ihre Überlegungen zu dem von ihr bearbeiteten Teilbereich zusammenfaßte. Diese Berichte wurden dem beratenden Komitee übergeben, das dann in Zusammenarbeit mit den Angestellten der Stiftung die endgültige Fassung des Abschlußberichtes formulierte.

Es ist wichtig, anzumerken, daß im Zusammenhang mit der Arbeit der verschiedenen Arbeitsgruppen zahlreiche öffentliche Anhörungen stattfanden, mit der ausdrücklichen Absicht, die größtmögliche Beteiligung der verschiedenen Interessenvertreter im psychiatrischen Bereich zu erlangen. Die endgültigen Daten und Vorschläge des Planungsprojektes sind in dem Buch „Geistige Gesundheit für Massachusetts" *) enthalten, das dem Gouverneur des Staates im Juni 1965 übergeben wurde. Dieses Werk, das im Staate weit verbreitet wurde, bildet die Grundlage für die Gesetzgebung des Staatsparlaments von Massachusetts, die dann vom Gouverneur im Dezember 1966 unterzeichnet worden ist.

Anstatt die zahlreichen Empfehlungen des Planungsprojektes zu behandeln, die der endgültigen Gesetzgebung vorausgingen, erscheint es zweckmäßiger, auf die wesentlichen Bestimmungen des Gesetzes einzugehen, das gewiß ein geschichtliches Ereignis für Massachusetts in der Entwicklung psychiatrischer Dienste war. Obgleich einzuräumen ist, daß jeder Staat sein eigenes individuelles Modell entwickelte, hat doch der Massachusetts-Plan besondere Anerkennung hinsichtlich der Behandlung der Probleme seelischer Gesundheit gefunden. Gewiß, der Plan des Staates Massachusetts legt besonderen Nachdruck auf gemeindepsychiatrische Dienste, wahrscheinlich mehr, als dies für die Pläne anderer Staaten der USA zutrifft.

Ich möchte erwähnen, daß es schon vor der Annahme der endgültigen Gesetzgebung deutlich wurde, daß noch sehr viel zusätzliche Planung bezüglich der Probleme der geistig Behinderten notwendig sein würde. Dies nicht nur deswegen, weil sich die „Oligophrenie-Lobby" im Verlaufe der Jahre zu einer Organisation entwickelt hat, deren Einfluß dem an psychiatrischen Gesundheitsdiensten interessierten Gruppen vergleichbar war, sondern weil tatsächlich die Bedingungen der Pflege und Behandlung geistig Behinderter seit Jahrzehnten hinter denen seelisch Kranker zurückgeblieben waren. Demgemäß entwickelte sich ein zweites Projekt, und es wurde im Dezember 1966 dem Parlament von Massachusetts ein Zehnjahresplan zur Verbesserung der Versorgung geistig Behinderter vorgelegt *).

Bestimmungen der neuen Gesetzgebung

Das neue Gesetz mit dem Titel „Comprehensive Mental Health and Retardation Act of 1966" (Gesetz über seelische Gesundheit und geistige Behinderung von 1966) gründete sich nicht nur auf die Berichte aller oben erwähnten Arbeitsgruppen, sondern deckte sich auch mit den Richtlinien der Bundesregierung. Daher wurde besonderer Nachdruck gelegt auf die Neuaufteilung des Staates in geographisch gegeneinadner abgegrenzte Gesundheitsbezirke (Sektoren), auf die Einbeziehung der interessierten Öffentlichkeit sowie auf die Planung und Durchführung eines umfassenden integrierten Versorgungssystems für seelisch und geistig Behinderte in jedem Bezirk (Total Mental Health and Retardation Service for each area). Man erwartete, daß die Staaten in einer günstigen Position sein würden, deren Pläne mit den Richtlinien des Bundes übereinstimmten und die aus diesem Grunde auch die Möglichkeit hatten, Zuschüsse von der Bundesregierung zu beantragen. Zusammenfassend lassen sich die Bestimmungen des neuen Gesetzes wie folgt darstellen:

1 Die Forderung, Massachusetts in Bezirke einzuteilen mit jeweils zwischen 50 000 und 100 000 Einwohnern

Dementsprechend wurde die Bevölkerung von 365 Städten und Ortschaften auf 39 verschiedene Bezirke verteilt. Mit wenigen Ausnahmen wurden dabei die Grenzen der Städte und Ortschaften respektiert. Die Ausnahmen waren große Ballungsgebiete wie Bos-

*) „Mental Health for Massachusetts". The Report of the Massachusetts Mental Health Planning Project. 1965.

*) „Massachusetts Plans for its Retarded: A Ten Year Plan." The Report of the Massachusetts Mental Retardation Planning Project. 1966.

ton, Worcester und Springfield. Boston wurde in fünf Unterbezirke eingeteilt, Worcester und Springfield in je zwei. Die Grenzlinien wurden mit Rücksichtnahme auf gemeinsame Interessen und Herkunft der Einwohner, Bevölkerungsdichte, Straßen, Transportmöglichkeiten etc. gezogen. Die Bürger der einzelnen Städte und Ortschaften erhielten ein Mitspracherecht, wenn immer Grenzlinien im Konflikt mit ihren Interessen standen. Es war erstaunlich, wie wenig Opposition gegen die von der Zentrale gezogenen Grenzen laut wurden. Diese 39 Bezirke wurden dann zu sieben Hauptregionen zusammengefaßt; jede Region enthielt zwischen 750 000 und 850 000 Einwohner, die zusammen die Summe von etwa 5,5 Millionen Bürgern Massachusetts ausmachten.

2 Entwicklung von Bürgerbeiräten für jeden Bezirk

Man nannte sie Beiräte für seelische Gesundheit und geistige Behinderung (Comprehensive Mental Health and Retardation Boards) *).

Sie kamen wie folgt zustande:

Der Leiter des Amtes (Commissioner) ernannte in jedem Bezirk sieben prominente Bürger, die beauftragt wurden, eine Liste von 50 Personen anzufertigen, die eine Vielfalt von Richtungen, Berufen und Gruppen enthielt, die mit Problemen der geistigen und seelischen Gesundheit befaßt waren und die darüber hinaus willens waren, bei der Arbeit im Bezirk mitzuwirken. Von diesen 50 wurde dann eine endgültige Gruppe von 21 Mitgliedern ernannt, die innerhalb des Bezirks lebten oder arbeiteten, verschiedene Berufe oder Tätigkeiten ausübten und insbesondere bereits bestehende Organisationen für seelisch Kranke und geistig Behinderte repräsentierten.

Es sollte erwähnt werden, daß diese Bezirksbeiräte des Planes des Staates Massachusetts vom Leiter des Amtes für seelische Gesundheit ernannt wurden und sozusagen als Vertreter der Bürgerschaft bei dem Amt tätig waren. Dies wurde schnell ein Anlaß zu Kontroversen, denn es erhoben sich Stimmen, die behaupteten, diese Beiräte wären kein demokratisches Instrument der Öffentlichkeit, da sie nicht vom Volke gewählt seien und deshalb nicht unabhängig von dem zentralen Amt sein könnten. Die Verfasser des Gesetzes behaupteten jedoch, die Ernennung der Beiräte durch den Leiter des Amtes sei der vernünftigste Kompromiß, da es in Massachusetts keine starke Bezirksverwaltung gäbe und daher keine bereits bestehende Behörde, die gewählt sei und der man die Beiräte angliedern könne. Die Schaffung eines besonderen Wahlsystems aber würde unvertretbare Kosten verursachen. Es sollte auch erwähnt werden, daß in Massachusetts ein starkes zentrales Amt für seelische Gesundheit eine alte Tradition hat, daß also die Mitwirkung der Bürgerschaft in gewissem Ausmaße historisch legitimiert ist.

*) „Your Area Board: A Challenge and a Trust." The Mental Health and Retardation Program for Massachusetts. Department of Mental Health, Massachusetts, 1967.

Ein anderes Problem, das die Bezirksbeiräte belastete, war, daß sie keine finanzielle Verfügungsgewalt erhalten hatten sowie keine klar definierten Exekutivfunktionen. Im wesentlichen hatten sie eine beratende Tätigkeit. Die hauptsächlichen Funktionen waren, regelmäßige Sitzungen abzuhalten und jährlich Mitglieder zu wählen, Vorschläge in bezug auf örtliche Bedürfnisse und Möglichkeiten zu machen, Ratschläge bei der Auswahl und Anstellung von wichtigen Beamten des Gesundheitsdienstes zu geben, den jährlichen Plan zu überprüfen und gutzuheißen, Vereinbarungen und Verträge über Programme und Dienstleistungen zu überprüfen, mit dem „Commissioner" über Einstellung von Personal zu beraten und mit Beratungsorganisationen Kontakt zu halten. Während es ihnen gestattet war, geschenkte oder vermachte Sachwerte und Gelder entgegenzunehmen und zu verwalten, waren ihnen enge Grenzen bezüglich der Ausgaben gesetzt; sie erhielten vor allem kein Geld unmittelbar vom Staat selbst. Dieser Mangel an Autorität und finanziellen Möglichkeiten der Beiräte erschwerte die effiziente Funktionsausübung sehr. Es ist bemerkenswert, daß die Beiräte in anderen Staaten, in denen seit Jahrzehnten starke Bezirksregierungen bestanden hatten, von den Gesetzgebern mehr Autorität und finanzielle Verantwortung erhielten. Zum Beispiel erhielten in Kalifornien diese Beiräte im ganzen Staat gewaltige Geldsummen vom Amt für seelische Gesundheit, die sie für die Ausführung von auf lokaler Ebene entwickelten Plänen ausgeben konnten. Gelder wurden dort den lokalen Beiräten nach einem bestimmten Proporz zugeteilt. Meist beginnt es mit einer Relation von 50 %: 50 %, d. h., der Staat gibt einen Dollar für jeden Dollar, den sich der Beirat örtlich verschafft hat. In Kalifornien ist das Verhältnis jetzt sogar 90 %: 10 %, d. h., der Staat steuert neun Dollar für jeden einzelnen Dollar bei, den der lokale Beirat auf örtlicher Ebene erhält.

Obwohl zwischen den einzelnen Staaten Unterschiede bestehen, ist doch der primäre Trend in der gesamten Nation auf Dezentralisierung der Funktionen und Verantwortlichkeit ausgerichtet. Deshalb ist zu erwarten, daß in Zukunft die Bürgerbeiräte an Wirksamkeit und Bedeutung gewinnen werden und daß ihre Funktionen mehr und mehr finanzielle Autorität und Verantwortlichkeit einschließen werden. Allerdings mit der Auflage, sowohl dem Amt für seelische Gesundheit (der exekutiven Behörde des Gouverneurs; der Übersetzer) als auch dem Staatsparlament gegenüber alle Ausgaben zu rechtfertigen. Der in Massachusetts erreichte unklare Kompromiß hat sich als recht unzufriedenstellend erwiesen, und eine bessere Lösung wird noch immer von den verschiedenen Arbeitsgruppen gesucht.

3 Ernennung von Bezirksdirektoren und Stellvertretenden Direktoren in jedem Bezirk, die für Planung und Einrichtung umfassender psychiatrischer Dienste und Dienste für geistig Behinderte in jedem Bezirk verantwortlich sind

Die neue Organisation von psychiatrischen Diensten und Diensten für geistig Behinderte maß den 39 Bezirken als essentiellen Einheiten des Gesamtplanes

besondere Wichtigkeit zu. Folglich fiel ein großer Teil der Verantwortung dem Bezirksdirektor oder dem stellvertretenden Direktor zu.

Das Parlament stellte zwar Gelder für die stellvertretenden Direktoren zur Verfügung, verlor aber viel Zeit bei der Bewilligung von Geld für die Bezirksdirektoren selbst. Dies Zögern wurde durch den Glauben hervorgerufen, daß wir einen Wasserkopf von Verwaltungspersonal bekommen können, sowie durch die Befürchtung, daß die Exekutive diesen Posten benutzen würde, um ihre politische Basis zu stärken. Da in Massachusetts der exekutive Arm republikanisch, der legislative aber demokratisch war, führte dies zu langen Verzögerungen in der Bewilligung von Geldern, ein besonderes Risiko des amerikanischen politischen Systems.

Die Bezirksführung, nämlich der stellvertretende Direktor — aber oft auch der Chef des größten klinischen oder Nervenkrankenhauses in einer Doppelrolle — war beauftragt, Beziehungen zu allen Einrichtungen und Diensten, die sich mit den Problemen psychisch und geistig Behinderter befassen, zu unterhalten und Planung und Behandlung zu koordinieren. Er sollte die Bürgerbeiräte an allen Planungen teilnehmen lassen und sich besonders der Abhängigkeitsbeziehungen zwischen psychiatrischen Diensten und Sozialämtern, Strafvollzug und Jugendämtern, öffentlichen Gesundheitsämtern, Rehabilitationseinrichtungen und Kriegsteilnehmerorganisationen bewußt sein. Er sollte den Einrichtungen und Diensten, die vom privaten Sektor entwickelt waren, besondere Aufmerksamkeit schenken und den privaten Sektor ermutigen, seine Dienste mit der Unterstützung öffentlicher Gelder zu erweitern. Er sollte jährlich Pläne erstellen, möglichst in für Haushaltszwecke geeigneter Terminologie, unter Berücksichtigung der Möglichkeit, finanzielle Hilfe von der Bundesregierung zu erlangen, besonders was die Errichtung und personelle Besetzung von „Community Mental Health Centers" betraf. Er sollte eine kritische Analyse unserer Nervenheilanstalten und der Schulen für geistig Behinderte vornehmen, um festzustellen, auf welche Weise diese Einrichtungen am besten verändert werden könnten zum Zwecke von Übergangs- und Überbrückungsmaßnahmen (*von* der Anstalt *zur* Gemeinde) oder um Anstaltspflege durch Alternativen in der Gemeinde zu ersetzen. Man nahm an, daß auf diese Weise im Laufe der Zeit erhebliche Mengen von Geld, Personal, Patienten und Sachwerten als Resultat der Entlastung der Anstalten in örtliche Einrichtungen übertragen werden können.

Die Auswahl dieser „Bezirksführer" war eine besonders wichtige Aufgabe, gerade weil das Parlament es unterlassen hatte, die Stellung des Bezirksdirektors zu schaffen. In einigen Bezirken konnten wir die Direktoren von Landeskrankenhäusern überreden, die Verantwortung des Bezirksdirektors zu übernehmen. Dies bewährte sich sehr, wenn es sich um Leiter von Institutionen handelte, die in enger Verbindung mit einer Medizinischen Hochschule standen (Havard, Tufts, Boston University oder University of Massachusetts) oder wenn der Betreffende selbst die neuen Ideen überzeugt unterstützte. In anderen Bezirken überredeten wir einen Krankenhausdirektor, der eine geborene Führerpersönlichkeit zu sein schien, die Arbeit anzunehmen. Auch das war meistens erfolgreich. In vielen anderen Bezirken jedoch beförderten wir einen Sozialarbeiter oder Psychologen, der sich im öffentlichen Dienst bewährt hatte, auf den Posten, oder wir ernannten die besten Männer oder Frauen, die wir außerhalb des Amtes für seelische Gesundheit finden konnten. Alles in allem trat eine bemerkenswerte Verbesserung in dem Zusammenhalt und der Wirksamkeit der Gesamtorganisation ein, nachdem 39 „Führer" für die 39 Bezirke ernannt worden waren. Viele lebendige und in die Zukunft weisende Programme wurden in Bezirken entworfen, die vorher hinter den anderen zurückgeblieben waren. Oft wurden diese Programme durch neuartige Zusammenfassungen bestehender Einrichtungen entwickelt oder durch die Schaffung neuer gemeinschaftlicher Vorhaben, manchmal mit geringen oder gar keinen Kosten für die öffentliche Hand.

Der erfahrene Leser wird Verständnis dafür haben, daß die Einsetzung einer neuen Gruppe von Bezirksdirektoren zwischen Krankenhäuser, Kliniken (die bisher dem Commissioner direkt unterstanden) und dem Commissioner nicht notwendigerweise allen davon betroffenen Administratoren in den Kram paßte. Es entstanden zahlreiche Streitigkeiten und Spannungen in dem System, die teilweise auf regionaler Ebene entschieden werden mußten, teilweise aber auch durch den Commissioner selbst. Erklärlicherweise suchten sich einige Personen, die es schwer fanden, sich mit dem neuen System abzufinden, neue Stellungen, anderen wurde gekündigt. Mit der Zeit aber gewann die neue Organisation Stabilität und Kraft und schien die ursprünglichen Ziele der Dezentralisation, Koordination und Freimachung örtlicher Initiativen zu erreichen. Es entstand eine mit der Bevölkerung dichter verbundene Verwaltungsaufsicht und Dienstleistung, mit größerer Beteiligung der Bürger an ihrer Gesundheit und Wohlfahrt.

4 Zusammenfassung mehrerer Bezirke in Regionen

Natürlich waren 39 Bezirke zu viel, als daß ein zentrales Büro sie ohne die Einschaltung einer anderen Kommandoebene ausreichend überwachen konnte. Deshalb wurden die 39 Bezirke in sieben Regionen zusammengefaßt. Jede Region unterstand einem regionalen Direktor für seelische Gesundheit, der mit einem regionalen Direktor für geistige Behinderung und einem regionalen Direktor für Gerichtsmedizin zusammenarbeitete.

Der regionale Direktor für geistige Gesundheit war tatsächlich ein regionaler „Commissioner", der durch den stellvertretenden Direktor für Dienste auf Gemeindeebene dem Staats-Commissioner unterstand. Er war verantwortlich für die Koordination der Arbeit von vier bis sieben Bezirken und für die Zusammenfassung der Budgets dieser Bezirke zu einem Gesamt-Haushaltsplan, der dann vom Commissioner und dessen Mitarbeitern begutachtet wurde. Während der regionale Direktor für geistige Behinderung die Verantwortung für alle fachlichen Ange-

legenheiten in Schulen, Kindergärten und Kliniken hatte, unterstand er in allen Verwaltungsangelegenheiten dem regionalen Direktor für seelische Gesundheit. Obwohl sich dies in der Praxis ziemlich gut bewährte, war es doch ein wunder Punkt für die Verbände der geistig Behinderten, die diese Methode als eine Zumutung für die Oligophrenen und als einen Hinweis dafür ansahen, daß das Amt sie als Bürger zweiter Klasse bewertete. Bevor ich meinen Posten als Commissioner verließ, unterbreiteten wir Pläne, die diese Situation korrigieren sollten, die aber bisher von der Staatsregierung noch nicht angenommen worden sind.

Der Direktor für Gerichtsmedizin ist eine interessante Neuerung. Massachusetts ist sehr weit fortgeschritten in der Errichtung von Gerichtskliniken (Court Clinics) bei vielen Distriktgerichten des Staates. Es bestanden auch psychiatrische Dienste in jeder Strafvollzugsanstalt im Staate, Dienste, die innerhalb der Anstalt lokalisiert waren. Wir waren uns der Tatsache sehr bewußt, daß unsere seelisch Kranken und geistig Behinderten sehr viel juristische Beratung benötigten, um ihre Bürgerrechte, Eigentumsrechte und Rechte auf Wohlfahrtsunterstützung zu garantieren. Außerdem gaben wir jährlich den Ämtern für Strafvollzug, Jugenddienste und Wohlfahrt zahlreiche Beratungen. Demgemäß sahen wir ein Bedürfnis für eine juristische Vertretung der Patienten und ihrer Familien bei jedem regionalen Büro. Von da aus wurden den Gerichten und Strafvollzugsanstalten weitere Dienste geleistet, besonders großes Interesse bestand hinsichtlich der Lebensbedingungen der Jugendlichen, eine äußerst wichtige Angelegenheit in unserer heutigen Gesellschaft.

5 Stärkung des zentralen Amtes für seelische Gesundheit

Nachdem nun der Staat in 39 Bezirke eingeteilt war, ein jeder unter der Aufsicht eines Bezirksdirektors, und jeweils mehrere Bezirke in Regionen zusammengefaßt mit ihren Direktoren für seelische Gesundheit, geistige Behinderung und Gerichtsmedizin, entstand die Notwendigkeit, das zentrale Amt zu stärken, so daß es ordnungsgemäße Beziehungen zu diesem Netzwerk erhalten und notwendige Aufsicht ausüben konnte.

In der Zentrale des Amtes für seelische Gesundheit waren zunächst der Commissioner und der Stellvertretende Commissioner, der den Commissioner auf allen Gebieten vertrat, wo es notwendig war, besonders, wenn dieser auf Reisen, in Urlaub oder krank war.

Der Commissioner und sein Stellvertreter hatten die Aufgabe, alle Einrichtungen und Dienste, die psychisch Kranke betreffen, zu beaufsichtigen und zu kontrollieren sowie die Verantwortung für das Wohlergehen aller geistig Behinderten des Staates. Der Commissioner war unmittelbar dem Gouverneur verantwortlich, unter Einschaltung des Ministers für Verwaltung und Finanzen. Er wurde vom Gouverneur ernannt und konnte von ihm entlassen werden. Der Stellvertretende Commissioner hatte die Aufgabe, die Arbeit aller Mitarbeiter im zentralen Amt zu koordinieren. Das waren die Leiter des Sozialdienstes, der Krankenpflege, der Beschäftigungstherapie, der freiwilligen Helfer, der Öffentlichkeitsarbeit, Sprache und Hören, Alkoholismus usw. Dem Commissioner direkt unterstellt waren die Rechtsabteilung, der Assistant Commissioner für exekutive Angelegenheiten (der Verbindungsmann zum Parlament), der Leiter der Öffentlichkeitsarbeit, die Personalabteilung und die Gruppe der „System-Analytiker".

Dem Commissioner und seinem Stellvertreter unmittelbar verantwortlich war ein Assistant Commissioner für Gemeindedienste, dem wiederum alle sieben regionalen Leiter unterstellt waren. Die Anweisungen des Assistant Commissioners für Gemeindedienste liefen über den regionalen Direktor für seelische Gesundheit, der wiederum die Angelegenheiten der seelischen Gesundheit mit denen der geistigen Behinderung unter einem Direktor für geistig Behinderte und Gerichtsmedizin koordinierte. Jede Region hatte die volle Verantwortung für alle Einrichtungen und Programme innerhalb der Region.

Wir kehren noch einmal zu der Ebene der Assistant Commissioner zurück. Die folgenden weiteren Beamten hatten den Status eines Assistant Commissioners:

Assistant Commissioner für geistig Behinderte

Assistant Commissioner für Kinderfürsorge

Assistant Commissioner für Rebabilitation Drogenabhängiger

Assistant Commissioner für gerichtsmedizinische Fragen

Assistant Commissioner für Verwaltung

Assistant Commissioner für Forschung, Ausbildung und Erziehung

Die Arbeitsbeziehungen zwischen der Zentrale und der übrigen Organisation waren sehr eng. Man muß sich vergegenwärtigen, daß diese Organisation 18 000 Mitarbeiter hatte und bis zum Jahre 1973 für den Staat Massachusetts über 560 verschiedene Programme entworfen hat.

Die folgenden Koordinationstreffen wurden eingeführt:

1. Vierteljährige Tagungen für die Mitarbeiter der Zentrale und die leitenden Mitarbeiter der Region und Bezirke.
2. Sitzungen mit den regionalen Direktoren. Dies war eine kleine Arbeitsgruppe, die ein- oder zweimal im Monat zusammentraf.
3. Sitzungen mit den Krankenhausleitern. Diese fanden monatlich statt und trugen der Tatsache Rechnung, daß die Krankenhausleiter eine wesentliche Verantwortung im Amt für seelische Gesundheit trugen.
4. Sitzungen mit Bezirksdirektoren und Krankenhausleitern.
5. Sitzungen mit den Präsidenten und Vizepräsidenten der Bezirksbeiräte.

Außer diesen formellen Sitzungen fanden zahlreiche informelle Zusammenkünfte statt, wenn akute Probleme auftraten oder wenn es sonst von Mitarbeitern und Bürgern gewünscht wurde, die ein besonderes Interesse an den verschiedenen Einrichtungen in einzelnen Teilen des Staates hatten.

Wir müssen jetzt darauf hinweisen, daß sich schon früh im Verlauf der Reorganisation Spannungen zwischen den vom Commissioner ernannten Bürgerbeiräten in den Bezirken und den freiwilligen Organisationen, die schon vor Annahme des Gesetzes, welches die Reorganisation anordnete, bestanden, bemerkbar machten. Die freiwilligen Organisationen waren zahlreich und hatten für die Förderung von Diensten der seelischen Gesundheit und geistigen Behinderung vorzügliche Arbeit geleistet. Ihre hauptsächliche Rolle war die Beobachtung existierender Dienste, die Beschaffung zusätzlicher Mittel, die Information der Öffentlichkeit in Angelegenheiten der seelischen Gesundheit und geistigen Behinderung. Gelegentlich hatten freiwillige Gruppen sogar die Verantwortung für die Verwaltung einer Klinik in irgend einem Teil des Staates übernommen. Es erschien vielen, daß die Funktionen der von der Regierung ernannten Bezirksbeiräte eigentlich dieselben waren, wie die freiwilligen Organisationen. Dagegen war es die Ansicht und die Absicht des zentralen Amtes, daß beide Typen der Bürgerorganisationen wichtig seien und daß sie auf allen Gebieten ihrer gemeinsamen Interessen zusammenarbeiten sollten, um sich gegenseitig bei der Gesamtplanung zu helfen. Es kam hinzu, daß die Stimme der freiwilligen Organisationen im Gesetzgebungsverfahren als von der der amtlichen Bezirksbeiräte verschieden angesehen wurde, da das Parlament sie für ziemlich unvoreingenommen hielt, und sie nicht einfach die Meinung des zentralen Amtes wiedergaben.

Um zu der Verankerung des Amtes für seelische Gesundheit im politischen System zurückzukommen, wollen wir noch einmal wiederholen, daß es direkt dem exekutiven Arm der Regierung durch den Minister für Verwaltung und Finanzen unterstand. Es fanden häufige Sitzungen mit diesem Minister und seinen Untergebenen statt.

Die Beziehungen des Amtes für seelische Gesundheit zum Parlament waren verschiedener Art:

1. Wir wurden häufig zu Anhörungen der gesetzgebenden Körperschaft gebeten, wenn neue Vorschläge und eingebrachte Gesetze diskutiert wurden.
2. Jeder Gesetzesvorschlag von seiten des Amtes mußte durch den vorgesehenen Anhörungsausschuß geschleust werden.
3. Wir wurden häufig von Parlamentsmitgliedern aufgefordert, Auskünfte zu erteilen oder Beschwerden von Wählern zu regeln. Nicht wenige Abgeordneten übten einen Druck auf das Amt aus, Prioritäten zugunsten bestimmter Pläne und Einrichtungen in ihrem Wahlkreis zu setzen.

Schließlich mußte natürlich der Haushalt des Amtes für seelische Gesundheit, nachdem er durch die Exekutive gutgeheißen war, zur Verabschiedung vors Parlament gebracht werden. Es war deshalb notwendig und wichtig, gute Beziehungen und viele Freunde im Parlament selbst zu haben.

Das Amt für seelische Gesundheit hatte auch Beziehungen zum Justizministerium, der höchsten Rechtsbehörde im Staate. Dies war wichtig, wenn immer Gesetze, denen das Amt in seiner Tätigkeit unterworfen war, einer endgültigen Interpretation bedurften.

Andere Beziehungen des Amtes für seelische Gesundheit bestanden zu anderen Behörden, wie Öffentliche Wohlfahrt, Öffentliche Gesundheit, Strafvollzug, Jugendämtern und Kriegsteilnehmerbehörden.

Schließlich brauchte das Amt für seelische Gesundheit Verbindungen zu dem Universitätssektor. Es gibt drei bedeutende medizinische Hochschulen in der Gegend von Boston und eine in Worcester, 80 km von Boston entfernt, die noch im Aufbau begriffen ist. Außerdem besitzt Massachusetts viele andere akademische Institutionen, von denen viele eine Verbindung zu psychiatrischen Einrichtungen suchten und auch mit der Unterstützung des Amtes erreichen konnten.

6 Ausbildungsbestimmungen des Neuen Gesetzes

Das neue Gesetz enthielt auch Bestimmungen, nach denen das Amt Ausbildungsprogramme vorschlagen und die Verantwortung dafür übernehmen sollte. Das Amt erhielt Stipendien für die Ausbildung von Psychiatern zu Fachärzten in seinen Einrichtungen. Darüber hinaus beantragte das Amt Ausbildungsgelder für Psychologen, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten, Krankenpfleger und Betriebswirte. Es war aber schwierig für die Parlamentsmitglieder, die Notwendigkeit zur Ausbildung von Verwaltern psychiatrischer Einrichtungen oder kaufmännischen Managern einzusehen und berufsbegleitende Fortbildung auf allen Ebenen auszudehnen, mit besonderem Nachdruck auf der Ausbildung von stationsgebundenem Personal, das in engster Beziehung zu den Patienten stand, letztlich mit der Verantwortung, sie 24 Stunden am Tag zu betreuen.

Ich möchte sagen, daß unsere Ausbildungsmaßnahmen nicht ausreichten, um eine so große Organisation effektiv arbeiten zu lassen. Da das Geld knapp war, unternahm es das Amt, mit dem bereits vorhandenen Personal, so gut es ging, selbst ein Ausbildungsprogramm zu entwickeln. Das bedeutete unglücklicherweise, daß neue Pfleger nach nur wenigen Wochen der Orientierung unmittelbar mit den Patienten auf der Station arbeiteten und danach nur gelegentlich weitere Ausbildung oder Beratung erhielten.

Dagegen veranstaltete der Pflegedienst, zu dem etwa 2 000 voll ausgebildete Kräfte und insgesamt ungefähr 8 000 Pflegehelfer gehörten, eine Serie von Ausbildungsprogrammen für Pflegepersonal in verschiedenen Teilen des Staates, die ein bedeutender Erfolg waren.

Die Ausbildung von Sozialarbeitern fand hauptsächlich an den Universitäten statt, während die Studenten, um praktische Erfahrungen zu gewinnen, vom Amte betriebenen Einrichtungen zugewiesen wurden.

7 Beratende Ausschüsse (Advisory Councils)

Vier Berater-Ausschüsse waren dem Amt des Commissioners zugeordnet. Es ist wichtig festzustellen, daß diese Ausschüsse innerhalb der staatlichen Organisation tatsächlich nur eine beratende Funktion hatten, aber keine Entscheidungen machen konnten. Diese Art der Organisation hat viel für sich, denn vier Ausschüsse mit Entscheidungsbefugnis würden es äußerst schwierig machen, eine so komplizierte Organisation zu betreiben. Schon so erforderten diese Ausschüsse ein großes Maß an Aufmerksamkeit, nachdem sie ihre Tätigkeit begonnen hatten, ihr Interesse, das Amt kennenzulernen, gewachsen war und sie dessen Arbeit unterstützen wollten.

Es handelt sich um folgende vier Ausschüsse:

1. Ein allgemeiner beratender Ausschuß von 30 Bürgern aus den verschiedenen Teilen des Staates, die vom Gouverneur ernannt wurden. Sie trafen einmal im Monat zusammen, hörten Berichte vom Commisioner und seinen Mitarbeitern und entwickelten Vorschläge für die zukünftige Arbeit des Amtes. Gelegentlich veranstalteten sie Massenversammlungen und regionale Anhörungen, in denen Bürger ihre Ideen über psychiatrische Dienste, ihre Planung und Ausführung zum Ausdruck bringen konnten.
2. Ein zweiter, aus einer Gruppe von zwölf Bürgern bestehender Ausschuß, beriet hauptsächlich über die Verteilung von staatlichen Baugeldern an die verschiedenen Gruppen, die sich mit der Errichtung von psychiatrischen Einrichtungen befaßten.
3. Der dritte Ausschuß war für geistig Behinderte zuständig und hatte ähnliche Funktionen wie der vorhergehende in bezug auf Einrichtungen für Oligophrene.
4. Der vierte Ausschuß beschäftigte sich mit der Rehabilitation Drogenabhängiger und ist besonders bemerkenswert wegen seiner breiten Basis. Unter seinen Mitgliedern waren Mitarbeiter des Gouverneurs, der Justizminister, Strafvollzugsbeamte, Rechtsanwälte, Geistliche, Leiter von Rehabilitationseinrichtungen, ehemalige Süchtige, Reformer verschiedener Art und Polizeioffiziere. Wir werden das Programm für die Rehabilitation Drogenabhängiger noch weiter unten behandeln.

Man kann von den beratenden Ausschüssen sagen, daß sie den Commissioner mit den Bedürfnissen und Forderungen der Bürger in verschiedenen Teilen des Staates bekannt machten. Sie erforderten jedoch einen erheblichen Teil der Zeit des Commissioners und waren oft unzufrieden mit der Verbindung durch den Stellvertretenden Commissioner oder die Assistenten. Außerdem wandten sich die beratenden Ausschüsse, wenn sie unzufrieden waren, unmittelbar an den Gouverneur und manchmal an die Presse, so daß mangelnde Aufmerksamkeit den Ausschußmitgliedern gegenüber sich leicht in ein „Public Relations"-Problem entwickeln konnte, das zu korrigieren viel Zeit und Takt erforderte.

Meine Erfahrungen über sechs Jahre hinweg haben mich gelehrt, daß vier Ausschüsse zu viel sind, da sie zu verschiedene Interessen vertraten und unabhängig voneinander dem Commissioner berichteten. Nicht selten standen ihre Empfehlungen in Konflikt miteinander. Deshalb haben wir in einem Vorschlag für eine neue Gesetzgebung angeregt, daß alle beratenden Ausschüsse in einem zusammengefaßt werden sollten, damit sie mit einer Stimme zu dem Commissioner, dem Gouverneur und der Öffentlichkeit sprechen können, was ihre endgültigen Vorschläge und Empfehlungen angeht.

8 Die Schaffung von „Mental Health Centers" (Zentren für seelische Gesundheit)

Ein vordringliches Ziel für die Staaten und die Nation war die Errichtung von Zentren für seelische Gesundheit auf Gemeindeebene, die jeweils Gebiete von 75 000 bis 200 000 Einwohnern versorgen sollten. Die wesentlichen Bestandteile eines umfassenden Programms für seelische Gesundheit sind:

1. Stationäre Dienste
2. Tages- und Nachtkliniken
3. Ambulanzen
4. 24stündige Notdienste
5. Dienste für Öffentlichkeitsarbeit und Beratungsdienste.

Neben diesen grundsätzlichen Anforderungen sind aber noch viele andere Programme und Aktivitäten wünschenswert, wie etwa Forschung, Rehabilitation, Vorsorge- und Nachsorgedienste, Ausbildungsprogramme, Erfolgsauswertungen usw. Die Richtlinien der Bundesregierung, die von den Staaten übernommen wurden, verlangten, daß die Dienste allen Bürgern aus dem betreffenden Gebiet angeboten werden sollten, ohne Rücksicht auf Rasse, Farbe, Religion, Alter, Geschlecht oder Diagnose. Niemandem durfte Hilfe verweigert werden. Nachdruck wurde auch auf kontinuierliche Versorgung, freien Austausch von Informationen und Akten zwischen den Einrichtungen des jeweiligen Gebietes, sowie Koordination aller Dienste, die eine Person benötigte, gelegt. In manchen Gebieten genügte eine Zusammenfassung bereits bestehender Einrichtungen, um die Kriterien für ein umfassendes Zentrum für seelische Gesundheit zu erfüllen, in anderen mußten neue Zentren gebaut werden. Das Hauptproblem betraf die Koordination der Programme, die nicht notwendigerweise unter einem Dach zusammengefaßt waren. Wenn eine geordnete Verwaltungsorganisation und ausreichende Einrichtungen vorhanden waren, konnte das Programm akzeptiert werden. Wenn ein solches Programm die Bezeichnung „Comprehensive Community Mental Health Program" rechtfertigte, konnte es zur Hälfte aus Geldern des Bundes finanziert werden. Diese Bundesgelder wurden zunächst

für fünf Jahre gegeben, wobei die Bundesregierung anbot, im ersten Jahr 75 % der Kosten zu übernehmen, die sich im Verlauf von fünf Jahren auf null reduzierten. In Gebieten, die zu Armutsgebieten erklärt worden waren, oder in solchen, wo Drogen- und Kinderprogramme installiert werden sollten, konnte die Unterstützung des Bundes auf acht Jahre verlängert werden, mit einem anfänglichen Zuschuß von 90 %, der sich im Verlauf von acht Jahren dann auf null reduzierte.

In Massachusetts verfolgten wir auf verschiedenen Wegen das Ziel, umfassende psychiatrische Programme und Dienste auf Gemeindeebene für jeden Bezirk zu schaffen. Jeder einzelne Bezirk wurde auf seine Einrichtungen hin untersucht, auch hinsichtlich seiner Stellung innerhalb der Rahmenbedingungen des ganzen Staates. Für jeden einzelnen Bezirk wurden die „Bedürfnisse" mit den „Resourcen" verglichen und jeder Bezirk erhielt einen Platz, der in Beziehung stand zu allen anderen und dem eine Anzahl von Kriterien zugrunde lagen:

Auf der Bedürfnisseite Faktoren wie Durchschnittsalter der Einwohner, Anzahl der Krankenhauseinweisungen, Einkommenshöhe, Verbrechensstatistiken, Anzahl des ausgebildeten Personals, das in den Gesundheitsdiensten des Bezirkes beschäftigt war, einerlei, ob aus dem öffentlichen oder dem privaten Sektor.

Die verschiedenen Methoden, die in Massachusetts bei der Entwicklung von „Community Mental Health Centers" angewandt wurden, waren die folgenden:

a) Die Landeskrankenhäuser, die im allgemeinen mehr als einen Bezirk, manchmal sogar sechs Bezirke versorgten, wurden dezentralisiert, so daß eine dezentralisierte Abteilung des Krankenhauses einen spezifischen Bezirk versorgen konnte. Die Abteilung, die den Bezirk, in dem das Krankenhaus gelegen war, versorgte, wurde als örtliches psychiatrisches Zentrum für den Bezirk bezeichnet. Es gab Fälle, in denen mehr als eine Abteilung eines Krankenhauses zum psychiatrischen Zentrum bestimmt wurde.

b) In manchen Bezirken erschien es zweckmäßiger, neue Zentren zu bauen, als die obige Methode anzuwenden. Das waren Bezirke, deren Einwohner erhebliche Distanzen zurücklegen mußten, um im Krankheitsfall ein Krankenhaus zu erreichen. Dazu gehörten auch solche Bezirke, die einen besonders dringenden Bedarf für Versorgung hatten aus Gründen der Armut, der Arbeitslosigkeit und des wirtschaftlichen Abstiegs.

c) Eine weitere Möglichkeit bestand darin, die psychiatrische Abteilung eines privaten allgemeinen Krankenhauses als geeignet zu erklären für die Entwicklung eines umfassenden, gemeindenahen psychiatrischen Dienstes und dann dabei behilflich zu sein, Gelder, sowohl vom Staat wie vom Bund, in genügender Höhe und meist zu gleichen Teilen zu beschaffen, damit sie zu einem wirklich umfassenden Zentrum für den Bezirk ausgebaut werden konnten.

d) Die vierte Methode war, existierende Ambulatorien weiter zu entwickeln und zu vergrößern, indem man stationäre Einrichtungen, Tageskliniken usw. hinzufügte, so daß sie mit der Hilfe von öffentlichen Geldern ein umfassendes psychiatrisches Zentrum für einen gegebenen Bezirk werden konnten. Einige dieser Ambulatorien hatten eine lange Tradition, versorgten zuerst Kinder, dann Erwachsene, um später durch Zusammenarbeit, etwa mit einem allgemeinen Krankenhaus, den Status eines vollständigen psychiatrischen Zentrums zu erlangen.

Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher

Es hat sich in den letzten Jahren eine Tendenz herausgebildet, dahingehend, daß die Gesundheitsbehörden und die Strafvollzugsbehörden enger zusammenarbeiten. Das war ein Resultat des Anstiegs von Verbrechen und Vergehen, der Zahl der Verhaftungen und des Überflutens der Vollzugsanstalten durch Rechtsbrecher, aber auch der Einsicht in die Bedeutung emotionaler Faktoren bei psychisch kranken Rechtsbrechern. Demnach wurde in Massachusetts ein interessantes System von Diensten für den psychisch kranken Rechtsbrecher entwickelt, das aus folgenden Teilen besteht:

1. *Es wurden innerhalb der Vollzugsanstalten psychiatrische Abteilungen eingerichtet,* deren Team aus Psychiatern, Sozialarbeitern, Psychologen usw. bestand, um Insassen mit psychiatrischen Problemen zu versorgen. Etwa 20 % der Insassen der Vollzugsanstalten benutzten diesen Dienst. Die Behandlung bestand aus Einzel- und Gruppentherapie, sowie Maßnahmen gegen Drogenabhängigkeit sowie Freizeit- und Erziehungsaktivitäten. Für viele der seelisch kranken Rechtsbrecher war diese Behandlung heilsam und sie setzten ihre Kontakte nach ihrer Entlassung in Gemeindezentren fort. Untersuchungen deuten an, daß Rückfälligkeit bei denen, die an Gruppen- und Einzeltherapie teilgenommen hatten, niedriger war als in entsprechenden Kontrollgruppen.

2. *Psychiatrische Kliniken an den Bezirksgerichten des Staates*

   Viele Personen, die vor diese Gerichte gestellt wurden, erhielten diagnostische und therapeutische Hilfe von den psychiatrischen Klinikern, die mit dem Richter und dem Bewährungshelfer zusammenarbeiteten. Durch diesen Dienst wurden viele Angeklagten davor bewahrt, in Landeskrankenhäuser eingewiesen zu werden, wo sie häufig viele Tage und Wochen hätten bleiben müssen und darüber hinaus durch die Tatsache ihrer Hospitalisierung stigmatisiert worden wären.

3. *Eine dem Gericht angeschlossene Klinik wurde geschaffen, die entlassene Strafgefangene mit seelischen Problemen behandelte.*

4. *Eine Spezialeinheit für Sexualverbrecher* wurde in einem Krankenhaus für Strafgefangene eingerichtet, in dem alle diese Fälle aktive therapeutische Behandlung während ihrer Inhaftierung erhielten.

Rehabilitation Drogenabhängiger

In unserem Lande, wie auch sonst in der Welt, ist ein besonders wichtiges Problem das der Abhängigkeit oder Süchtigkeit von Drogen unter Jugendlichen. Eine Anzahl von Rauschgiftbehandlungszentren und Methadonkliniken für Erhaltungstherapien und Methadon-Detoxikation sind im Staate Massachusetts errichtet worden.

Erst im Jahre 1970 schenkte man dem Problem der rauschgiftabhängigen Personen von offizieller Seite in Massachusetts ernsthafte Aufmerksamkeit.

Zwei wesentliche Änderungen sind bemerkenswert: Erstens die Annahme eines neuen Gesetzes, das dem Rechtsbrecher Hilfe in bezug auf psychiatrische Probleme brachte, bevor er zu einer Gefängnisstrafe verurteilt werden konnte.

Das zweite wichtige Element in unserem Programm war, Selbsthilfegruppen zu aktivieren, indem man ihren Organisationen Gelder aus der Staatskasse gab. Im Jahre 1970 bestanden ungefähr 100 Selbsthilfegruppen, die gegründet worden waren, weil Patienten und ihre Familien die Notwendigkeit sahen, irgend etwas zu tun. Sie waren auf ähnliche Weise organisiert wie Alcoholics Anonymous oder Recovery Inc. (eine große Selbsthilfeorganisation ehemaliger psychiatrischer Patienten mit über 700 Gruppen in den USA und Canada und mehr als 20 000 Mitgliedern, der Übersetzer), über die wir noch sprechen werden. Viele dieser Gruppen trafen in Kellern und Schulen zusammen und hatten wegen des großen Bedarfs viel freiwillige und professionelle Hilfe verschiedener Art erhalten. Die Zurverfügungstellung öffentlicher Gelder an diese Gruppen hielt viele von ihnen am Leben, die in Gefahr der Auflösung gewesen wären, und half schwache Programme zu stärken und ihre Aktivitäten zur Hilfe für junge Leute in Not auszudehnen.

Selbsthilfegruppen

Ein wichtiger Aspekt der psychiatrischen Versorgung in Massachusetts und den gesamten Vereinigten Staaten ist die Arbeit von Freiwilligen und die Entwicklung von Selbsthilfegruppen. Freiwillige Hilfe ist eine ganz große Sache. Hunderte und Tausende von Studenten arbeiten in Krankenhäusern und Gemeinden. Hunderte und Tausende haben ihre Zeit und ihre Kraft geopfert, um Patienten zu betreuen, ihnen zu helfen, aus Anstalten entlassen zu werden und wieder einen Platz in der Gemeinschaft zu finden. Sie sind unerhört erfolgreich gewesen, besonders bei chronischen Patienten, wo sie 30 % helfen konnten, entlassen zu werden und sich wieder in die Gesellschaft einzugliedern.

Selbsthilfegruppen sind entstanden für Alkoholiker, Rauschgiftabhängige und Schizophrene, die letzteren in Form von Vereinen mit Namen wie ‚Anonyme Schizophrene' und Recovery Inc.

Ein Beispiel mag genügen: Recovery Inc. besteht in Amerika bereits aus 900 bis 1 000 Gruppen, die als Mitglieder Patienten mit seelischer Behinderung haben, von denen viele einmalige oder mehrfache Anstaltsaufenthalte hinter sich haben. Sie treffen sich, um sich gegenseitig zu helfen. Sie benutzen ein Buch von Dr. Abraham Lowe, mit dem Titel „Mental Health Throuhg Will Training" (Seelische Gesundheit durch Willenskraft), als wäre es eine Bibel. Sie helfen sich wechselseitig, eine gesunde seelische Haltung zu entwickeln und ihre neurotischen Tendenzen zu bekämpfen. Sie arbeiten eng mit Ärzten und Krankenhäusern zusammen und erhalten von diesen Stellen auch Patienten überwiesen. Diese Bewegung besteht seit den dreißiger Jahren und hat Tausenden von behinderten Personen geholfen, eine vernünftige Anpassung an die Gesellschaft zu erreichen.

Epidemiologie und präventive Intervention

Es wird immer offensichtlicher, daß die Zukunft der Psychiatrie weitgehend von den Fortschritten abhängen wird, die auf dem Gebiet der Epidemiologie und der Prävention gemacht werden. Gemeindenahe Psychiatrie sollte eine bessere Identifizierung der Menschen ermöglichen, die gegenwärtig krank sind, sowie eine Identifizierung der Individuen und Gruppen, die in Gefahr sind, in Zukunft krank zu werden.

Es gibt viele Risikogruppen: Soldaten, die vom Dienst im Ausland zurückkehren, haben Schwierigkeiten, sich wieder ins zivile Leben einzuordnen und sie und ihre Familien sind krankheitsgefährdet. Alte Menschen, von Familie und Freunden verlassen und oft wegen unzureichender Ernährung leidend, sind eine hohe Risikogruppe. Familien mit oligophrenen Kindern, in denen der Patient ein großes Problem für die Erziehung der anderen Kinder darstellt, sind ein Risiko. Personen, die im Übermaß trinken und Jugendliche, die engen Kontakt mit Rauschgiftabhängigen haben und von ihnen stark beeinflußt werden, können in großer Gefahr sein.

Die Identifizierung dieser Risikogruppen wird einfacher, wenn Experten hinaus in die Gemeinde gehen, um Patienten und ihre Familien in ihren Wohnungen zu versorgen. Je mehr diese Familien oder „Network" Therapie angewandt wird, desto mehr Personen werden erkannt, die unter besonderen Spannungen leiden.

Studien der Yale(Universitäts)-Gruppe haben bewiesen, daß es möglich ist, im voraus eine große Zahl von Faktoren zu bestimmen, die Spannungen in der Existenz eines Menschen erzeugen, deren Anwachsen oder deren Zusammentreffen die Möglichkeit eines Zusammenbruchs erhöhen.

Viele Individuen in Amerika sind der Ansicht, daß die Erforschung von „Spannungsfaktoren" (strain factors), ihre Vermehrung und die Zeit, zu der sie ein Individuum treffen, entscheidend für die zukünftige Praxis der gemeindenahen Psychiatrie sein werden.

Reformen in Landeskrankenhäusern

Seit 1954 haben mit der Einführung der Neuroleptika, den vielen Fortschritten in sozial-psychiatrischen Techniken, der Vermehrung des Personals und der Entwicklung von alternativen Behandlungsmög-

lichkeiten in der Gemeinde (community alternatives) und Bürgermitwirkung (citizen participation) in Amerika die psychiatrischen Krankenhäuser von Jahr zu Jahr ihre Bettenzahl beträchtlich verringern können, so daß viele Staaten jetzt nur die Hälfte oder ein Drittel der hospitalisierten Kranken haben, verglichen mit der Zahl von vor 12 Jahren. Ein sehr bemerkenswerter Trend kann durch die Erfahrung im Boston State Hospital demonstriert werden, dem größten Landeskrankenhaus in Massachusetts, das die ganze Stadt Boston mit etwa 700 000 Einwohnern versorgt:

Im Jahre 1957 war die Zahl der stationären Patienten im Boston State Hospital 3300. Es existierte eine kleine Ambulanz, sehr wenige Patienten waren in Nachsorge. Im Jahre 1973 gab es nur 600 stationäre Patienten, aber ungefähr 6 000 bis 7 000 Patienten in flankierenden Einrichtungen, in der Nachsorge oder in anderen gemeindenahen Institutionen (community placement). Boston State Hospital hatte bis zum Jahre 1973 mehrere psychiatrische Übergangsheime (halfway houses), mehrere Tagesstätten und eine sehr große Nachsorge- und Poliklinik eingerichtet sowie viele Wohngemeinschaften für Patienten. Außerdem war es gelungen, durch arbeitstherapeutische Maßnahmen viele Hunderte von chronischen Patienten wieder in den normalen Arbeitsprozeß einzugliedern.

Boston State Hospital hatte den stationären Bereich so aufgeteilt, daß zwei voneinander unabhängige Behandlungsteams zwei getrennte Bezirke versorgten.

Zusammen mit der Verringerung der stationär behandelten Patienten und dem Nachdruck, der auf Behandlungen in Übergangseinrichtungen und auf Nachsorgeaktivitäten gelegt wurde, ergab sich eine zunehmende Verwendung von Geldern und Personal außerhalb des Krankenhauses, so daß 1973 etwa 25 % der gesamten Ausgaben des Boston State Hospital für die unmittelbare Unterhaltung gemeindenaher psychiatrischer Dienste verwandt wurden. Boston State Hospital führte auch einen sehr aktiven psychiatrischen Dienst ein, mit dem Ziel, Patienten in ihrer Wohnung in einem früheren Stadium ihrer Krankheit zu behandeln, ohne sie durch Hospitalisierung von ihren Familien zu trennen. Diese Behandlung zu Hause war so erfolgreich, daß fast die Hälfte der versorgten Patienten nicht stationär aufgenommen werden mußten. Nach unserer Erfahrung ist diese Behandlungsmethode besonders geeignet, chronischen Erkrankungen und Behinderungen vorzubeugen. Kriseninterventionsmethoden wurden angewandt, um den Patienten über die akute Phase hinwegzubringen und seine Genesung durch Unterstützung seines Selbstwertgefühls und seiner sozialen Fähigkeiten (ego strength and social skills) zu beschleunigen.

In gleicher Weise begannen alle Landeskrankenhäuser im ganzen Staat, die Zahl ihrer Langzeitpatienten zu vermindern und ihre Patienten, ihr Personal und sonstige Ressourcen in die Gemeinde zu verlagern, sowie zahlreiche gemeindenahe Einrichtungen, wie Pflegeheime, Altersheime, Übergangsheime, beschützende Werkstätten, Wohnheime und Wohngemeinschaften zu unterstützen. Parallel zu diesen Anstrengungen lief die Mobilisierung vieler Bürgergruppen, diese gemeindenahen psychiatrischen Dienste zu unterstützen. Auf diese Weise wurde die Anzahl der Patienten in einer Zeitspanne von fünf Jahren im Staate Massachusetts von 18 433 auf 10 626 im Jahre 1971 verringert, wie dies dem Buche *Challenge and Response* (Herausforderung und Antwort) *) entnommen werden kann. In der gleichen Zeitspanne wurden jedoch mehr Patienten in den Krankenhäusern aufgenommen, aber sie wurden schneller und effektiver behandelt und deshalb früher wieder entlassen.

Obwohl die Zahl der Krankenhausinsassen geringer wurde, stieg die Zahl der Aufnahmen und Entlassungen an.

In den Schulen für Minderbegabte zeigte sich in dieser Zeit eine weniger bemerkenswerte Verringerung der Patientenpopulation, teilweise wegen der größeren Schwierigkeiten der Fälle und auch wegen der geringen zur Verfügung stehenden gemeindenahen Alternativen. Es wurden jedoch in den Jahren 1971, 1972 und 1973 erhebliche Anstrengungen gemacht, Wohn- und Übergangsheime für geistig Behinderte zu schaffen und ihnen Möglichkeiten zu geben, Schulen innerhalb der Gemeinden zu besuchen und eine Berufsausbildung sowohl im Krankenhaus — als auch in Gemeinschaftswerkstätten zu erhalten. Zur gleichen Zeit bemühte man sich innerhalb der Anstalten, Erziehung und Ausbildung der geistig Behinderten zu verbessern. Sie erhielten außerdem kleine Geldsummen für in der Anstalt geleistete Arbeit. Als vorbeugende Maßnahme wurden mehr als 100 Gemeindekindergärten geschaffen, in denen geistig behinderte Kinder versorgt und behandelt wurden, so daß die drei- bis siebenjährigen nun tagsüber in kleine Kindergärten gehen konnten und dadurch ihre Mütter von der Betreuung zu Hause entlastet waren. In diesen Kindergärten lernten die geistig Behinderten ihre physiologischen Funktionen zu kontrollieren, sich anzuziehen und für sich selbst zu sorgen, sowie grundsätzliche Begriffe sozialen Verhaltens, wie etwa mit anderen Kindern zu spielen.

Einige Fortschritte wurden auch durch die Entwicklung besonderer Programme für geistig Behinderte in Landeskrankenhäusern gemacht, denn man muß sich vergegenwärtigen, daß etwa 10 bis 15 % der Patienten in Nervenheilanstalten geistig behindert sind. Manche von diesen waren in Landeskrankenhäuser eingewiesen worden, nachdem sie in Schulen für geistig Behinderte psychotisch geworden waren. Andere waren direkt von zu Hause aus aufgenommen worden und konnten wegen Überfüllung der Schulen für geistig Behinderte dorthin nicht angenommen werden.

Pläne für Kinder

In Massachusetts, wie auch andernorts in den USA, waren die Einrichtungen für Kinder sehr unzurei-

*) Challenge an Response. Ein Bericht über die ersten fünf Jahre des Gesetzes über umfassende psychiatrische Dienste und Dienste für geistig Behinderte im Staate Massachusetts.

chend. Nicht mehr als ein Bruchteil der bedürftigen Kinder wurde angemessen versorgt. Einige Fortschritte wurden allerdings in den letzten Jahren erzielt. Zunächst wurden Gemeindekliniken in jedem Bezirk des Staates geschaffen. Dies waren hauptsächlich „Partnerschaftskliniken", die teilweise vom Amt für seelische Gesundheit und teilweise von freiwilligen Bürgergruppen finanziert wurden. Das Verhältnis war in der Regel zwei Drittel öffentliche Gelder und ein Drittel freiwillige Beiträge. Die öffentlichen Gelder wurden weitgehend für Personalkosten ausgebildeter Kräfte benutzt, die freiwilligen Beiträge setzten sich aus Mietzahlungen, Schreibhilfen und anderen Diensten zusammen. Einige dieser Kliniken wuchsen sehr rasch, fingen an, auch Erwachsene zu betreuen, so daß sie sich schließlich zu regelrechten psychiatrischen Zentren entwickelten.

Unsere Pläne für Kinder erstreckten sich auf folgende Bereiche:

1. Die Einrichtung einer kleinen, etwa 20-Betten-Klinik in jeder Region für ernsthaft seelisch kranke Kinder. Wir waren der Ansicht, daß diese Kliniken in den Gebäuden von Anstalten eingerichtet werden könnten, die im Zusammenhang mit der Verminderung psychiatrischer Dauerpatienten frei geworden waren.
2. Ein Netz von Gemeinschaftsheimen und Übergangsheimen, das sich über den ganzen Staat erstrecken sollte.
3. Ein Netz von Kindergärten für Kinder in noch nicht schulpflichtigem Alter.
4. Eine Tagesklinik für jeden Bezirk.

Diese Pläne werden jetzt ausgeführt und stellen eine gewaltige Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für die Kinder von Massachusetts dar. Außerdem ist noch ein interministerieller Planungsrat entstanden, der direkt vom Staatsparlament Gelder erhält und der die Tätigkeit von Gesundheits-, Wohlfahrts-, Strafvollzugs- und anderer Behörden, soweit sie Kinder betreffen, koordiniert.

Gruppenaktionen und das Recht auf ärztliche Behandlung

Seit einigen Jahren machen in unserem Lande Bürger von der Möglichkeit Gebrauch, vor Gericht Klage im Interesse von Gruppen zu erheben, die nicht wählen können und denen Bürger- oder Verfassungsrechte versagt sind. Da ein Individuum allein nicht die notwendigen Möglichkeiten haben mag, die für einen langen Kampf vor den Gerichten nötig sind, hat sich die Methode der Gruppenklage bewährt, die es ermöglicht, daß viele Einzelpersonen ihre Mittel gemeinsam bei der Suche nach Gerechtigkeit einsetzen. Auf diese Art und Weise haben Gruppen von Bürgern juristische Offensiven im Interesse von psychisch Kranken und geistig Behinderten im ganzen Lande unternommen. Über 30 Prozesse werden gegenwärtig vor Staats- oder Bundesgerichten geführt, die Fortschritte auf drei Gebieten erreichen sollen:

a) Angemessene Versorgungs- und Behandlungsstandards,

b) Bildungsmöglichkeiten für hospitalisierte psychisch Kranke, denen solche Möglichkeiten wegen ihres Anstaltsaufenthaltes nicht zugänglich sind.

c) Entlohnung für alle von Patienten geleistete Arbeit, die die Art von normal bezahlten Angestellten übernehmen.

Auf allen diesen Fronten üben die Bürger einen starken Druck aus. Es besteht aller Grund anzunehmen, daß diese Anstrengungen eine Verwandlung der Betreuungs- und Behandlungssituation aller Menschen, die von Krankheit überwältigt werden, zur Folge haben werden. Wichtiger noch als die erwähnten gerichtlichen Aktionen sind Anstrengungen bedeutender Mitglieder des amerikanischen Kongresses, eine allgemeine Krankenversicherung einzuführen, um in diesem Bereich mit den noch immer führenden europäischen Ländern gleichzuziehen.

Literatur

„Challenge and Response. A Five Year Progress Report on the Comprehensive Mental Health and Retardation Services Act of the Commonwealth of Massachusetts."

Joint Commission on Mental Illnes and Health. *Action for Mental Health.* Final Report. Basic Books, N. Y. 1961.

„Massachusetts Plans for its Retarded: A Ten Year Plan." The Report of the Massachusetts Mental Retardation Planning Project. 1966.

„Mental Health for Massachusetts." The Report of the Massachusetts Mental Health Planning Project. 1965.

„Your Area Board: A Challenge and a Trust." The Mental Health and Retardation Program for Massachusetts. Department of Mental Health, Massachusetts, 1967.

Primärprävention psychischer Störungen

von

PD Dr. L. Ciompi
FMH en psychiatrie et psychothérapie
Psychiatrische Universitätsklinik Lausanne/Schweiz

Gliederung

A. Einleitung

1 Aufgabenstellung; einführende Bemerkungen
2 Begriffe und Definitionen

B. Allgemeine Probleme der psychiatrischen Primärprävention

1 Zur historischen Entwicklung des Präventionsgedankens
2 Zur Problematik der Forschung auf dem Gebiet der Primärprävention
3 Allgemeine Ziele und Methoden psychiatrischer Primärprävention
4 Konzeptualisierung und Einteilung primärpräventiver Maßnahmen
5 Organisationsformen psychiatrischer Primärprävention

C. Spezielle Probleme psychiatrischer Primärprävention in den verschiedenen Lebensphasen

1 Primärprävention psychischer Störungen während Schwangerschaft, Geburt und frühester Kindheit
2 Primärprävention psychischer Störungen in Kindheit und Jugend
3 Primärprävention psychischer Störungen im Erwachsenenalter
4 Primärprävention psychischer Störungen im höheren Alter

D. Zusammenfassende Schlußfolgerungen und Empfehlungen

1 Allgemeine Schlußfolgerungen
2 Praktische und organisatorische Konsequenzen
3 Zusammenfassung

A. Einleitung

1 Aufgabenstellung; einführende Bemerkungen

Aufgabe und Ziel des vorliegenden Berichtes ist es, dem Leser eine Übersicht über den heutigen Stand des Wissens von den Möglichkeiten und Wirkungen primärer Prävention psychischer Störungen zu vermitteln. Konzipiert als Expertise im Rahmen der umfassenden „Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland", soll das Referat sowohl dem Fachpsychiater wie auch weiteren interessierten Berufskreisen und behördlichen Instanzen aus dem Bereiche des Gesundheitswesens diejenigen grundlegenden Informationen zugänglich machen, die für die weitere Planung auf diesem zunehmend wichtigen, bislang jedoch in das psychiatrische Versorgungssystem der Bevölkerung erst wenig integrierten Spezialgebiet nötig sind. Es wird sich also in erster Linie darum handeln, die

einschlägige Fachliteratur kritisch zu sichten und ihre hauptsächlichsten Ergebnisse herauszuarbeiten.

Das Referat soll sich dabei nach Möglichkeit auf Arbeiten stützen, die strengen wissenschaftlichen Anforderungen genügen, während bloße Behauptungen, ungesicherte Lehrmeinungen usw. weitgehend unberücksichtigt bleiben müssen.

Diese Aufgabe ist schon deshalb nicht leicht, weil die Beschäftigung mit Präventionsproblemen immer noch weitgehend außerhalb des Tätigkeits- und Interessenbereichs der herkömmlichen Fachpsychiatrie liegt und — wie weiter unten zu zeigen sein wird — eine grundlegende Umstellung von einem vorwiegend auf das Individuum gerichteten zu einem spezifisch gemeinschaftsbezogenen Denken erfordert. Darüber hinaus ist die Präventivpsychiatrie ein junger, vor allem in Westeuropa noch wenig erforschter, dabei aber äußerst weitläufiger und komplexer Bereich, über den erst (verhältnismäßig) spärliche Publikationen vorliegen. So ist es sicher bezeichnend, daß in den gesamten seit 1960 bis 1973 erschienen 7 Bänden des heute repräsentativsten deutschen Handbuchs „Psychiatrie der Gegenwart" das Stichwort „Prävention" (oder „Primärprävention", „Vorbeugung", „Verhütung") nur gerade ein einziges Mal, und dazu noch in einem sehr marginalen Zusammenhang auftaucht. Abgesehen davon ist zu diesem Thema im ganzen Werk nur noch ein kurzer englischer Beitrag zu allgemeinen Fragen der psychischen Hygiene zu finden. In den meisten ausländischen Lehr- und Handbüchern steht es kaum besser.

Solche Feststellungen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß namentlich in den USA und seit einigen Jahren auch in Westeuropa der Präventionsgedanke in der Psychiatrie rasch an Boden gewinnt und möglicherweise bald schon, wie es in der Staatsmedizin der osteuropäischen Länder bereits der Fall ist, eine zentrale Bedeutung für die ganze Organisation des psychiatrischen Gesundheitswesens einnehmen wird. Ferner werden wir im Folgenden sehen, daß auch ohne ausdrückliche Konzeptualisierung einer beträchtlichen Zahl von längst eingeführten medizinischen oder sozialpolitischen Maßnahmen eine erhebliche psychiatrisch-prophylaktische Bedeutung zukommt. Und schließlich wird sich erweisen, daß abseits vom Hauptstrom der westlichen Psychiatrie eine Reihe von hervorragenden Pionieren wie z. B. Erich *Lindemann* und Gerald *Caplan* in den USA bereits sehr beachtliche Anstrengungen zu einer umfassenden Klärung der ganzen psychiatrischen Präventionsproblematik geleistet haben. Zumal *Caplans* 1964 erschienenes Buch „Principles of Preventive Psychiatry" (21) wird im Vorwort von R. H. *Felix*, dem damaligen Direktor des amerikanischen „National Institute of Mental Health", geradezu als „Bibel für den in Gemeinschaft tätigen Sozialarbeiter" bezeichnet. Auf dieses schon als klassisch zu bezeichnende Werk, auf die Ergebnisse von mehreren Kongressen und Symposien (18, 138), auf einige Übersichtsreferate (13, 14, 22, 38, 39) und andere wertvolle Arbeiten (105, 117, 137) werden wir uns im Folgenden in unserer Darstellung denn auch als *hauptsächliche Quellen* stützen können. Darüber hinaus haben wir bibliographische Sammelwerke wie den „Index Medicus", die „Excerpta Medica", das deutsche „Zentralblatt der Neurologie und Psychiatrie", den internationalen Computer-Literaturdienst MEDLARS konsultiert und weitere Informationen bei der Weltgesundheitsorganisation und bei Referenten aus den Oststaaten eingeholt. Daß uns dennoch wichtige Arbeiten entgangen sein werden und daß zumal die Literatursammlung Vollständigkeit gar nicht anstreben wollte, versteht sich von selbst. Namentlich die Publikationen aus den Oststaaten konnten ihrer schweren Zugänglichkeit halber nur sehr spärlich berücksichtigt werden.

2 Begriffe und Definitionen

Unter dem Begriff der psychiatrischen *„Primärprävention"* versteht man, gemäß den Definitionen von *Caplan* (21, 22) und anderen Autoren, alle diejenigen Maßnahmen, welche das erstmalige Auftreten psychischer Störungen verhindern, und damit deren Inzidenz *) in der Gesellschaft verringern sollen.

Von der Primärprävention zu unterscheiden ist sowohl die *„sekundäre Prävention"*, welche durch Früherfassung und -behandlung die Verhinderung von Rückfällen und die Verkürzung der Dauer bereits aufgetretener Erkrankungen zum Ziele hat und damit vor allem deren Prävalenz *) vermindert, wie auch die *„tertiäre Prävention"*, die die invalidisierenden Auswirkungen von bereits bestehenden Krankheiten zu mildern bzw. zu vermeiden sucht.

Zusammen bilden diese drei Aspekte den Aufgabenbereich der *„präventiven Psychiatrie"* im Ganzen, wobei allerdings sekundäre und tertiäre Prävention sich vielfach mit eigentlich kurativen und rehabilitierenden Maßnahmen überschneiden.

Wie der Titel sagt, handelt dieses Referat — soweit eine scharfe Abgrenzung überhaupt möglich ist — ausschließlich oder doch ganz vorwiegend von der Primärprävention psychischer Störungen, d. h. von der vorbeugenden Verhütung i. e. S. Nun bedarf aber auch der Terminus *„psychische Störung"* einer genaueren Bestimmung, kann er doch in Ermangelung eindeutiger Normen psychosozialen Verhaltens sehr verschieden weit gefaßt werden. Wir werden im Folgenden von psychischen Störungen in einem weiten Sinn sprechen, d. h. darunter keineswegs — wie dies manchmal versucht wurde — etwa nur psychopathologische Erscheinungen auf Grund eines hirnorganisch faßbaren Leidens verstehen, sondern selbstverständlich auch die sogenannten „funktionellen" bzw. „endogenen" Psychosen ohne sichere körperliche Grundlage und darüber hinaus auch den weiten, fließend zur „Norm" übergehenden Bereich psychoreaktiver, neurotischer und psychopathischer Abweichungen im Sozialver-

*) Unter „Inzidenz" (Neuerkrankungsziffer) versteht die epidemiologische Forschung die Anzahl neuer Fälle einer Krankheit, die in einer umschriebenen Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Zeit auftreten. Die „Prävalenz" betrifft dagegen die Gesamtzahl von Krankheitsfällen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer umschriebenen Bevölkerung vorhanden sind.

halten mit einbegreifen. Dies scheint um so angezeigter, als ja gerade in der Kindheit, deren zentrale Bedeutung für die Primärprävention noch aufzuzeigen sein wird, neben hirnorganischen Erkrankungen auch viele rein „funktionelle" Verhaltensabweichungen ein besonderes Interesse beanspruchen müssen.

In diesem Sinne behandeln wir also im nächsten Hauptkapitel Fragen der Prävention psychischer Störungen im allgemeinen, während der anschließende spezielle Teil der Darstellung besonderer Präventionsprobleme in verschiedenen Altersphasen gewidmet ist. Abschließend werden wir versuchen, aus dem Gesagten Schlußfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis abzuleiten.

B. Allgemeine Probleme der psychiatrischen Primärprävention

1 Zur historischen Entwicklung des Präventionsgedankens

Wissenschaftlich begründete Prävention setzt voraus, daß Krankheiten als solche erkannt, abgegrenzt und in ihren Ursachen ganz oder zumindest teilweise bekannt sind. Deshalb fällt die historische Entwicklung des Präventionsgedankens in der Psychiatrie wie in der übrigen Medizin mit den Fortschritten der nosologischen, aetiologischen und pathogenetischen Krankheitserforschung zusammen. Im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert war die Psychiatrie als jüngster Zweig der Medizin mit besonders schwer objektivierbarem Gegenstand noch vollauf damit beschäftigt, durch Abgrenzung von Krankheitseinheiten Ordnung in die verwirrliche Vielfalt psychopathologischer Störungen zu bringen. Dank der Anstrengungen mehrerer Forschergenerationen und einzelner überragender Pioniere wie Emil *Kräpelin* und Eugen *Bleuler* hat sich seit Anfang des 20. Jahrhunderts in dieser Hinsicht wenigstens in groben Zügen ein recht guter internationaler Konsensus entwickelt. Aber zu einem endgültigen Abschluß gekommen ist der Prozeß der Abgrenzung und Klassifizierung psychischer Störungen in vielen wichtigen Bereichen (so z. B. bei den unter dem Konzept der „Schizophrenien" zusammengefaßten pathologischen Phänomenen, bei den Depressionen, den Altersstörungen, den als „neurotisch" oder „psychopathisch" bezeichneten Verhaltensabweichungen) noch keineswegs. Diese „Krankheitseinheiten" variieren immer noch stark je nach Epoche, Land, psychiatrischer Schule. Für die Praxis der Prävention hat dies zur Folge, daß nicht immer ohne weiteres klar ist, was eigentlich verhütet werden soll, und in der Forschung sind dadurch naturgemäß Präzision, Vergleichbarkeit und Transponierbarkeit von Untersuchungsresultaten manchmal erheblich beeinträchtigt.

Was die Erforschung der Ursachen psychischer Störungen anbetrifft, so lagen hier bis ins beginnende 20. Jahrhundert die entscheidenden Fortschritte noch ganz auf dem Gebiet der hirnorganischen Erkrankungen. In erster Linie bei der progressiven Paralyse, aber auch bei postencephalitischen und posttraumatischen Schäden, Epilepsien, degenerativen und arteriosklerotischen Demenzen konnten die aetiologischen und pathogenetischen Kenntnisse derart vertieft werden, daß teilweise gezielte therapeutische und prophylaktische Maßnahmen möglich wurden. Die spät-syphilitische progressive Paralyse z. B. ist dadurch von einer verbreiteten Volksseuche zu einer ausgesprochenen Seltenheit geworden; wesentliche Fortschritte sind auch in der Verhütung psychischer Störungen nach Encephalitiden, nach Geburts- und anderen Traumen erzielt worden.

Weniger erfüllt haben sich dagegen die großen Hoffnungen, die lange in die Erbforschung gesetzt wurden. Wohl konnten in einer Reihe von psychischen Erkrankungen Erbfaktoren nachgewiesen werden, aber von wenigen wichtigen Ausnahmen abgesehen (z. B. beim gewöhnlichen hereditären Schwachsinn, bei Oligophrenien aufgrund von Stoffwechselstörungen, beim Huntingtonschen erblichen Veitstanz) erwiesen sich diese als zu komplex, unregelmäßig oder unsicher, als daß sich heute schon systematische Verhütungsmaßnahmen größeren Stils daraus ableiten ließen. Dies gilt namentlich für den Einfluß von Erbfaktoren bei den großen endogenen Psychosen, d. h. bei der Schizophrenie und dem manisch-depressiven Irresein. Glaubte man hier lange Zeit an eine überragende Bedeutung der Heredität, so zeigten jedenfalls bei der Schizophrenie die modernen Zwillings- und Adoptionsuntersuchungen von Forschern wie *Rosenthal, Kety, Kringelen* u. a. (75, 121), daß genetische Faktoren, obwohl zweifellos vorhanden, gegenüber biographisch-umweltbedingten Einflüssen wohl nur eine sekundäre und dazu in ihrem Wesen noch wenig klare Rolle spielen.

Gerade von dieser Seite her, d. h. vom Studium biographischer und umweltbedingter Einflüsse in der Entstehung psychischer Störungen sollte nun der Präventionsgedanke ungefähr seit den zwanziger Jahren neue und entscheidende Impulse empfangen. Mit dem Aufkommen der Psychoanalyse und ihrem mächtigen Widerhall — namentlich in den USA — rückten die individuelle Lebensgeschichte des psychisch Kranken, seine Familien- und frühe Kindheitssituation immer mehr in den Blickpunkt des Interesses. Soziales Fehlverhalten neurotischer Art, charakterliche Auffälligkeiten, aber auch Alkoholismus, Toxikomanie, Delinquenz, depressive und selbst schizophren-psychotische Störungen, kurz, praktisch die ganze Psychopathologie mit Ausnahme der eindeutig cerebral bedingten Erkrankungen, wurden immer intensiver unter solchen Gesichtspunkten gesehen und untersucht. In den USA kam dazu der überragende Einfluß des psycho- und soziodynamisch orientierten Denkens Adolf *Meyers*, der nicht nur zum „Vater der amerikanischen Psychiatrie", sondern bezeichnenderweise bereits in den zwanziger Jahren auch zu einem der Begründer der weltweiten, auf die Prophylaxe in der Gemeinschaft der Gesunden gerichteten „Psychische-Hygiene"-Bewegung wurde. Wesentliche, wenn auch

kaum exakt kontrollierbare Einflüsse, wirkten von hier auf Erziehung und Eltern-Kind-Beziehung, auf das Schulsystem und allmählich auch auf die ganze Organisation des psychiatrischen Gesundheitswesens ein. Der Aufschwung der Kinderpsychiatrie, die Verbreitung schulpsychiatrischer Dienste und Beratungsstellen, in der Erwachsenenpsychiatrie der neue, in den USA durch Präsident *Kennedy* 1963 (71) auch gesetzlich verankerte Akzent auf der Schaffung eines ganzen Netzes von soziopsychiatrisch-gemeinschaftsgerichteten ambulanten Konsultations- und Behandlungszentren („Community Mental Health Centers") und schließlich auch die moderne, epidemiologisch orientierte Forschung zu den Beziehungen zwischen Sozialverhältnissen und psychischen Erkrankungen leiten sich aus den aufgezeigten Entwicklungslinien ab. Für die Präventionspsychiatrie eröffnete sich damit ein ebenso weites wie komplexes Feld potentieller Einflußmöglichkeiten, indem neben dem Einzelnen immer mehr auch die ganze Gemeinschaft bis hin zu ihrer sozialen und sozioökonomischen Struktur ins Blickfeld gelangten.

Es ist in diesem Zusammenhang interessant, daß sich die geschilderte Entwicklung in den westlichen Ländern weitgehend mit Tendenzen trifft, wie sie aus ganz anderen Gründen die Organisation des psychiatrischen Gesundheitswesens in den östlichen sozialistischen Staaten zu bestimmen scheint. Zum vornherein mehr auf das Kollektiv als auf das Individuum gerichtet, nimmt in der dortigen Psychiatrie (und Medizin) der Präventionsgedanke eine zentrale Stellung ein, was insbesondere zum Ausbau eines offenbar dichten Netzes von ambulanten und gemeinschaftsgerichteten Beratungs-, Versorgungs- und Rehabilitationsdiensten führte (72, 124).

Wenn im Vorangehenden von einer beachtlichen Vertiefung des aetiologischen und pathogenetischen Wissens als Voraussetzung für jede Prävention berichtet werden konnte, so darf doch nicht übersehen werden, daß alle diese Kenntnisse im Ganzen noch sehr lückenhaft sind. Zweifellos sind für keine einzige psychische Krankheit alle Grund- und Mitursachen, Entstehungsbedingungen und beeinflussenden Faktoren auch nur annähernd bekannt. Wie viele Beispiele aus der somatischen Medizin zeigen, heißt das indessen keineswegs, daß damit präventive Maßnahmen nicht anwendbar wären. Vielmehr ist zu unterstreichen, daß im Prinzip jeder auch nur partielle Fortschritt in der Kenntnis von krankheitsverhindernden Faktoren neue Möglichkeiten der Prävention zugänglich macht. Schwerwiegender ist der Umstand, daß manche der erwähnten Einflußfaktoren, namentlich im biographischen und sozialen Bereich, eher Vermutungen als wissenschaftlich wirklich gesicherte Fakten darstellen. Dementsprechend stehen auch manche der daraus abgeleiteten Präventivmaßnahmen nicht auf genügend sicherem Boden, zumal da auch ihre praktische Wirksamkeit nur selten wissenschaftlich zureichend belegt werden konnte. All dies hängt mit der ungemeinen Komplexität der Forschung in diesem Feld zusammen, auf die wir im folgenden Abschnitt näher eingehen werden.

2 Zur Problematik der Forschung auf dem Gebiet der Primärprävention

Spezifisch auf die Möglichkeiten und vor allem die Wirkungen psychischer Primärprävention gerichtete, objektivierende Forschungsarbeiten sind bis jetzt noch außerordentlich selten. Theoretische Kenntnisse und praktische Anwendungen in diesem Feld gründen sich zumeist auf die klinische Empirie oder auf die Transposition von Befunden aus anderen Bereichen, namentlich aus der Ursachenforschung. Ist diese schon in ihren Ergebnissen wie gesagt oft noch recht problematisch, so häufen sich die Schwierigkeiten erst recht beim Versuch, die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zu objektivieren. Diese Schwierigkeiten sind grundsätzlich ähnlich, aber noch beträchtlich größer wie diejenigen, mit denen der Forscher auf dem Gebiet der Evaluation von Psychotherapie und Soziotherapie zu kämpfen hat. Sie können in Kürze etwa folgendermaßen umschrieben werden (genaueres siehe 22, 46, 64, 90):

- Präventivmaßnahmen (z. B. im Bereich der Familie, der Erziehung, der Eltern-Kind-Beziehung) sind in ihrer Natur und ihren möglichen Auswirkungen nach äußerst vielfältig. So können sie gleichzeitig die spätere Inzidenz vieler sehr verschiedenartiger und oft gar nicht restlos erfaß- und abgrenzbarer psychischer Störungen beeinflussen. Die tatsächlichen Wirkungen der Prävention verlieren sich potentiell im Uferlosen.
- Das anscheinend so klare Kriterium der Inzidenzsenkung ist operational nicht leicht zu verwenden. Die Objektivierung einer Inzidenzveränderung in einer bestimmten Population kann große Schwierigkeiten bereiten, z. B. hinsichtlich der Definition und Erfassung eines Krankheitsfalles.
- Zu den Schwierigkeiten einer adaequaten Inzidenzkontrolle trägt auch der Umstand bei, daß zwischen der Einwirkung präventiver Maßnahmen und ihrem Effekt unbestimmt viele Jahre, ja Jahrzehnte verstreichen können. Eltern-Kind- und Familienbeziehungen in früher Kindheit z. B. beeinflussen nach allgemeiner Auffassung bis weit ins Erwachsenenalter hinein die Inzidenz von Neurosen, evtl. von Psychosen und anderen psychischen Störungen. Es ist außerordentlich schwierig, umschriebene Populationen über so lange Zeiträume zu verfolgen.
- Auch wenn es gelingt, in einer bekannten Bevölkerungsgruppe eine Inzidenzsenkung eindeutig nachzuweisen, so ist damit noch lange nicht erwiesen, daß es sich tatsächlich um eine Wirkung der angewandten Präventivmaßnahmen handelt. Einerseits sind viele möglichen Einflußfaktoren gar nicht bekannt, und andererseits sind bereits die bekannten Variablen zumeist derart komplex, daß die Isolierung der Wirkung eines Einzelfaktors enorme methodologische Probleme bieten kann. Um ein Beispiel von *Caplan* zu verwenden: Die spektakuläre Inzidenzsenkung an progressiver Paralyse seit Anfang des Jahrhunderts könnte theoretisch ebensogut

einer Virulenzverminderung der Syphilisspirochäte, der modernen Syphilisbehandlung, mannigfachen soziokulturellen Einflüssen wie der Syphilisprävention zugeschrieben werden.

— Eine realitätsgerechte Beurteilung der Wirkung präventiver Maßnahmen müßte nicht nur das Auftreten einer Krankheit, sondern ebenso ihren Schweregrad berücksichtigen. Auch wenn die Prophylaxe möglicherweise das Auftreten von Störungen nicht völlig zu verhüten vermochte, so milderte sie möglicherweise doch ihren Verlauf, ihre sozialen Auswirkungen usw. ganz erheblich. Solche differenzierten Wirkungen mögen indessen kaum zu objektivieren sein, insbesondere auf dem Gebiet der sozialen Verhaltensstörungen neurotischer oder psychopathischer Art, wo der fließenden Grenzen und des Einflusses komplexer Wertvorstellungen wegen Unterschiede zur „Norm" ohnehin schwer zu erfassen sind.

— Ein weiteres sehr gewichtiges methodologisches Problem besteht darin, daß im Bereich der Prävention vergleichbare Kontrollgruppen noch viel schwieriger gebildet werden können als in der übrigen Psychiatrie. Da das Anwendungsgebiet der Prävention spezifisch ganze Bevölkerungen oder Bevölkerungsgruppen betrifft, müßte für einen wissenschaftlich vollgültigen Vergleich die utopische Forderung aufgestellt werden, daß zwei in bezug auf sämtliche relevanten Ausgangs- und intervenierenden Variabeln genau gleiche, sich einzig hinsichtlich der Präventivmaßnahmen unterscheidende Populationen einander gegenübergestellt werden sollten.

Es wäre ein leichtes, die Aufzählung methodologischer Probleme in der Präventionsforschung noch erheblich zu verlängern. Als Fazit drängt sich auf, daß wohl noch auf lange Zeit wissenschaftlich wirklich sichere Bestätigungen für die Wirksamkeit vieler Präventivmaßnahmen nicht oder nur in beschränktem Maße zu erbringen sein werden. Immerhin werden wir im speziellen Teil unseres Berichtes sehen, daß in dieser Beziehung doch bereits vereinzelte Ansätze vorliegen. Namentlich durch gut konzeptualisierte epidemiologisch-statistische Forschungen und durch prospektive Langzeituntersuchungen sollte es möglich werden, eine Reihe der aufgezeigten Probleme wenigstens teilweise zu lösen.

3 Allgemeine Ziele und Methoden psychiatrischer Primärprävention

Das allgemeine Ziel primärer Prävention ist bereits in der eingangs angeführten Definition umschrieben: Es geht darum, durch geeignete Verhütungsmaßnahmen in einer gegebenen Gesamtbevölkerung die Inzidenz, d. h. die Häufigkeit des Auftretens neuer Fälle von psychischen Störungen zu senken. Grundsätzlich kann dieses Ziel auf zwei Wegen erreicht werden:

— einerseits durch die Ausschaltung bzw. Milderung des Einflusses von krankheitsfördernden Faktoren;

— andererseits durch die prophylaktische Erhöhung der Resistenz der Bevölkerung (bzw. besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen oder Individuen) gegenüber solchen schädlichen Einflüssen.

Selbstverständlich schließen sich diese beiden Wege keineswegs aus, sondern ergänzen sich.

Was die *Ausschaltung von schädigenden Einflüssen* anbetrifft, so muß diese bereits in der Schwangerschaft beginnen, da — wie wir im speziellen Teil noch genauer sehen werden — gerade während der Embryonalentwicklung eine große Reihe von Noxen zu lebenslangen psychischen Störungen führen können. Das gleiche gilt in hohem Maße für Geburt und erste Lebensmonate, und überhaupt für die ganze Kindheits- und Wachstumsperiode, in welcher nicht nur psychische Schädigungen (z. B. durch mangelnde Geborgenheit, zerrüttete Familienverhältnisse, Elternverlust, Scheidung, Fehlerziehung, usw.), sondern auch körperliche Erkrankungen und Traumen die psychische Entwicklung besonders nachhaltig zu stören vermögen. Schließlich gibt es bis ins Erwachsenen-, ja bis ins Greisenalter hinein durch das ganze Leben hindurch eine große Fülle von Einwirkungen, vom körperlichen bis in den affektiven und sozialen Bereich, die bekanntermaßen psychische Störungen zur Folge haben können und deren Bekämpfung deshalb zur Primärprävention auf diesem Gebiete beiträgt. Als in diesem Zusammenhang leicht übersehenes, aber keineswegs marginales Beispiel nennen wir nur noch die Verkehrsunfälle: Alle wirksamen Vorkehrungen zu ihrer Verhütung führen unzweifelhaft zu einer Senkung der Inzidenz posttraumatischer psychischer Störungen und gehören also durchaus zu unserem Thema. Dessen faktisch fast uferlose Weite mag hier ebenso zum Bewußtsein kommen wie die Begründetheit unserer früheren Bemerkung, wonach viele bereits eingeführte medizinische, sozialpolitische und andersartige Maßnahmen implizite eine ganz erhebliche psychiatrisch-präventive Bedeutung besitzen.

Der zweite Weg, derjenige der *prophylaktischen Widerstandserhöhung gegen schädigende Einflüsse,* scheint vielleicht zunächst weniger aussichtsreich und auch weniger klar umschreibbar zu sein. Dennoch gibt es auch hier eine große Zahl von Maßnahmen, die teilweise bereits verwirklicht sind, und teilweise noch weiter ausgebaut werden sollten. Dazu gehört in gewissem Sinne schon die ganze Erziehung in Elternhaus und Schule, deren wesentlichstes Ziel ja die Heranbildung von lebenstüchtigen und körperlich wie psychisch resistenten Erwachsenen bildet. Der Resistenzerhöhung gegen mögliche schädliche Einflüsse dient des weiteren neben der allgemeinen Lebenserfahrung — vor allem dem erfolgreichen Durchstehen von Belastungen und Krisen — wohl auch die Aufklärung über mögliche psychische Gefahren aller Art, z. B. im Bereich des Drogen- und Alkoholkonsums, der Sexualität, der allgemeinen Lebensführung usw. Spezifischere prophylaktische Abhärtung ist schließlich bei voraussehbaren Ausnahme-, Belastungs- und Krisensituationen möglich. So konnte z. B. ge-

zeigt werden, daß eine gezielte psychische Vorbereitung vor größeren Operationen, belastenden Untersuchungen, Sanatoriumsaufenthalten und ähnlichen medizinischen Streßsituationen das Auftreten von pathologischen psychischen Reaktionen und Entwicklungen wirksam zu verhüten vermag (65). Ein gutes Beispiel einer derartigen „emotiven Impfung" ist auch das präventive psychische Training auf Streßsituationen bei Angehörigen des amerikanischen „Peace Corps", die ohne eine solche Vorbereitung oft der Belastung durch die ungewohnten Verhältnisse in fremden Entwicklungsländern, verschärft durch Isolation, Sprach- und Kontaktschwierigkeiten psychisch schlecht gewachsen waren. Auch in der Schulerziehung, und natürlich vielfach in der Armee wurden Versuche unternommen, zur Prophylaxe psychischer Fehlhaltungen adaequates Verhalten in überraschenden und ungewohnten Ausnahmesituationen systematisch zu üben (8, 59, 96).

Beide aufgezeigten Wege psychiatrischer Primärprävention — die Ausschaltung von schädlichen Einflüssen und die Vorbereitung auf sie — erweisen einmal mehr die ungemeine Vielfalt möglicher prophylaktischer Maßnahmen. Um so mehr scheint es für die Praxis, aber auch für Forschung und Theorie nötig, durch die Entwicklung von Konzepten und Einteilungen Richtlinien für mögliche Organisationsformen primärpräventiver Bemühungen zu gewinnen. Über solche soll in den nächsten beiden Abschnitten berichtet werden.

4 Konzeptualisierung und Einteilung primärpräventiver Maßnahmen

Das weite Feld primärpräventiver Maßnahmen kann nach ganz verschiedenen Gesichtspunkten geordnet werden. Die wohl fruchtbarsten Vorschläge verdanken wir wiederum *Caplan,* dessen „Modell" von der zeitlichen Dauer präventiver Interventionen und von der Natur der Grundvoraussetzungen zu einer harmonischen psychischen Entwicklung ausgeht. Daraus entwickelte er einerseits das Konzept der *Sicherung entwicklungsmäßiger Grundbedürfnisse* durch langdauernde präventive Vorkehrungen, und andererseits dasjenige der *Krisenintervention* durch zeitlich kurz begrenzte prophylaktische Eingriffe. Präventivmaßnahmen können also folgendermaßen eingeteilt und organisiert werden:

a) *Langdauernde resp. permanente Prävention* ist notwendig zur Sicherung entwicklungsmäßiger Grundbedürfnisse in drei Bereichen:

   — besonders während Schwangerschaft, Geburt und ersten Lebensmonaten, aber auch während der ganzen späteren Entwicklungszeit bis ins Erwachsenenalter hinein ist erste Voraussetzung für eine harmonisch psychische Entwicklung die Sicherung der körperlichen und namentlich der cerebralen Integrität. Daraus ergeben sich eine große Zahl von Präventivmaßnahmen im *physisch-somatischen Bereich:* adaequate Schwangerschaft-, Geburts- und Säuglingsbetreuung, zureichende Ernährung, Unterkunft und Hygiene; genügende sensorische und motorische Stimulation; Schutz vor Schädigungen durch Mikroorganismen (Infekte), Gifte, Strahlen, Unfälle und anderen Traumen; ausreichende medizinisch-somatische Versorgung von der Kindheit bis ins Alter.

   — gleich wichtig wiederum vor allem in der Entwicklungs- und Wachstumszeit, aber in gewissem Maße auch im späteren Leben ist die Sicherung von Grundbedürfnissen im *psycho-sozialen Bereich.* Dazu gehört u. a. das Bedürfnis nach Geborgenheit und Nestwärme, nach kontinuierlichen und strukturierten Kontakten zu festen Beziehungspersonen, nach ausreichender affektiver und intellektueller Stimulation, nach konsistenter erzieherischer Führung, nach gültigen Vorbildern in bezug auf allgemeine Lebensführung, Wertmaßstäbe, Triebkontrolle und -begrenzung. Hauptsächlichster Vermittler solcher Grundvoraussetzungen ist die Familie; dem Familienschutz muß also eine ganz zentrale prophylaktische Bedeutung zukommen. Präventive Maßnahmen sind demnach besonders dann angezeigt, wenn die Familienintegrität gefährdet oder zerstört ist, oder wenn Kinder zeitweise oder dauernd außerhalb eines normalen Familienmilieus aufwachsen müssen. Krankenhaus- und Heimaufenthalte, zu häufige Abwesenheit der Mutter (arbeitstätige Mütter!), Krankheit der Eltern, Elternverlust, Scheidung usw. stellen besonders in der frühen Kindheit ausgesprochene Gefährdungssituationen dar.

   — im *sozio-kulturellen Bereich* schließlich sind zureichende Schul- und Berufsausbildung, Arbeits- und Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Kontakte im weiten Sinn, Vorliegen gültiger Wertvorstellungen und Identifikationsmodelle, intakte Sozialstrukturen und Freiheit von drückender sozioökonomischer Not die wichtigsten Voraussetzungen für eine gesunde psychische Entwicklung. Prophylaktische Maßnahmen sind somit insbesondere bei Risikopopulationen wie Immigranten, Flüchtlinge, Angehörige der untersten Sozialschichten, Bewohner überbevölkerter Elendsquartiere, Arbeitslose usw. angezeigt.

b) *Kurzdauernde präventive Maßnahmen* sind darüber hinaus möglich und nötig in besonderen Krisensituationen. Seit um 1944 zuerst *Lindemann* (83) und später *Caplan* (21) das Wesen der Krise systematisch zu erforschen begannen, hat sich das *Konzept der prophylaktischen und therapeutischen Krisenintervention* immer fruchtbarer erwiesen und besonders in den anglo-sächsischen Ländern bereits zu eigenen Organisationsformen für ein gezieltes „Krisenmanagement" geführt. Krisen lassen sich definieren als zeitlich begrenzte Ausnahmesituationen, die sich durch die Infragestellung der gewohnten Reaktions-, Adaptions-, und Abwehrmechanismen auszeichnen und deshalb in erhöhtem Maße zu psychischen Störungen führen können. Zu solchen

Krisen führen auf individueller Ebene normale Perioden eingreifender psycho-sozialer Umstellung wie die Pubertät, die Schwangerschaft, die Menopause, die Pensionierung, oder besondere Vorkommnisse wie der Tod naher Angehöriger, der Umzug in eine fremde Umgebung, Unfälle, Operationen, schwere Erkrankungen usw. — Arbeitslosigkeit, Entwurzelung, Naturkatastrophen, soziale Desintegration oder rapider sozialer Wandel können krisenhaft auch ganze Bevölkerungskollektive betreffen.

Von besonderer Bedeutung für die Prävention ist die Tatsache, daß gemäß den Ergebnissen der modernen Krisenforschung solche Ausnahmesituationen nicht nur verstärkte psychische Gefährdung mit sich bringen, sondern auch mit erhöhten Möglichkeiten wirksamer Einflußnahme einhergehen. Folgende Befunde sind in dieser Hinsicht besonders relevant (21):

- Der günstige oder ungünstige Ausgang einer Krise hängt zwar teilweise von der Ausgangssituation (auslösender Faktor, Ausgangspersönlichkeit, Erfahrung), mindestens ebensosehr aber vom Zusammenspiel äußerer und innerer Umstände in der Krise selbst ab. Äußeren Einwirkungen während der Instabilitätsperiode kann deshalb — sowohl im guten wie im schlechten Sinn — eine entscheidende Bedeutung zukommen.
- Während der Krise besteht, vielleicht im Sinne einer elementaren psycho-sozialen Reaktion, von seiten der Betroffenen eine erhöhte Bereitschaft, sich helfen zu lassen, und von seiten der Umgebung eine erhöhte Hilfsbereitschaft.
- Während der kritischen Instabilitätsphase liegt eine erhöhte Beeinflußbarkeit vor, in welcher auch relativ geringfügige Interventionen von außen erhebliche und in der Folge oft stabile Veränderungen zeitigen können.

Krisensituationen stellen somit spezifische psychosoziale Wende- und Angelpunkte dar, die vor allem wegen der Möglichkeit, durch kurze Eingriffe langfristige Wirkungen zu erzielen, für präventive Maßnahmen geradezu prädestiniert sind.

5 Organisationsformen psychiatrischer Primärprävention

Bereits aus dem Vorangegangenen dürfte deutlich geworden sein — und dies wird sich in der Folge noch vielfach bestätigen —, daß das Feld psychiatrischer Primärprävention weit über den Tätigkeitsbereich der Psychiatrie hinausgeht. Das eben rapportierte *Caplan*'sche Modell erlaubt es, mindestens zwei große Bereiche anderen Fachgebieten und Institutionen zuzuweisen: Die Sicherung einer normalen körperlichen Entwicklung bis ins höhere Alter als Voraussetzung für eine normale psychische Gesundheit ist in erster Linie Sache der somatischen Medizin, insbesondere von Obstetrik, Geburtshilfe, Pädiatrie, später unter anderem von Traumatologie, Arbeitsmedizin, Gerontologie und vielen anderen Fachgebieten. Darüber hinaus obliegt der Schutz vor körperlich-physikalischen Schäden unter anderem den Gesundheitsbehörden und überhaupt allen Organen, die irgendwie mit der Erhaltung der körperlichen Gesundheit zu tun haben (hygienische Vorschriften, Arbeitsgesetze, Bekämpfung von Epidemien, Umweltschutz, usw.). Daß auch gesundheitspolitische Schutzmaßnahmen auf Bevölkerungsebene (z. B. Impfungen) sehr direkt zu unserem Thema gehören, zeigt z. B. die große Grippeepidemie aus dem Jahre 1917, die durch encephalitische Komplikationen eine große Zahl von psychischen Dauerinvaliden zur Folge hatte.

Ebenso sind vom direkten Aufgabenbereich der Psychiatrie die meisten oben skizzierten präventiven Maßnahmen im sozio-kulturellen Bereich auszuklammern. Sie obliegen — soweit überhaupt eine Einflußnahme möglich ist — weitgehend den politischen Behörden, teilweise auch der Wirtschaft und anderen Körperschaften, die die Sozialgesetzgebung (insbesondere Arbeitsgesetze, Gesetze für Schwangere und stillende Mütter, Hilfe für Minderheitengruppen, für die untersten Sozialschichten usw.) im Sinne psychiatrischer Primärprävention zu bestimmen vermögen. Auch im Bereich von Schule und Ausbildung, denen, wie wir bereits angedeutet haben, ebenfalls präventive Funktionen zukommen, kann die Rolle der Psychiatrie höchstens marginal (z. B. beratend, aufklärend) sein.

Dagegen sind zwei wichtige Gebiete des *Caplan*'schen Modells offensichtlich ganz vorwiegend Sache der Psychiatrie: Es handelt sich einerseits um die Primärprävention im psycho-affektiven Bereich, und andererseits um die Krisenintervention. Fragen wir uns nun, welche Organisationsformen es der Psychiatrie möglich machen können, die ihr sich hier stellenden Aufgaben zu erfüllen. Für beide genannten Bereiche gleichzeitig sind praktisch die einzigen und jedenfalls die wichtigsten Modelle die bis heute vorliegen, die in den USA überall im Aufbau begriffenen „Community Mental Health Centers" inklusive der Kriseninterventionsdienste, denen in östlichen Ländern die bereits länger bestehenden ambulant-psychiatrischen Dispensarien und Beratungsstellen zu entsprechen scheinen. Gemeinsam ist beiden, daß es sich — im Gegensatz etwa zu den traditionellen psychiatrischen Krankenhäusern — um ausgesprochen gemeindenahe, d. h. ins lokale Sozialgefüge und Sozialgeschehen weitgehend integrierte Institutionen handelt. Zumeist dienen sie nicht ausschließlich der Prävention, sondern haben zugleich auch kurative und rehabilitierende Funktionen. Kurz- wie langdauernde präventive Aufgaben nehmen sie insofern wahr, als sie direkte oder indirekte Kontakte zu allen Risikogruppen in der Gemeinschaft (also z. B. zu gefährdeten Familien, Minderheitengruppen, sozial Benachteiligten, Suizidgefährdeten, Heiminsassen, eventuell Delinquenten usw.) herzustellen suchen. Dies geschieht z. B. über die Etablierung von Beziehungen zu den Behörden und zu sozialfürsorgerischen, gemeinnützigen und wohltätigen Organisationen aller Art, im Westen selbstverständlich auch zu den niedergelassenen Fachärzten und Allgemeinpraktikern, denen überhaupt als Informatoren und als gemeindenächste „Agenten" in vielen präventiven Belan-

gen eine sehr wichtige Rolle zukommen kann. Solche ambulante Zentren verfügen nicht nur über Ärzte, sondern auch über Sozialarbeiter, Gemeindeschwestern, motivierte Laiengruppen; sie wirken in der Gesamtbevölkerung und bei den erwähnten Institutionen in erster Linie beratend, aufklärend und koordinierend, in zweiter Linie aber auch intervenierend durch direkte Aktionen bei umschriebenen Risikogruppen und in Krisensituationen. Dabei können die Kriseninterventionsdienste in das geamte „Mental Health Center" integriert oder aber — wie manchmal z. B. die Suizidpräventionszentren — davon organisatorisch mehr oder weniger abgetrennt sein. Je nach lokalen Verhältnissen sind viele Abwandlungen dieses Grundmodells möglich, die hier nicht im einzelnen besprochen werden sollen (siehe dazu z. B. *Parad* (103)); in großen Zügen werden sie jedoch im allgemeinen den hier aufgezeigten Grundlinien entsprechen.

Das geschilderte Modell bezieht sich in erster Linie auf die Erwachsenenpsychiatrie. Ihm entsprechen in der Kinderpsychiatrie die bereits vielerorts bestehenden *kinder- und schulpsychiatrischen Beratungsstellen,* und in der Alterspsychiatrie die da und dort im Aufbau begriffenen *geronto-psychiatrischen Ambulatorien.* Erstere betreuen neben den Schulen u. a. auch Heime, Kinderhorte, Kinderspitäler, gefährdete Familien und Gruppen; letztere arbeiten beratend und betreuend u. a. in der Gemeinschaft, in Allgemeinspitälern, in Altersheimen, Wohnheimen und Siedlungen, bei Behörden und Organisationen. Wegen der erheblichen Verschiedenheit von Problemen und Aufgaben in Kindheit, Erwachsenenalter und Seneszenz ist es wahrscheinlich von Vorteil, entsprechend der diesbezüglich bereits bestehenden oder sich abzeichnenden Dreiteilung der Psychiatrie solche Institutionen nach Lebensphasen zu trennen. Jedenfalls scheint dies recht eindeutig die Entwicklung zu sein, die sich dort anbahnt, wo derartige Institutionen bereits auf dem Wege zur Realisierung sind.

Aus diesem Grunde gliedern wir unsere Darstellung im nachfolgenden speziellen Teil, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der *Caplan*schen Einteilungen, nach der besonderen Problematik der verschiedenen Lebensabschnitte. Dabei soll jeweils zunächst aufgezeigt werden, welche speziellen wissenschaftlichen Kenntnisse für die psychiatrische Primärprävention von Bedeutung sind, woraus sich — wieder für jeden Lebensabschnitt — zusammenfassende praktische Vorschläge ableiten lassen werden.

C. Spezielle Probleme psychiatrischer Primärprävention in den verschiedenen Lebensphasen

1 Primärprävention psychischer Störungen während Schwangerschaft, Geburt und frühester Kindheit

Ohne ein normales Hirn ist keine normale psychische Entwicklung möglich; ohne einen normal entwickelten Körper ist die psychische Gesundheit zumindest stark gefährdet. Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensmonate sind deshalb für die Primärprävention psychischer Störungen von allergrößter Wichtigkeit. Dabei liegen zunächst die bedeutsamsten bekannten Einflußfaktoren zweifellos auf *physisch-somatischem* Gebiet im Sinne des *Caplan*schen Modells. Es steht eindeutig fest, daß in den frühesten Entwicklungsphasen schädigende Einflüsse, welche unter Durchbrechung der natürlichen Schutzbarrieren das werdende Kind im Mutterleib treffen, verheerende Konsequenzen haben können. Sofern sie nicht überhaupt zum Fruchttod führen, haben sie meist schwere psychische und/oder körperliche Dauerdefekte zur Folge. Dies gilt insbesondere von bestimmten Infektionskrankheiten wie Toxoplasmose, Syphilis, verschiedenen Virusinfekten, von Giften und Arzneimitteln (z. B. Blei und andere Schwermetalle, Chinin, Colchizin, Thalidomid, Antikrebsmittel, Aminopterin), von Strahlenschäden, von Mangelernährung (Vitamine, Proteine). Auf die Tatsache, daß Art und Ausmaß der Schädigung vom genauen Zeitpunkt der Einwirkung abhängen — eine Rötelninfektion während der Schwangerschaft z. B. ist nur bis in den dritten Monat gefährlich — soll hier nicht eingegangen werden. Wichtig für unser Thema ist vor allem, daß alle solchen Schädigungen in Form von Schwachsinn verschiedenen Ausmaßes, eventuell von Epilepsie, cerebralen Lähmungen, oder aber indirekt über schwere körperliche Mißbildungen zu lebenslänglichen psychischen Störungen und Belastungen führen können (18, 78, 95, 137). Ob daneben bereits in der Schwangerschaft psycho-affektive Einflüsse für die spätere psychische Entwicklung des Kindes von Belang sein können, wie dies u. a. G. *Bibering* et al. (9) aufgrund ihrer Untersuchungen bei graviden Frauen vermuten, kann heute noch nicht mit Sicherheit gesagt werden, vor allem da vergleichende Langzeitbeobachtungen zu dieser Frage, die auch die spätere Entwicklung der Kinder berücksichtigen würden, u. W. bisher nicht durchgeführt werden konnten.

Pasamanick und Knoblauch (104 bis 106) berichteten in den letzten Jahren mehrfach von sorgfältigen retrospektiven und prospektiven epidemiologischen Untersuchungen an Tausenden von Kindern in New Haven/USA, deren Gegenstand die Zusammenhänge zwischen Schwangerschaftseinflüssen, Frühgeburt und späteren psychischen Störungen (insbesondere Oligophrenie, cerebrale Paralyse, Epilepsie, infantiler Autismus, soziale Verhaltensstörungen, Tics, Hör-, Seh- und Sprachdefekte) war. Es konnte eindeutig gezeigt werden, daß derartige Störungen, die als ein Kontinuum zu Spontanaborten und Totgeburten aufzufassen sind, in signifikantem Zusammenhang zu *Schwangerschaftkomplikationen* wie Toxaemie, uterinen Blutungen, Infekten und Frühgeburten (besonders mit einem Geburtsgewicht unter 1 500 g) standen. Solche Komplikationen wiederum traten häufiger bei Frauen aus den untersten Sozialschichten, bei Schwarzen, bei Unverheirateten, bei besonders jungen und besonders alten Müttern auf. Sie erschienen als Resultat von komplexen Wechselwirkungen zwischen schlechter Ernährung (namentlich in bezug auf Vitamine und

Eiweiß), schlechter Schwangerschaftshygiene, schlechten Wohnbedingungen, übermäßigem Streß und Übermüdung während der Gravidität. Ähnliche Befunde, namentlich in bezug auf die Zusammenhänge zwischen niederem Geburtsgewicht, bzw. Frühgeburten und erhöhter Inzidenz von späteren psychischen Störungen wurden verschiedentlich auch von anderen Untersuchern erhoben.

Allerdings sollte aus solchen Ergebnissen nicht etwa geschlossen werden, daß Intelligenzdefekte und andere psychische Auffälligkeiten *immer* mit Schwangerschafts- oder Geburtsschäden zusammenhängen. Diese sind nur *eine* von vielen möglichen Ursachen solcher Störungen, wie unter anderem eine Untersuchung von *Werner* (142) zeigte: Beim größten Teil einer über zehn Jahre verfolgten Kohorte von lernbehinderten Schulkindern waren Schwangerschaft und Geburt durchaus normal verlaufen, aber viele von ihnen waren in Heimen, in niederen Sozialschichten, in einem affektiv ungünstigen und stimulationsarmen Milieu aufgewachsen.

Was speziell die Rolle einer *ungenügenden Eiweiß- und Vitaminzufuhr* während der Schwangerschaft und frühen Kindheit anbetrifft, so bestehen zwar noch nicht absolut gesicherte, aber doch sehr wahrscheinliche Zusammenhänge mit erhöhter späterer Anfälligkeit für psychische Störungen (39). Experimentell ließ sich bei Tieren nach Mangelernährung in der Gravidität neben körperlichen Auswirkungen eine verminderte Fähigkeit, bestimmte Problemsituationen zu lösen, nachweisen (36). Kinder mit der Eiweißmangelkrankheit Kwashiorkor sind unverhältnismäßig oft auch geistig retardiert (30). *Winick* (147) konnte bei jungen Tieren und Menschen eine signifikante Verminderung der Hirnzellzahl nach früher Unterernährung nachweisen. Vieles deutet im übrigen darauf hin, daß ausgeprägter Eiweißmangel auch bei Erwachsenen in ganzen Bevölkerungen (z. B. in unterentwickelten Ländern) die psychische Entwicklung und Initiative hemmt und damit im Sinne eines Teufelskreises die Möglichkeit, die sozialen Zustände zu verbessern, verkleinert (39).

Bekannt ist ferner, daß der Ernährungsfaktor bei der Erstehung von einigen psychischen Sonderaffektionen eine ausschlaggebende Bedeutung hat. So beruht, wie man seit langem weiß, der früher so häufige *endemische Kretinismus* (eine Schilddrüsenstörung, die unter anderem zu Schwachsinn führen kann) auf ungenügender Jodzufuhr in bestimmten Binnengebieten. Seitdem dort das Kochsalz prophylaktisch jodiert wird, ist diese Krankheit stark zurückgegangen. Diese Verhütungsmaßnahme ist erwiesenermaßen bereits in der Schwangerschaft von großer Bedeutung (91).

Ferner wurde in den letzten Jahrzehnten entdeckt, daß eine ganze Reihe von Schwachsinnsformen mit vererbten Störungen im Aminosäure-Stoffwechsel zusammenhängen. Namentlich bei der wichtigsten von ihnen, der *phenylpyruvischen Oligophrenie* ist es möglich, die Entwicklung eines Intelligenzdefekts durch konsequenzte Verabreichung einer phenylalaninarmen Spezialdiät von den ersten Lebenswochen an bis zum zehnten Lebensjahr wirksam zu verhüten (10, 51). In vielen Ländern, so auch in Deutschland, ist deshalb bei Neugeborenen die systematische Suche nach dieser Stoffwechselstörung durch biochemische Tests eingeführt worden. So wurden nach einem Bericht von *Menne* (93) in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 1966 bis 1968 insgesamt 145 634 Neugeborene mit dem Guthrie-Test untersucht, wobei 51 Phenylketonuriker, d. h. 1 Fall unter 8600 Neugeborenen, entdeckt und prophylaktischer Behandlung zugeführt werden konnten. Aufgrund weiterer Untersuchungen bei Schwachsinnigen in Landeskrankenhäusern, Sonderschulen, Tagesstätten für geistig Behinderte usw., wo unter 16 614 Probanden 134 nicht behandelte Phenylketonuriker gefunden wurden, gelangte *Menne* zur Schätzung, daß sich unter den ca. eineinhalb Millionen Schwachsinnigen der Bundesrepublik ca. 12 000 Phenylketonuriker befinden müssen, bei denen allen die Entwicklung eines Intelligenzdefektes durch Diät hätte verhütet werden können.

Ob es sich dabei im Sinne unserer Definition noch um primäre oder bereits um sekundäre Prävention (Früherfassung und -behandlung einer bereits vorliegenden Erkrankung) handelt, ist praktisch ohne Belang. Dagegen erhellt aus den erwähnten Zahlen, daß die phenylpyruvische Oligophrenie — wie auch alle andern bisher bekannten, durch Diät korrigierbaren angeborenen Stoffwechselstörungen — nur für einen Bruchteil (ca. 0,5 bis 1,5 %) aller Oligophrenien verantwortlich sind. Von den beschriebenen Präventionsmaßnahmen darf deshalb, so wirksam sie auch sind, eine Lösung des Oligophrenieproblems im Ganzen keineswegs erwartet werden.

Genanomalien spielen auch bei anderen Schwachsinnsformen eine ausschlaggebende Rolle, so namentlich beim *Mongolismus*, welchem ein im Chromosom 21 lokalisierter abnormer Überschuß an genetischem Material zugrunde liegt. Bis jetzt sind Verhütungsmaßnahmen beim Mongolismus, wie auch beim gewöhnlichen erblichen Schwachsinn, bloß durch Schwangerschaftsverhütung, bzw. eventuelle Schwangerschaftsunterbrechung bei erhöhtem Risiko möglich (80). Ein solches ist in erster Linie bei familiärem Auftreten, insbesondere bei Mongolismus der Mutter gegeben. Mongolismus tritt ferner relativ gehäuft bei Schwangerschaften über dem vierzigsten Lebensjahr auf (Durchschnittshäufigkeit laut *Specht* 1,7 ‰, nach dem vierzigsten Lebensjahr jedoch 10 bis 20 ‰) (128). Durch Chromosomenanalyse aus Zellen der Amnionflüssigkeit (Amniocentesis) ist es heute grundsätzlich möglich geworden, frühzeitig die Geburt eines mongoloiden Kindes vorauszusehen und die Indikation zu einer präventiven Schwangerschaftsunterbrechung zu stellen. Abgesehen von der Tatsache, daß solche technisch noch komplizierte und kostspielige Verfahren bis auf weiteres wohl kaum auf breiter Basis angewendet werden können, stellen sich hinsichtlich des prophylaktischen Abortes auch ethische und rechtliche Probleme, die hier nicht diskutiert werden können.

Weitere, seit langem gut bekannte Ursachen von spätern psychischen Störungen aufgrund frühkindlicher Hirnschäden sind physische *Geburtstraumen* durch komplizierte Entbindungen, hohe Zangen, langdauernde Asphyxie (Sauerstoffmangel) usw. *Stutte* (134) berichtete vor einigen Jahren zusammenfassend über katamnestische Verlaufsuntersuchungen bei 119 asphyktisch geborenen Kindern aus Marburg, unter denen nach 12 bis 17 Jahren 12,6 % d. h. 2 bis 3 mal mehr Oligophrene gefunden wurden als in der Durchschnittsbevölkerung.

Wenn auch andere Untersucher, wahrscheinlich vor allem aus methodologischen Gründen, zu recht unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich des genauen Ausmasses der psychischen Stätfolgen der Neugeborenenasphyxie und anderen Geburtstraumen gelangt sind — auch *Stuttes* Zahlen dürfen natürlich wegen der schmalen regionalen Basis und des teilweisen Fehlens von genauen Vergleichsgruppen nicht einfach verallgemeinert werden — so besteht doch im Ganzen keinerlei Zweifel, daß derartige Zwischenfälle zu psychischen und intellektuellen Störungen führen *können* und deshalb möglichst zu verhüten sind.

Das Gleiche gilt für die Folgen der Neugeborenen-Erythroblastose bei *Rhesusinkompatibilität* zwischen Mutter und Kind. Bekanntlich können besonders nach mehreren Geburten die verhängnisvollen Folgen dieser Unverträglichkeit nur durch eine sofortige Austauschtransfusion unmittelbar nach der Entbindung abgewendet bzw. gemildert werden. Trotzdem stellten die Mitarbeiter *Stuttes* nach 3 bis 12 Jahren noch bei 9 von 52 untersuchten Kindern psychische Störungen wegen posticterischem Hirnschaden fest. Immerhin wies *Rose* (120) aufgrund eingehender Untersuchungen darauf hin, daß manche psychischen Spätschäden bei ehemaligen Erytroblastose-Kindern gar nicht eine hirnorganische Folge des Kernikterus nach der Geburt, sondern der Verunsicherung und nachfolgenden Überängstlichkeit der Mutter durch das psychisch sehr belastende Geschehen während Schwangerschaft und Entbindung bei Rhesusinkompatibilität darstellen. Solche Mütter und Kinder haben deshalb nicht nur auf somatischem, sondern auch auf psychoaffektivem Gebiet eine besonders sorgfältige prophylaktische Betreuung nötig.

Auch nach der prä- und perinatalen Phase haben selbstverständlich physisch-somatische Schädigungen weiterhin eine große Bedeutung als mögliche Ursachen späterer psychischer Störungen. Insbesondere sind hier *infektiöse (bes. encephalitische oder meningitische), toxische oder traumatische Hirnschäden* zu erwähnen, die u. a. durch adaequate Hygiene, Pflege, Ernährung, allgemein-medizinische Betreuung, Impfungen, Unfallschutz usw. wirksam bekämpft resp. verhütet werden können.

Daneben aber spielen, wie man heute immer klarer erkennt, wahrscheinlich bereits von den allerersten Lebenswochen an *psycho-affektive Faktoren* eine wichtige Rolle. Zunächst vorwiegend spekulativ, immer mehr aber auch aufgrund von direkten Beobachtungen an Säuglingen und Kleinkindern, haben vor allem die Psychoanalytiker seit langem entschieden auf die grundlegende Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung für die spätere psychoaffektive Gesundheit hingewiesen. Für die Prävention besonders wichtige Untersuchungsergebnisse verdanken wir R. *Spitz* (129), welcher bereits um 1945 in eindrücklichen Beobachtungen nachzuweisen vermochte, daß Kleinkinder, die über längere Zeit in Heimen oder Spitälern oder engere affektive Beziehung zu einer konstanten Mutterfigur blieben, in ihrer gesamten affektiven, intellektuellen und auch körperlichen Entwicklung in geradezu lebensgefährlicher Weise gehemmt und gestört werden können. *Spitz* prägte hierzu den Begriff des „Hospitalismus", der in leichten Fällen u. a. durch Antriebsmangel, Kontaktarmut, psychomotorische und intellektuelle Retardation, in schweren Fällen durch völlige Apathie, Stereotypien, körperlichen Maramus evtl. bis zum Tod oder bis zu irreparablen Persönlichkeitsschädigungen charakterisiert ist. Obwohl die Arbeiten von *Spitz* aus methodologischen Gründen teilweise bestritten wurden, haben sich doch seither parallele Befunde derart gehäuft, daß an den ungünstigen Auswirkungen früher affektiver Karenz kaum mehr gezweifelt werden kann. *Bowlby* (15) hat diesen ganzen Fragenkreis 1951 zuhanden der Weltgesundheitsorganisation in einer vieldiskutierten Monographie bearbeitet; neuere Untersuchungen zum selben Thema stammen u. a. von *Provence* (112), *Mason* (87), *Oleinick* (99), *Burling* (17). Der allzu globale Begriff der Mutter-Kind-Beziehung wurde dabei vermehrt in einzelne Komponenten zerlegt; es zeigte sich u. a., daß höchstwahrscheinlich einer ausreichenden sensorischen und motorischen Stimulation eine besondere Bedeutung für die spätere intellektuelle und kognitive Entwicklung zukommt. (32, 60, 76).

Hochinteressant sind in diesem Zusammenhang ferner die aufsehenerregenden Arbeiten von *Harlow* (57), der durch experimentelle Beobachtungen bei Schimpansenbabys den Beweis dafür erbrachte, daß bei diesem Versuchstier Trennung von der Mutter in den ersten Lebenswochen im Erwachsenenalter schwere Beziehungsstörungen zu Artgenossen, namentlich auf sexuellem Gebiet und in der Fähigkeit, Kinder aufzuziehen, zur Folge hatte. Durch raffinierte Experimente mit unbelebten „Ersatzmüttern" ließ sich ferner eruieren, daß körperliche Nähe und Wärme, soziale Interaktion und Stimulation weit entscheidender waren als etwa die bloße Ernährungsfunktion der Mutter. Obwohl natürlich solche Tierbefunde nicht ohne weiteres auf menschliche Verhältnisse übertragen werden dürfen, stellen sie doch ein weiteres wichtiges Indiz für die Bedeutung frühester sensorischer, affektiver und sozialer Einflüsse auf die spätere psychosoziale Entwicklung dar.

Aus dem Dargestellten geht hervor, daß schon früh auch *sozio-kulturelle Aspekte* eine erhebliche Rolle spielen. Regelmäßige medizinische Kontrollen während der Schwangerschaft und optimale körperliche wie vor allem auch psycho-affektive Pflegebedingungen in den ersten Lebensjahren, die sich für die Verhütung späterer psychischer Störungen als entscheidend erwiesen haben, hängen von einer Fülle von Gegebenheiten ab, die eng mit der ganzen Ge-

sellschaftsstruktur zusammenhängen (Sozialschicht, Familien- und Arbeitsgesetze, Versicherungswesen, Mütterarbeit, Pflege- und Ernährungssitten, usw.).

Alle drei von *Caplan* genannten Bereiche psychiatrischer Primärprävention — physisch-somatische, psychisch-soziale und sozio-kulturelle Faktoren — sind also bereits in den allerersten Entwicklungsphasen von Wichtigkeit.

Zusammengefaßt ergibt sich daraus die Möglichkeit und Notwendigkeit der folgenden Verhütungsmaßnahmen:

— regelmäßige medizinische Schwangerschaftsüberwachung, Beratung der Schwangeren hinsichtlich Ernährung, Lebensführung, körperlicher und psychischer Hygiene. Rasche und zweckmäßige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen.

— Optimale Führung der Geburt, Spezialbetreuung bei Komplikationen (Frühgeburten, Rhesusinkompatibilität, Neugeborenenasphyxie, usw.).

— Systematische medizinische, neurologische und biochemische Untersuchung der Neugeborenen, insbesondere zur Erfassung von Hirnschäden und von Stoffwechselstörungen, die eine prophylaktische Spezialbehandlung nötig machen.

— Beratung, Aufklärung und medizinische Überwachung bezüglich physischer und psycho-affektiver Säuglingspflege, Sicherung der Bildung einer Beziehung zu einer konstanten Mutterfigur, insbesondere durch Entlastung der Schwangeren und Wöchnerinnen von Arbeitsverpflichtungen mindestens während des 1. Jahres; Ausbau der entsprechenden Sozial- und Arbeitsgesetze.

— Besondere Vorkehrungen bei Hospitalisierungen oder Heimaufenthalten von Säuglingen und Kleinkindern, extensives elterliches Besuchsrecht, möglichste Verkürzung bzw. Vermeidung solcher Spital- oder Heimaufenthalte, möglichst konstante und personifizierte Betreuung durch das Pflegepersonal.

— Umweltschutz, Verhinderung von Infektionskrankheiten und Epidemien in der Bevölkerung, Unfallbekämpfung, Anstrengungen zur Verbesserung der sozio-ökonomischen Verhältnisse in den untersten Sozialschichten.

2 Primärprävention psychischer Störungen in Kindheit und Jugend

Nach der frühesten perinatalen Entwicklungsphase werden zweifellos die wichtigsten Fundamente für die spätere psychische Gesundheit oder Krankheit in der Kindheit gelegt. Nicht nur in bezug auf Kenntnisse und Fähigkeiten, sondern auch im psycho-affektiven und sozialen Bereich stellen Kindheit und Jugend einen fortwährenden intensiven Lernprozeß dar, von dessen Ausgang es abhängt, wie der spätere Erwachsene mit sich selbst, mit den andern, mit Familie, Beruf und Gesellschaft zurechtkommt. Soziale Verhaltensmuster, Triebkontrolle und -begrenzung, Abwehrverhalten, Rollenidentifikationen und Ich-Identität — kurz alle grundlegenden Charakterzüge — werden in dieser Zeit entscheidend geprägt. Für unser Thema ist deshalb die Frage hochbedeutsam, welche Einflüsse aus der Kindheit die spätere psychische Gesundheit günstig oder ungünstig beeinflussen. So wichtig indessen diese Frage ist, so schwer ist es auch, dazu wissenschaftlich eindeutig gesicherte Antworten beizubringen. Dies hängt zusammen mit der ungemeinen Komplexität eines in dauerndem Wandel befindlichen und von einer unübersehbaren Vielzahl von Variabeln abhängigen Entwicklungsgeschehens, dessen adäquate Erfassung über die langen Zeiträume, um die es hier geht, methodologisch enorm schwierig ist. Im komplizierten Entwicklungsprozeß zu psychischer Stabilität oder Labilität konnten deshalb eigentlich bisher erst die gröbsten positiven oder negativen Einflußfaktoren wissenschaftlich einigermaßen gültig isoliert werden, während die Bedeutung vieler feinerer Einzelfaktoren höchstens in Einzelbeobachtungen von unsicherer Allgemeinbedeutung evident gemacht wurde.

Zu den erwähnten groben Fakten gehört natürlich die Tatsache, daß die Integrität von Gehirn und Nervensystem, und darüber hinaus die Entwicklung eines voll funktionsfähigen Körpers wie schon in der ersten Lebensphase die Grundvoraussetzung aller späteren psychischen Gesundheit bildet. Damit aber behalten alle im vorangehenden Abschnitt genannten *physisch-somatischen Einflußfaktoren* wie z. B. der Schutz vor Umweltschäden, vor Unfällen, Infektionen, Vergiftungen, die adäquate Ernährung usw. ihre volle prophylaktische Bedeutung. Kindermedizinische Versorgung und Betreuung, schulärztliche Dienste, Kontrolluntersuchungen, Schutzimpfungen, aber auch Verkehrserziehung, Förderung gesunder sportlicher Betätigung usw. dienen also wiederum nicht nur der körperlichen, sondern auch der psychischen Primärprävention.

Neben den physischen treten nun aber *psycho-soziale und sozio-kulturelle Faktoren* in der Kindheit immer mehr in den Vordergrund. Welches Familienmilieu, welche Erziehung, welche Schule und welche Gesellschaft gewährleisten am besten eine harmonische psychische Entfaltung auf lange Sicht? Die groben Tatsachen, die in diesen komplexen Fragen als gesichert bezeichnet werden dürfen, lassen sich etwa folgendermaßen zusammenfassen:

Fest steht nach der gesamten Evidenz aus Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse und Soziologie jedenfalls, daß der *Familie* für die ganze Persönlichkeitsentwicklung, und damit für die größere oder geringere Anfälligkeit für spätere psychische Störungen, eine zentrale Wichtigkeit zukommt. Bei fast allen nicht-organischen psychischen Störungen des Erwachsenenalters, insbesondere aber bei Alkoholismus, Delinquenz, soziopathischem Verhalten, Neurosen, nach neueren Untersuchungen auch bei Schizophrenie und manchen Depressionen wurden immer wieder in einem hohen Prozentsatz der Fälle Zusammenhänge mit schwer gestörten Familienverhältnissen in der Kindheit aufgezeigt. — Allerdings sind bereits hier gewisse Einwände möglich, da derartige

Befunde vorwiegend durch Untersuchungen an Kranken, viel weniger aber durch solche an Gesamtpopulationen mit Einschluß der Gesunden belegt sind (18, 116). Werden auch solche einbezogen, so mag sich nämlich zeigen, daß — wie das etwa *Bleuler* (11) anführt — beispielsweise sogenannte „broken-home"-Situationen (Fehlen einer normalen Familiensituation z. B. durch Tod der Eltern, Scheidung, Familienzerrüttung usw.) in der Vorgeschichte psychisch kranker Erwachsener oft gar nicht signifikant häufiger sind als bei Geistesgesunden. Auch bedeuten zahlenmäßig-statistische Zusammenhänge noch nicht unbedingt auch kausale Beziehungen: So wäre es z. B. denkbar, daß schlechte kindliche Familienverhältnisse weniger eine Ursache späterer Anpassungsstörungen als eine Auswirkung derselben ungünstigen Erbanlagen bei Eltern und Kindern darstellen (117).

Immerhin stellt drohende oder bereits eingetretene, vorübergehende oder dauernde Desintegrierung der Familie z. B. durch Alkoholismus, Delinquenz, Soziopathie, schwere Krankheit, Hospitalisierung oder Tod der Eltern, Scheidung, Entwurzelung, drückende ökonomische Notlagen usw. zweifellos für die Kinder psychische Belastungs- und Krisensituationen dar, in denen grundsätzlich — wie wir bereits ausgeführt haben — mit einer erhöhten psychischen Gefährdung, aber auch mit besonderen Möglichkeiten für präventive Eingriffe zu rechnen ist (22, 31, 37, 148). Bei Scheidungen mit Beteiligung von Kindern wird deshalb in Dänemark z. B. automatisch ein Kinderpsychologe beigezogen, dessen Rat die richterlichen Entscheide in bezug auf elterliche Gewalt, Besuchsrecht usw. beeinflußt (16, 135). Auch bei der Betreuung illegitimer Kinder und bei der Regelung von Adoptionsfragen sollten psychohygienisch-präventive Gesichtspunkte entscheidend berücksichtigt werden (128 a).

Das Gleiche gilt nachgewiesenermaßen, wenn Kinder plötzlich hospitalisiert, operiert, in Heime versetzt oder anderweitig aus ihrer gewohnten familiären Umgebung herausgerissen werden müssen. Auch wenn über Spätfolgen solcher Ausnahmesituationen noch manche Unsicherheiten herrschen, stellen sie doch kritische Sonderbelastungen dar, in welchen durch die Infragestellung alter und den notwendigen Erwerb neuer Verhaltensmuster Weichen sowohl langdauernden psychischen Fehlverhaltens wie auch für psychische Erstarkung und Immunisierung gestellt werden können. (13, 17)

Außerordentlichen psychischen Belastungen sind ferner erwiesenermaßen Kinder mit Seh-, Hör- oder Sprachdefekten, cerebral gelähmte oder anderweitig invalide Kinder ausgesetzt. Auch sie sind deshalb psychisch vermehrt gefährdet und benötigen oft eine spezielle präventive Betreuung (13).

Neben evident traumatischen Situationen dieser Art hat namentlich die Psychoanalyse, in den letzten Jahren immer intensiver auch die moderne Familienforschung eine große Zahl von subtileren schädlichen Einflüssen in der Eltern-Kind-Beziehung, in der Erziehung und darüber hinaus im ganzen Kommunikationsstil bestimmter Familiengemeinschaften aufzeigen können. Es handelt sich z. B. um überstrenge oder übernachsichtige Haltung der Erzieher, um Überprotektion oder Vernachlässigung, im Kommunikationsgefüge namentlich auch um Klarheit und Eindeutigkeit bzw. Zweideutigkeit und Widersprüchlichkeit (sogenannter „double bind") von Forderungen, Anweisungen und Mitteilungen seitens der Eltern, ferner um die Frage, wie in der Familiengruppe Entscheidungen gefällt oder vermieden, Konflikte angegangen oder vertuscht, Belastungssituationen aktiv bewältigt oder passiv erlitten werden. Indessen sind sowohl Interpretation wie auch praktisch-präventive Nutzanwendung solcher Befunde noch recht unklar. So können z. B. die signifikanten Auffälligkeiten, die neuerdings im Kommunikationsstil von Familien mit schizophrenen, in weniger starkem Maße auch mit neurotischen Angehörigen nachgewiesen wurden, sowohl als Ursache wie auch als Folge der Erkrankung eines Familienglieds gedeutet werden (Kaufmann, 68). Aus diesen Gründen scheint es uns nicht angezeigt, die Fülle dieser Feinbefunde hier im einzelnen darzulegen. Zusammenfassend können Wärme, Echtheit, Konsistenz, Kontinuität, eindeutige Rollenidentifikation von Eltern und Erzieher als wohl wichtigste Voraussetzung für eine günstige Persönlichkeitsentwicklung der Kinder genannt werden. Wie aber solche tief mit der ganzen Persönlichkeitsstruktur der Erzieher zusammenhängende Haltungen anders als durch fragwürdige „Aufklärung" wirksamen präventiven Maßnahmen zugänglich gemacht werden könnten, ist bis heute kaum ersichtlich.*)

Familienstruktur und Erziehung unterliegen zudem der Einwirkung einer Vielzahl von sozialen, sozioökonomischen und kulturellen Variabeln, welche indirekt bald günstigere, bald ungünstigere Einflüsse auf die psychische Entwicklung der Kinder ausüben können. So ist z. B. wahrscheinlich, obzwar u. W. bisher nicht streng wissenschaftlich objektiviert, daß die ländliche, seßhafte Großfamilie der vorindustriellen Epoche die Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsfindung der Kinder leichter machte als die urbane, mobile Zweigenerationenfamilie der heutigen Zeit. Auch durch die Berufstätigkeit vieler Mütter hat sich ohne Zweifel manches in der Erziehungssituation der Kinder grundlegend gewandelt. Allerdings ist nicht bewiesen, daß alle diese Veränderungen bloß negative Auswirkungen haben. Als weitgehend gesichert kann immerhin — wie früher schon erwähnt — die Tatsache betrachtet werden, daß in den ersten Lebensjahren die fast ständige Anwesenheit der Mutter, oder doch einer Mutterersatzfigur, eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine gesunde psychische Entwicklung ist (15). Ob sie erfüllt werden kann oder nicht, hängt indessen wiederum von sozio-kulturellen und insbesondere auch sozioökonomischen Gegebenheiten ab. Jedenfalls zeigt sich hier ein deutlicher Ansatzpunkt für mögliche präventive Maßnahmen auf Individual- und Gemeinschaftsebene (Beratung,

*) In der modernen Familientherapie zeichnen sich diesbezüglich interessante präventive Ansätze gegen schizophrene und neurotische Störungen ab, die aber noch im Experimentalstadium sind und erst in Einzelfällen anwendbar scheinen.

Aufklärung, Sozialgesetzgebung usw.), deren gemeinsames Ziel es sein muß, die Anwesenheit der Mutter in der Familie wenigstens in den ersten Entwicklungsjahren zu sichern.

Wo dies nur unvollständig möglich ist, bieten Kinderhorte, Kindergärten und dgl. gewisse Kompensationsmöglichkeiten, sofern sie in genügender Zahl vorhanden sind und durch geschultes Personal individualisiert geführt werden. Derartige Institutionen vermögen nach neueren Forschungen auch eine wichtige Rolle zur Schaffung einer besseren Chancengleichheit bei der Einschulung von Kindern aus sozial- und bildungsmäßig benachteiligten Schichten zu spielen.

Vieles deutet ferner darauf hin, daß Kinder aus Familien der untersten Sozialschichten durchschnittlich psychisch stärker gefährdet sind als solche aus Oberschichten. Dies gilt gleichzeitig für ausgesprochen soziale Randgruppen wie ethnische Minderheiten, Immigranten, Flüchtlinge usw. Mehrere Untersuchungen haben z. B. gezeigt, daß bereits in Sprachcode, Wortschatz, Lernverhalten und im ganzen „affektiven Stil" solcher Familien so beträchtliche Besonderheiten vorliegen, daß deren Kinder auch bei guter Ausgangsintelligenz in der auf Durchschnittsnormen ausgerichteten Schule fast obligat soziale und lernmäßige Schwierigkeiten haben müssen (6, 66, 92). Es ist deshalb vorgeschlagen worden, für solche Kinder eine prophylaktisch-kompensatorische Sonderschulung vorzusehen (52).

Die Erfassung von Krisen- und Belastungssituationen aller Art ist in erster Linie Sache der Kinderärzte, Lehrer, Schulpsychologen, Sozialarbeiter und anderer Berufsleute, die in täglichem Kontakt mit Kindern und ihren Familien stehen. Gezielte vorbeugende Maßnahmen (z. B. Eltern- oder Lehrerberatung, Sonderschulung, Sozialhilfe, erzieherische oder therapeutische Maßnahmen) sollten in enger Zusammenarbeit mit kinder- und schulpsychiatrischen Diensten geplant werden, deren systematischer Ausbau eine Hauptforderung der Präventivpsychiatrie darstellt.

Allerdings müßten gleichzeitig vermehrte Anstrengungen zur Überwindung der Schwierigkeiten in der Erforschung der Langzeitwirkung präventiver Maßnahmen gemacht werden. Bisher liegen zu dieser zentralen Frage nur ganz vereinzelte, methodologisch einigermaßen befriedigende Untersuchungen vor. Eine davon stammt von *Skeels* (126), der nach 20 Jahren zwei Gruppen von Kindern, von denen die eine in einem ganz unpersönlich-anonym geführten Waisenhaus, die andere aber in einem Heim mit stark personifizierten Dauerkontakten aufwuchs, nachuntersuchen konnte. Trotz niedrigerem intellektuellem Ausgangsniveau war die zweite Gruppe im Erwachsenenalter psychisch, sozial und beruflich durchschnittlich viel besser angepaßt als die erste, was mit erheblicher Wahrscheinlichkeit auf die prophylaktische Wirkung der seinerzeitigen intensiveren Betreuung zurückgeführt werden konnte.

Was die Zusammenhänge zwischen *Schule* und späteren psychischen Störungen anbetrifft, so ist hier bereits die Kenntnis von spezifischen Risikofaktoren weniger präzise als in der Familie. Vergleichsuntersuchungen über den Einfluß verschiedener Schulsysteme berücksichtigen, soweit sie überhaupt durchgeführt wurden, meist nur die Schulleistungen und erstrecken sich kaum je bis ins Erwachsenenalter. Immerhin ist für unser Thema eine Vergleichsstudie von Interesse, die vor einigen Jahren in Chicago organisiert wurde: Kinder aus 6 Schulen mit einem präventiven Intensivprogramm (wöchentlich Gruppendiskussionen mit den Schülern und unter den Lehrern, regelmäßige Kontrakte mit den Eltern) wurden in ihrer Entwicklung über sechs Jahre hin systematisch mit Kindern aus sechs Kontrollschulen ohne ein solches Programm verglichen. Bereits nach zwei bis drei Jahren waren nicht nur die Schulleistungen, sondern auch das Sozialverhalten der intensiv betreuten Kinder im Durchschnitt signifikant erheblich besser (70, siehe auch 68). — So wertvoll indessen derartige Ansätze auch sind, so sind doch die Beobachtungszeiten noch viel zu kurz, um über die Auswirkungen der getroffenen Präventivmaßnahmen auf das spätere Leben Auskunft zu geben.

In diesem Zusammenhang stellt sich der Prävention die wichtige Frage nach der *prognostischen Bedeutung psychischer Verhaltensstörungen aus der Kindheit.* Inwiefern sind solche Störungen als bloße Episoden oder aber als erste Anzeichen einer auch im Erwachsenenalter ungünstigen psychischen Entwicklung zu werten?

Dieses umstrittene und methodologisch sehr schwierige Problem, zu dessen Lösung bisher meist nur relativ unsichere retrospektive Angaben psychisch kranker Erwachsener über ihre Kindheit zur Verfügung standen, ist in den letzten Jahren hauptsächlich von der Amerikanerin L. *Robins* bearbeitet worden. Dem Team dieser Autorin gelang es u. a., von 524 Kindern, die seinerzeit wegen psychischer Störungen verschiedenster Art genau untersucht worden waren, 30 Jahre später fast alle (um 90 %) als Erwachsene wiederzufinden und eingehend nachzuuntersuchen. Ihre Entwicklung konnte mit derjenigen einer Kontrollgruppe von 100 seinerzeit ganz unauffälligen Schulkindern verglichen werden (116). Diese bisher zweifellos beste Untersuchung zur Prognose kindlicher Störungen sowie die Resultate einiger früherer Arbeiten (u. a. 35, 55, 98) führten die Autorin zum Schluß, daß das Vorliegen kindlicher psychischer Störungen in der Tat im Durchschnitt häufiger zu psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter führt als ihr Fehlen (117). Indessen kommt es sehr darauf an, welcher Art diese Kindheitsstörungen waren. Handelte es sich bloß um sogenannte „kinderneurotische Auffälligkeiten" wie Schüchternheit, Kontaktschwierigkeiten, Nervosität, Überempfindlichkeit, Irritabilität, Schlafstörungen, Ängste, Sprachschwierigkeiten, Tics usw., dann erwies sich die Prognose als weit besser als bisher oft behauptet. In der Tat war die psychische Gesundheit Erwachsener mit einer derartigen Kindheitsanamnese nicht signifikant schlechter als diejenige der Kontrollgruppen. *Robins* fand also keine Anhaltspunkte für die geläufige These vom kindlichen Ursprung neurotischer Störungen. Jedoch muß hier eingewendet werden, daß gerade die nach der

allgemeinen Neurosenlehre so entscheidend wichtigen ersten Kindheitsjahre in der Untersuchung der Autorin nicht berücksichtigt werden konnte. — Dagegen erwies sich sehr klar, daß „soziopathisches Verhalten" im Erwachsenenalter (Delinquenz, Alkoholismus, mannigfaltige Umweltkonflikte, Berufs- und Eheschwierigkeiten) sozusagen immer bereits in der Kindheit begonnen hatten. Je früher und je ausgeprägter soziale Verhaltensstörungen wie Schwererziehbarkeit, Disziplinlosigkeit, Lügenhaftigkeit, Agressivität, Weglaufen, Diebstähle, frühe sexuelle Aktivitäten usw. in der Kindheit in Erscheinung getreten waren, um so ungünstiger war eine gleichsinnige Entwicklung auch im Erwachsenenalter. Hierbei konnten auch unzweifelhafte Beziehungen zum Sozial- und Familienmilieu nachgewiesen werden, indem solche Störungen familiär und in den unteren Sozialschichten gehäuft auftraten. Indessen ließ sich daraus nicht schließen, daß solche Störungen direkt durch das niedrige Sozialmilieu verursacht waren, unter anderem weil die Langzeitprognose soziopathischen Verhaltens bei Kindern aus höheren Gesellschaftsschichten genau gleich ungünstig war wie bei Unterklasskindern. Vielmehr vermutet *Robins,* daß die Häufung soziopathischen Verhaltens in den unteren Sozialschichten eher eine Folge (häufigerer sozialer Abstieg, respektive mangelnder Aufstieg bei Soziopathen) als eine Ursache des gestörten Verhaltens darstellen könnte. — Eine noch schlechtere Prognose hatten kindliche Psychosen, die fast immer zu lebenslänglichem Kranksein mit Dauerinvalidität und Institutionalisierung führten. Interessanterweise kam es dabei entgegen geläufigen Annahmen im Erwachsenenalter kaum je zur Entwicklung typischer Schizophrenien, sondern zu schwer regressiven Zuständen atypischer Art.

Für die Prävention geht aus diesen Ergebnissen hervor, daß (sekundär) vorbeugende Maßnahmen in erster Linie bei den recht häufigen soziopathischen und den viel selteneren psychotischen Verhaltensstörungen in der Kindheit angezeigt wären. Soweit zureichend kontrollierte diesbezügliche Versuche überhaupt vorliegen, ist es indessen bisher offenbar nicht gelungen, auf lange Sicht wirksame Präventivprogramme auszuarbeiten. Jedenfalls ist dies das enttäuschende Ergebnis einiger weniger exakter Vergleichsuntersuchungen über die Langzeiteffekte von Präventionsversuchen z. B. mit Erziehungsberatung, Psychotherapie, Freundschaftbeziehungen, Kontakt mit „guten Beispielen", intensiver Freizeitgestaltung bei jugendlichen Soziopathen (siehe u. a. 29, 49, 88, 111 zitiert nach *Robins*).

Kaum besser steht es schließlich mit den heutigen Kenntnissen über psychiatrische Primärprävention in der *Pubertäts- und Adoleszensperiode.* In der Tat besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen der enormen Wichtigkeit, die allgemein dieser kritischen Entwicklungsphase für die spätere psychische Gesundheit zugemessen wird, und der offensichtlichen Unsicherheit in bezug auf konkrete prophylaktische Möglichkeiten. Jedenfalls schweigen sich alle wichtigeren zusammenfassenden Arbeiten über psychiatrische Primärprävention über dieses Thema fast völlig aus. Erst in den letzten Jahren ist im Zusammenhang mit dem Drogenproblem *) der Gedanke der Prophylaxe wieder sehr aktuell geworden. Drogenabusus, gleich wie etwa Rowdytum, Bandenbildung, Rebellion gegen die Gesellschaft, provokatives Verhalten bei gleichzeitiger Fragilität usw. stellen indessen vielfach bloß besonders auffällige Instabilitätssymptome im Rahmen einer „notwendigen Entwicklungskrise" (Erikson 42-44) dar, in deren Zentrum das Problem der Identitätsfindung, der Abgrenzung von Elternfiguren *und* der partiellen Identifikation mit ihnen, des Hineinfindens in eine eigenständige Partnerbeziehung und in eine definierte soziale Rolle in der Welt der Erwachsenen steht. Wie diese Krise abläuft, hängt ohne Zweifel stark von der jeweiligen Gesellschaftsstruktur, insbesondere von der Stabilität der Wertvorstellungen, dem Vorhandensein gültiger Leitbilder, den beruflichen Möglichkeiten, den Aussichten auf frühe oder im Gegenteil — wie z. B. bei Studenten — stark verspätete Übernahme eigener Verantwortung ab. Familie und Gesellschaft sind also zweifellos die wichtigsten, günstig oder ungünstig wirkenden Einflußfaktoren; beide aber scheinen gerade in dieser Übergangszeit präventiven Maßnahmen wenig zugänglich zu sein. Für Familienprophylaxe ist es nun wohl weitgehend zu spät, und der gesellschaftliche Status von Jugendlichen ist durch so vielfältige soziokulturelle Gegebenheiten bestimmt, daß Einzelmaßnahmen immer nur marginalen Einfluß haben können. Immerhin dürfte wahrscheinlich die Identitätsfindung z. B. durch das zeitige Angebot konkreter und als sinnvoll empfundener Betätigungsmöglichkeiten, durch vermehrte Gelegenheit zur frühen Übernahme partieller Verantwortung, durch engere Kontakte von Schule, Lehre oder Studium zur Erwachsenenrealität, durch verbesserte Berufsberatung, etwa auch durch Förderung des Aktivsports und anderer Freizeitbetätigungen von der Gesellschaft her erheblich erleichtert werden. Wie sich indessen derartige Maßnahmen auf die spätere Inzidenz psychischer Störungen auswirken, ist u. W. auch hier noch nirgends gültig untersucht worden.

Zusammengefaßt ergibt sich, daß bei Kindern und Jugendlichen die folgenden Präventivmaßnahmen besonders wichtig sind:

— Sicherung einer gesunden körperlichen Entwicklung durch adäquate medizinische Betreuung und Versorgung im Wachstumsalter, Infektionsbekämpfung (systematische Impfungen, Hygiene, gesundheitspolitische Maßnahmen zum Schutz vor Epidemien usw.), Unfallbekämpfung (u. a. Verkehrserziehung), Umweltschutz, Förderung einer gesunden sportlichen Betätigung

— Familienschutz im weitesten Sinne, namentlich in gefährdeten Bevölkerungsgruppen (untere Sozialschichten, Minderheiten- und Randgruppen, Immigranten, Flüchtlinge, Entwurzelte) und bei Krisensituationen (vorübergehende oder dauernde Desintegration der Familie z. B. durch Krank-

*) Das Sonderproblem der Drogenprophylaxe wird in diesem Gutachten nicht behandelt, da sich bereits eine andere Arbeitsgruppe damit beschäftigt.

heit, Tod, Scheidung der Eltern, Naturkatastrophen, wirtschaftlichen Notlagen, übermäßige berufliche Belastung beider Eltern).

— Ermöglichung der Anwesenheit der Mutter in der Familie in den ersten Entwicklungsjahren, Förderung von individualisiert geführten Kindergärten, Kinderhorten usw.

— Förderung der Betreuung von besonders gefährdeten Kindern (Waisen, Heim- und Verdingkinder, Scheidungskinder, Kinder aus Alkoholikerfamilien, verwahrloste, „soziopathische" und delinquente Kinder, Kinder mit Hör-, Seh- oder Sprachdefekten, Illegitime, Adoptivkinder).

— Psychische Betreuung von Kindern in Spitälern und Heimen, namentlich bei langem Aufenthalt, bei Operationen usw. Extensives Besuchsrecht der Eltern, personifizierte Pflege, psychische Vorbereitung auf belastende Eingriffe und Untersuchungen,

— Ausbau von kinder- und schulpsychiatrischen Beratungsstellen; Sonderbetreuung von Kindern mit Schulschwierigkeiten; Förderung der Kontakte zwischen Schule und Elternhaus,

— Förderung der Eingliederung Jugendlicher in die Erwachsenenwelt durch zeitige Klärung von Berufszielen (Berufsberatung, Information), Intensivierung von direkten Kontakten während der Ausbildungszeit, frühes Angebot von als sinnvoll empfundenen Betätigungsmöglichkeiten, frühere Übernahme von partieller Verantwortung.

3 Primärprävention psychischer Störungen im Erwachsenenalter

Da, wie wir gesehen haben, viele psychische Störungen des Erwachsenen auf die Kindheit zurückgehen — dies ist hauptsächlich bei Oligophrenie, Epilepsie, bei soziopathischen Verhaltensstörungen, bei den Folgezuständen kindlicher Psychosen, trotz der *Robin*schen Befunde sehr wahrscheinlich bei Neurosen, möglicherweise z. T. auch bei Depressionen und Schizophrenien der Fall — ist ein großer Teil der für das Erwachsenenalter wichtigen Präventivmaßnahmen bereits in den vorangehenden Abschnitten besprochen worden. Jedoch gibt es zweifellos auch im Erwachsenenalter noch viele verhütbare Faktoren, die die Auswirkungen ungünstiger Kindheitseinflüsse verstärken oder auch ohne solche den Ausbruch psychischer Störungen begünstigen können. Wiederum sind hier zunächst *physisch-somatische Einwirkungen*, insbesondere Hirnschädigungen durch Kopftraumen, Encephalitiden und Meningitiden, Tumoren, Intoxikationen (z. B. Berufsvergiftungen durch Schwermetalle, CO, organische Gifte usw.), daneben invalidisierende, schwere Erkrankungen und Unfälle zu nennen. Hirnschädigungen im Erwachsenenalter führen zu vorübergehender oder dauernder Invalidität durch Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen (organisches Psychosyndrom), vielfach auch zu epileptischen Störungen; erkrankungs- oder unfallbedingte körperliche Schäden können darüber hinaus sekundäre psychische Störungen in Form von reaktiven Depressionen, neurotischen Entwicklungen, sozialen Verhaltensstörungen, „Rentenneurosen" usw. nach sich ziehen. Unfallbekämpfung jeder Art (Verkehr, Beruf, Sport usw.), arbeitsmedizinische und -hygienische Bestimmungen, Umweltschutz, Ernährung, allgemein medizinische Versorgung der Bevölkerung sind deshalb einmal mehr nicht nur für die Primärprävention auf körperlichem, sondern auch auf psychischem Gebiet von großer Bedeutung.

Daneben spielen zweifellos wiederum *psycho-soziale, sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Gegebenheiten* eine wichtige Rolle bei der Entstehung vieler psychischer Störungen. Die Diskussion um die Bedeutung sozialer Faktoren ist vor allem durch die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen in den USA (45, 63, 77, 119) und neuerdings u. a. auch in Deutschland (54) angefacht worden, die zeigten, daß manche psychische Erkrankungen des Erwachsenenalters in den untersten Sozialschichten gehäuft vorkommen. Dies ist insbesondere der Fall bei Schizophrenie, Alkoholismus, soziopathischen Verhaltensstörungen. Ob es sich dabei um eine direkte Folge der schlechten sozialen Verhältnisse oder aber um ein bloßes Migrationsphänomen (Sozialer Abstieg, respektive mangelnder sozialer Aufstieg von psychisch gestörten Individuen) handelt, ist bis heute allerdings noch stark umstritten (siehe u. a. 141). Die widersprüchlichen Ergebnisse diesbezüglicher Untersuchungen erklären sich mit großer Wahrscheinlichkeit aus dem Umstand, daß in Wirklichkeit komplexe zirkuläre Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und Sozialfaktoren vorliegen. Psychische Primärprävention durch Verbesserung der sozialen Verhältnisse müßte deshalb einen gewissen, aber beschränkten Erfolg haben.

Ob dem tatsächlich so ist, konnte bislang u. W. nicht zureichend erforscht werden. Auch Vergleichsuntersuchungen größeren Ausmaßes über die Inzidenz psychischer Störungen in Staaten mit verschiedenen Gesellschaftssystemen, die technisch und methodologisch sehr schwer durchführbar sind, liegen bisher erst in Ansätzen vor. Daneben gibt es einige wenige Arbeiten, die über eine Senkung der Prävalenz psychischer Störungen durch systematische Gemeinschaftsorganisation und -entwicklung (Ausbau und bessere Koordination eines Netzwerkes von soziopsychiatrischen Diensten, Information, Beratung, Sozialhilfe, Gruppenbildung, Schaffung von Kontakten mit der Bevölkerung usw.) berichten (79, 108), aber von einer wesentlichen Veränderung der sozioökonomischen Gesamtsituation kann natürlich hier noch lange nicht die Rede sein. Die Tatsache, daß eng limitierte Präventivprogramme in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen bisher eher enttäuschende Resultate zeigten, spricht deshalb noch keineswegs gegen den ungünstigen Einfluß schlechter Sozialverhältnisse auf die psychische Gesundheit der Betroffenen. Jedenfalls lehrt die psychiatrische Alltagserfahrung eindeutig, daß die Belastung durch drückende finanzielle Probleme, Arbeitsschwierigkeiten, mangelnde Berufsaussichten, schlechte Wohnverhältnisse und andere ungünstige Milieueinflüsse, wie sie in Elends-

schichten an der Tagesordnung sind, zumindest bei der Auslösung von reaktiven und neurotischen Fehlentwicklungen, Depressionen, Alkoholismus, Delinquenz vielfach eine sehr direkte Rolle spielen. Ein guter Indikator für schlechte Sozialverhältnisse kann z. B. der zur Verfügung stehende Wohnraum sein. Nach *Strotzka* (133) muß heute aufgrund mehrerer Untersuchungen eine Wohnfläche von weniger als 15 m² pro Person als wahrscheinlich und von weniger als 8 m² als sicher psychisch pathogen betrachtet werden. Aber auch hier stellt sich immer die Frage nach Ursache und Wirkung. Es ist nachgewiesen worden (u. a. 58), daß es sich bei solchen Zusammenhängen häufig um sogenannte „selbsterhaltende Systeme" handelt, indem — wie bereits angedeutet — psychosoziale Adaptationsstörungen und schlechte Sozialverhältnisse sich gegenseitig begünstigen.

Angesichts der enormen Schwierigkeiten, die Stabilität solcher pathogener Systeme im gewöhnlichen Alltag zu durchbrechen, ist auch im Erwachsenenalter das Konzept der *Krisenintervention* für präventive Maßnahmen von großer Bedeutung. In Krisensituationen auf Individual-, Familien- oder Gemeinschaftsebene (Stellenverlust, Umzug, schwere Erkrankungen, Operationen, Tod von Angehörigen, Ehe- und Berufskrisen, Emigration, soziale und wirtschaftliche Ausnahmesituationen, Naturkatastrophen usw.) ist — wie früher dargelegt — die Dringlichkeit ebenso wie die Möglichkeit von kurzdauernden, aber lange wirksamen präventiven Eingriffen ganz besonders groß. Über organisatorische und personelle Voraussetzungen zu solchen Kriseninterventionen ist bereits berichtet worden. Die praktische Anwendung des Konzepts ist wie erwähnt gegenwärtig besonders in den USA in voller Entfaltung begriffen; die bisherigen Erfahrungen (siehe u. a. 31, 53, 70) scheinen ermutigend. Jedoch besteht auch hier, wie praktisch im gesamten Feld psychiatrischer Primärprävention, ein großes Bedürfnis nach weiteren genauen Untersuchungen über die Wirksamkeit derartiger Maßnahmen.

In diesem Zusammenhang ist ferner das Problem der *Selbstmordverhütung* zu erwähnen, das im Gegensatz zu anderen Präventionsproblemen die Psychiater seit langem intensiv beschäftigt hat. In einer sehr instruktiven Publikation der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1969 sind bisherige Kenntnisse, statistische Unterlagen und praktische Präventivprogramme aus vielen Ländern zusammenfassend dargestellt (100). Die erste Voraussetzung für prophylaktische Maßnahmen ist die Identifikation der potentiellen Selbstmörder. Große Anstrengungen wurden unternommen, um durch statistische, epidemiologische und kasuistische Studien abzuklären, welches die hauptsächlichsten Risikofaktoren sind. Es zeigte sich u. a., daß bestimmte Altersgruppen (Adoleszenz, Klimakterium und vor allem auch höheres Alter), bestimmte Lebensumstände (Vereinsamung, Entwurzelung, bei Frauen vor allem Liebeskummer und Eheprobleme, bei Männern berufliche und finanzielle Schwierigkeiten), bestimmte Persönlichkeits- und Krankheitsfaktoren (Depressionen, Alkoholismus, Sucht, Psychopathie u. a.) und bestimmte soziale und soziokulturelle Gegebenheiten (familiäre Zerrüttung, soziale Desintegration, rascher sozialer Wandel, wirtschaftliche Krisen) mit erhöhter Selbstmordneigung im Zusammenhang stehen (100, 110, 131). Allerdings ist die Interpretation solcher statistischer Befunde aus methodologischen Gründen oft problematisch. In Wirklichkeit bestimmen sicher nicht Einzelfaktoren, sondern die jeweilige spezifische Kombination einer Vielheit von ihnen das tatsächliche Suizidrisiko. Die bekannte Tatsache, daß die Suizidhäufigkeit in Ländern mit hohem sozialen Standard (z. B. Schweden, Schweiz) besonders hoch ist, oder daß in Deutschland die Suizidziffern parallel zum wirtschaftlichen Aufschwung anstiegen (5), kann deshalb nicht einfach auf eine direkte Beziehung zwischen Wohlstand und Suizidgefahr reduziert werden, sondern müßte in viele Einzelkomponenten (z. B. Familienstruktur, Berufssituation, soziokulturelle Einflüsse, Wertsysteme usw.) zerlegt werden. *Pöldinger* (110) hat versucht, zur Abschätzung der Suizidgefahr im Einzelfall eine praktische Risikotabelle aufzustellen, die der Kombination vieler Einzelfaktoren aufgrund von korrelationsstatistischen Berechnungen gebührend Rechnung trägt. Als hilfreich zur Identifikation von potentiellen Selbstmördern haben sich auch psychologische Tests, vor allem der Rorschachtest und der „MMPI" erwiesen (81). Mehrere Untersuchungen zeigten, daß mehr als die Hälfte der Selbstmörder weniger als drei Monate vor dem Suizid einen Arzt, und zwar in etwa einem Viertel der Fälle einen Psychiater konsultiert hatten. Viele hatten dazu schon früher Selbstmordversuche verübt, was bekanntlich ein stark erhöhtes Risiko bedeutet. Ein Großteil der Suizidalen gaben zudem ihre Absichten vorher durch Worte oder durch ihr Verhalten kund. Trotzdem wurde häufig die Suizidgefahr verkannt und nichts zu ihrer Abwendung getan (100).

Unter den Risikofaktoren spielen bekanntlich psychische Erkrankungen, insbesondere Depression und Alkoholismus, eine wichtige Rolle. In eigenen katamnestischen Langzeituntersuchungen konnte z. B. gezeigt werden, daß seinerzeit wegen depressiven Störungen hospitalisierte Patienten im weiteren Verlauf in 7,9 % und frühere Alkoholiker in 6,8 % der Fälle ihrem Leben durch Selbstmord ein Ende setzten (24, 25); in geringerem Maße war das Suizidrisiko im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung auch in allen anderen diagnostischen Untergruppen erhöht (1). — Die Selbstmordverhütung fällt deshalb teilweise mit der Prävention und Behandlung psychischer Störungen im allgemeinen zusammen. Die (sekundäre) Depressionsprophylaxe durch Lithiumsalze z. B. (siehe unten) ist gleichzeitig eine wichtige primärpräventive Maßnahme zur Suizidverhütung.

Des weiteren haben soziale Maßnahmen zugunsten von Risikogruppen (Besuchsdienste für Vereinsamte, Hilfe für wirtschaftlich Bedrängte usw.) prophylaktische Bedeutung. Darüber hinaus sind aber vielerorts auch spezifischere Maßnahmen eingeführt worden. Am verbreitetsten ist der Telefonnotrufdienst, durch welchen akut Gefährdete jederzeit und sofort Gehör, Beratung und Beistand finden können. Besonders in den USA, wo seit 1966 ein

nationales Institut zum Studium der Selbstmordprophylaxe existiert, sind neuerdings auch eigentliche „Suizidverhütungszentren" geschaffen worden, die im Prinzip gleich wie die bereits beschriebenen Kriseninterventionszentren arbeiten und unter Umständen auch mit diesen vereinigt werden können (62). Über ein gutes Beispiel wird aus Los Angeles berichtet, wo Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Kirchenleute, etc. unter Einsatz aller Mittel der Gemeinschaft Gefährdeten, die ihnen von ärztlichen oder anderen Diensten zugewiesen werden oder auf eigene Initiative in Konsultation kommen, ohne Verzug Hilfe bieten (125). Derartige Zentren entstehen zunehmend auch in Europa (115). In der UdSSR, der Tschechoslowakei und anderen Ländern mit staatlicher Medizin ist die Suizidprophylaxe in ähnlicher Weise in den Aufgabenkreis des Netzes von ambulanten psychiatrischen Dispensarien eingebaut.

Problematisch ist allerdings immer noch die Frage der Wirksamkeit all dieser prophylaktischen Bemühungen. *Kreitmann* (74) hat kürzlich entsprechende Untersuchungen kritisch gesichtet. Angesichts der kleinen Zahl von zuverlässigen Arbeiten und den großen methodologischen Schwierigkeiten einer sicheren Erfassung der relevanten Variablen kommt der Autor zum Schluß, daß zwar viele impressionistische und kasuistische Anhaltspunkte, aber bisher noch keine wirklich gesicherte Evidenz für erhebliche präventive Effekte der bestehenden suizidprophylaktischen Dienste vorliege. Möglicherweise werden dadurch gar nicht die wirklichen Selbstmordkandidaten, sondern vielmehr Personen mit andersartigen Schwierigkeiten erfaßt (82).

Genau wie die Selbstmordprävention stellt die *Verhütung des Alkoholismus* ein äußerst komplexes Sonderproblem dar, das angesichts der multiplen Einfluß- und Risikofaktoren personeller, familiärer, beruflicher, sozioökonomischer und soziokultureller Art auf vielen Ebenen gleichzeitig, und nur unter Überwindung großer Schwierigkeiten wirksam angegangen werden kann (s. u. a. 22 a). Ausgesprochene Risikogruppen sind vor allem Männer aus unteren Sozialschichten, zerrütteten Kindheits- und Familienverhältnissen, gewissen Berufsgruppen (u. a. Gastgewerbe, Vertreter, Bauarbeiter), Soziopathen, Neurotiker. Bekannt ist aber, daß der Alkoholismus auch bei Frauen und in den höheren Gesellschaftsschichten beträchtlich zunimmt. Prophylaktische Maßnahmen müssen deshalb bereits in der Kindheit einsetzen; Zielgruppe sind dort, wie auch im Erwachsenenalter, in erster Linie gefährdete Familien, deren Identifikation eine wichtige Aufgabe sozialpsychiatrischer Gemeindedienste ist. Spezifischere primärpräventive Programme sind daneben u. W. bisher nicht bekannt. Immerhin können im Prinzip Sanierungsmaßnahmen aller Art, Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren des Alkohols, Abstinenzvereine u. s. f. zur Prävention der Trunksucht beitragen. Jedoch ist auch hier die Wirksamkeit derartiger Bestrebungen kaum durch zuverlässige Untersuchungen gesichert; bisher konzentrierten sich Praxis und Forschung der Alkoholbekämpfung weit mehr auf sekundärpräventive und kurative Maßnahmen als auf die eigentliche Primärverhütung.

Im übrigen ist über die Ursachen und Entstehungsbedingungen mancher anderer psychischer Störungen des Erwachsenenalters, namentlich der so wichtigen *endogenen, manisch-depressiven und schizophrenen Psychosen,* heute noch zu wenig Sicheres bekannt, als daß über das bereits Gesagte hinaus gezieltere präventive Programme möglich scheinen. Die seit einigen Jahren auf breiter Basis mit Erfolg eingeführte Lithiumprophylaxe der manisch-depressiven Psychose stellt, da sie erst nach Ausbruch der Krankheit in Frage kommt, eine typisch sekundär präventive Maßnahme dar, die im Rahmen dieses Gutachtens nicht besprochen werden soll.

Zusammengefaßt sind also im Erwachsenenalter die folgenden Präventivmaßnahmen besonders bedeutsam:

- — Erhaltung der körperlichen Gesundheit durch adäquate medizinische Betreuung, insbesondere Schutz vor Hirnschäden durch Unfälle, Vergiftungen und Infektionen. Förderung aller entsprechenden Maßnahmen und Gesetze (Gesundheitspolitik, Versicherungswesen, Arbeitsmedizin, Bekämpfung von Verkehrsunfällen. usw.).
- — Familienschutz im weitesten Sinne, insbesondere in gefährdeten Bevölkerungsgruppen (untere Sozialschichten, Minderheiten- und Randgruppen, Immigranten, Flüchtlinge, Entwurzelte) und bei Krisensituationen (z. B. Arbeitslosigkeit, Umzug, schwere Erkrankungen, Tod von Angehörigen, Ehe- und Berufskrisen, wirtschaftliche Notlagen, Naturkatastrophen usw.).
- — Beseitigung von Krisenherden durch Förderung aller Maßnahmen zur Verbesserung der sozioökonomischen Lage, der Wohnverhältnisse, der Arbeitsmöglichkeiten, der psychischen und körperlichen Hygiene in Elendsquartieren.
- — Schaffung eines Netzes von ambulanten, gemeindenahen sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und Kriseninterventionszentren;
- — Ausbau der Erfassung und Betreuung von Selbstmordgefährdeten, entweder im Rahmen der erwähnten Kriseninterventionszentren oder in Form eigener suizidprophylaktischer Dienste.
- — Förderung von Maßnahmen zur Verhütung des Alkoholismus, insbesondere in gefährdeten Berufs- und Bevölkerungsgruppen (Familienschutz, Aufklärung, Unterstützung von Abstinenzvereinen usw.)

4 Primärprävention psychischer Störungen im höheren Alter

Primärprävention psychischer Störungen in jedem Alter, und insbesondere in der Kindheit, stellt immer auch Primärprävention für alle nachfolgenden Lebensabschnitte dar. In diesem Sinne sind praktisch alle in den vorangegangenen Abschnitten be-

sprochenen Verhütungsmaßnahmen auch noch für das höhere Alter von Bedeutung.

Wie entscheidend z. B. die in Kindheit und Jugend geformte sogenannte „prämorbide Persönlichkeit" das psychische Gleichgewicht noch bis ins Senium hinein bestimmt, zeigte sich u. a. in eigenen katamnestischen Untersuchungen, in welchen eine große Zahl von ehemaligen Patienten, die vor mehreren Jahrzehnten in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden waren, nach dem 65. Lebensjahr nachuntersucht wurden (26, 27). Je harmonischer und sozial angepaßter die Persönlichkeit schon lange vor Krankheitsausbruch gewesen war, um so besser war die psychische Gesundheit in der Regel auch noch im Greisenalter.

Jedoch sind als Ergebnis der modernen gerontopsychiatrischen Forschung daneben auch noch eine ganze Reihe von Einflußfaktoren im höheren Alter selbst bekannt geworden, die die psychische Gesundheit wesentlich mitbestimmen und deshalb prophylaktisch von Bedeutung sind. In erster Linie ist hier der *körperliche Gesundheitszustand* zu nennen, der nach den Befunden vieler Untersucher ganz besonders eng mit dem psychischen Zustand im Alter korreliert. Namentlich depressive, aber auch intellektuelle Altersstörungen gehen sehr oft mit somatischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen einher (23, 25, 69). Obwohl hier sicher zirkuläre Wechselbeziehungen vorliegen, kann doch kein Zweifel bestehen, daß schlechte körperliche Gesundheit sehr häufig psychische Altersstörungen begünstigt, auslöst oder direkt verursacht. Besonders bedeutsam ist u. a. eine adäquate Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, auch eine möglichste Sanierung der Herz- und Kreislauffunktionen, da Störungen auf diesem Gebiet (z. B. bei Verwahrlosten) bekanntlich überaus häufig für akute, besonders nächtliche Verwirrtheits- und Aufregungszustände Betagter verantwortlich sind. Damit aber werden neben einer adäquaten körpermedizinischen Betreuung auch alle prophylaktischen Maßnahmen auf *physisch-somatischem Gebiet,* die schon in den vorangehenden Kapiteln erwähnt wurden, für die psychische Primärprävention im Alter relevant.

Fast ebenso wichtig erwiesen sich in vielen Untersuchungen *psychosoziale und soziokulturelle Faktoren,* die von der Familiensituation, der ökonomischen Lage, den Wohnverhältnissen, den Beschäftigungsmöglichkeiten, der „Freizeitgestaltung" bis zum Rentenwesen, zu den Pensionierungsgesetzen, der Wertschätzung und dem sozialen Status alter Menschen in der Gesellschaft reichen. Fast in jeder genannten Hinsicht ist die Situation vieler Betagter heutzutage prekär; wie schon ihre besonders hohe Suizidrate zeigt, stellen sie deshalb insgesamt eine ausgesprochene Risikogruppe für psychische Störungen dar (mit psychischen Störungen leichteren oder schweren Grades muß nach verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen bei rd. 25 % aller über 65Jährigen gerechnet werden; viele psychiatrische Spitäler sind heute bis zu 30, 40 und mehr % mit über 65Jährigen belegt; siehe 23). Besonders gefährdet sind Ledige, Alleinstehende, Verwitwete, überhaupt Vereinsamte aller Art, daneben wie gesagt körperlich Kranke und Gebrechliche, alte Menschen in anonymen Großstädten, in schlechten finanziellen Verhältnissen, in inadäquaten Wohnungen (viele Treppen, fehlende Aufzüge!). Zusätzlich erhöht ist das Risiko in Krisensituationen, wie sie namentlich durch den Tod des Ehepartners, durch Umzug, Versetzung in ein Heim, akute Erkrankung, Hospitalisierung, Operationen, Unfälle, in gewissem — aber nach neueren Untersuchungen doch oft überschätztem Maße (85) — auch schon bei der Pensionierung oder bei anderweitig notwendigem Aufgeben von gewohnten Beschäftigungen und sozialen Rollen entstehen.

Die Prävention in diesem Feld umfaßt also einerseits vor allem die ökonomische Sicherung der Betagten durch entsprechende Altersvorsorge (Altersversicherung usw.), andererseits den Ausbau ambulanter und gemeindenaher geronto-psychiatrischer Dienste, die die genannten Risikogruppen identifizieren und in Krisensituationen helfend eingreifen können. Vielfach gefordert wird auch eine Änderung der Pensionierungsgesetze, die eine schrittweise statt plötzliche und totale Lösung aus dem Arbeitsprozeß erlauben sollten (40, 122). In Holland und anderswo sind sogar gelungene Versuche gemacht worden, pensionierte Arbeiter auf freiwilliger Basis in eigenen Werkstätten und Fabriken weiter zu beschäftigen. Darüber hinaus ist eine starke Förderung sozialer Aktivitäten durch Klubs, Veranstaltungen, eigene Zeitungen usw. für das Alter angezeigt. Um der Vereinsamung entgegenzuwirken, sollten ferner Altersheime, Alterswohnungen und dergleichen nicht mehr an schönen, aber völlig abgelegenen Orten auf dem Lande, sondern vielmehr inmitten der Gemeinschaft und der gewohnten Quartiere errichtet werden (7, 102). Kontakte mit der Außenwelt sowohl wie vermehrte Stimulation in den Heimen selbst sind durch Einführung von Beschäftigungsmöglichkeiten und sozialen Aktivitäten aller Art zu fördern, was natürlich auch eine entsprechende Schulung und Vermehrung des Personals solcher Institutionen bedingt.

Für die Primärprävention sehr bedeutsam ist schließlich die nunmehr gut belegte Tatsache, daß Gedächtnis, Lernfähigkeit und andere intellektuelle Funktionen im Alter keineswegs obligat zurückgehen müssen. Biologisch fundiert ist wahrscheinlich bloß eine gewisse Tendenz zur Verlangsamung vieler intellektueller Reaktionen. Eigentliche Demenzen aufgrund von krankhaften hirnorganischen Abbauprozessen (senile Demenz oder cerebrale Arteriosklerose) betreffen nach verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen nur etwa 5 %, weniger gravierende intellektuelle Störungen nach weitere 10 bis 15 % aller über 65Jährigen (siehe 23). Es steht heute fest, daß zwar nicht höhere Intelligenz an sich, aber doch ein größerer Reichtum an Kenntnissen und Interessen wie vor allem auch die fortwährende Stimulation und Übung derselben sehr viel zum Erhaltenbleiben der geistigen Fähigkeiten beiträgt. Damit aber hat schon die Schulbildung, noch mehr indessen deren Vertiefung im Erwachsenenalter, die Pflege von Interessen und Steckenpferden, ihre Förderung durch Erwachsenenschulen, Fortbildungskurse und dergleichen — besonders

auch für mehr manuelle Berufsgruppen — erhebliche prophylaktische Bedeutung. Wichtig ist dabei, daß all dies nicht erst im Pensionierungsalter, sondern schon lange vorher angelegt und vorbereitet werden sollte (34. 67, 101).

In bezug auf die Organisation der Prävention im Alter hat sich vielerorts, so z. B. auch in unseren eigenen Diensten in Lausanne gezeigt, daß ambulante geronto-psychiatrische Beratungszentren, die organisch in ein Netz von stationären und halbstationären Institutionen mit gleichzeitig kurativen Funktionen eingegliedert sind, die meisten der vorstehend aufgezeigten Aufgaben im spezifisch soziopsychiatrischen Bereich besonders gut wahrzunehmen vermögen. Insbesondere darf von ihrer beratenden, koordinativen und teilweise kurativen Tätigkeit in Altersheimen, Wohnheimen, Allgemeinspitälern, aber auch in der offenen Gemeinschaft eine erhebliche Verminderung der stationären Aufnahmen Betagter, die allerorten bereits zu einer katastrophalen Überfüllung der Spitäler mit Alterskranken geführt haben, erwartet werden (140, 143).

Aus dem Gesagten geht zusammengefaßt hervor, daß im höheren Alter die folgenden konkreten Präventivmaßnahmen in erster Linie in Frage kommen:

- Möglichst adäquate körpermedizinische Versorgung; Förderung einer entsprechenden Organisation des Gesundheits- und Versicherungswesens.
- Förderung der Erfassung und Betreuung von psychisch Gefährdeten und Suizidalen durch Schaffung eines Netzes von gemeindenahen ambulanten geronto-psychiatrischen Beratungsstellen bzw. Kriseninterventionszentren,
- Einführung elastischer Pensionierungsgesetze; Förderung von Teilzeitarbeit, Freizeitbeschäftigungen, Veranstaltungen und soziale Aktivitäten für Betagte. Förderung der Erwachsenenschulung.
- Förderung von Stimulation, sozialen Kontakten und Aktivitäten in Alterswohnheimen, Altersheimen, Alterswohnungen und dergleichen, insbesondere durch Einführung von Beschäftigungsmöglichkeiten, durch Vermehrung und bessere Schulung des Personals, durch Lokalisation solcher Institutionen inmitten der Gemeinschaft.

D. Zusammenfassende Schlußfolgerungen und Empfehlungen

1 Allgemeine Schlußfolgerungen

a) Verschiebung des Blickpunktes vom kranken Individuum auf die Gemeinschaft

Das Problem der Primärprävention psychischer Störungen anzupacken bedingt — dies geht als erste wichtige Schlußfolgerung aus der vorstehenden Darstellung der allgemeinen und spezifischen Problematik dieses Sachgebietes hervor — in zweierlei Hinsicht eine dramatische Umstellung und Ausweitung traditionellen medizinisch-psychiatrischen Denkens: Zum einen muß sich der Blick von der relativ kleinen Minderheit der Kranken auf die viel größere Zahl der Gesunden und möglicherweise Gefährdeten weiten, und zum andern verschiebt sich das Arbeitsfeld der Primärprävention vom Einzelindividuum, das üblicherweise im Mittelpunkt aller medizinischen und psychiatrischen Bemühungen steht, weitgehend auf ganze Gruppen und Bevölkerungsteile, ja auf die Gemeinschaft als Ganze.

b) Vielfältigkeit der psychiatrischen Primärprävention; Schwerpunkte

Eine mit dieser Ausweitung zusammenhängende zweite allgemeine Folgerung aus unserer Übersicht ist, daß das Feld der Primärprävention psychischer Störungen als überaus komplex erscheint und jedenfalls weit über den angestammten Arbeitsbereich des Psychiaters hinausgeht. Dabei lassen sich allerdings sehr deutlich vier Schwerpunkte erkennen:

Der erste Schwerpunkt liegt im Bereich der *Körpermedizin* und überhaupt der körperlich-physischen Einflüsse. Durch alle Lebensphasen hindurch, insbesondere aber während Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit, und dann wieder im höheren Alter, hat sich die Sicherung der körperlichen Integrität als erste und wichtigste Voraussetzung zur Entwicklung und Erhaltung einer optimalen psychischen Gesundheit erwiesen. Damit aber muß bereits ein sehr wesentlicher Sektor psychiatrischer Primärprävention in den Aufgabenbereich der somatischen Medizin und darüber hinaus der ganzen Gemeinschaft (Umweltschutz, Unfallbekämpfung, usw.) verwiesen werden.

Der zweite Schwerpunkt liegt eindeutig bei der *Familie,* die ebenfalls praktisch durch alle Lebensabschnitte hindurch als entscheidender Ausgangs- und Angriffspunkt primärpräventiver Bemühungen erschienen ist. — Die Vielfalt der aufgezeigten Einflußfaktoren macht deutlich, daß auch die Familienprophylaxe nicht alleinige Sache der Psychiatrie sein kann, sondern von der Mitwirkung vieler anderer Instanzen, vom Hausarzt bis zur Gesamtgesellschaft abhängt. Allerdigs fällt doch ein wesentlicher Anteil diesbezüglicher Maßnahmen in den Arbeitsbereich einer erweiterten Sozialpsychiatrie, was, wie wir weiter unten sehen werden, auch organisatorisch zu berücksichtigen sein wird.

Ein dritter Schwerpunkt ist beim Konzept der *Krisenintervention* zu setzen, welche durch die ganze voranstehende Übersicht hindurch immer wieder als besonders wichtig aufgetaucht ist. Auch sie gehört spezifisch in den Aufgabenbereich der Sozialpsychiatrie. In mehreren Ländern gegenwärtig in voller Entfaltung begriffen, erlaubt dieses Konzept, primärpräventive Maßnahmen besonders rationell, d. h. gezielt, zeitlich begrenzt und mit erheblicher Langzeiterfolgschance bei akut Gefährdeten einzusetzen. Gleichzeitig führt es zu gut definierbaren und bereits praktisch erprobten Organisationsformen präventiver Vorkehrungen, was bei der fast

uferlosen Weite der ganzen Präventionsproblematik einen wesentlichen Vorteil darstellt.

Ein vierter Schwerpunkt schließlich wird durch die *Gesellschaft als Ganzes* gebildet, deren Struktur und Einflußnahme in der Primärprävention nicht nur wie oben erwähnt bei der Gestaltung der physischen Umwelt und der Familie von Bedeutung ist, sondern die auch die so wichtigen Schul- und Ausbildungsverhältnisse, die sozioökonomische Situation, die Sozialgesetzgebung (z. B. für schwangere und stillende Mütter, für die Pensionierung, für die Altersversicherung, usw.) und darüber hinaus das ganze Gesundheitswesen entscheidend bestimmt. Obwohl — wie wir gezeigt haben — über die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Faktoren, psychischen Störungen und Möglichkeiten der Primärprävention noch vieles im Unklaren liegt, besteht doch kein Zwiefel, daß manche konkrete Verhütungsmaßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene möglich und nötig sind. Wir werden weiter unten im Einzelnen auf sie eingehen.

c) Spezifität primärpräventiver Probleme in den verschiedenen Lebensabschnitten — Vorrang der frühesten Lebensphasen

Die genannten vier Schwerpunkte gelten für die Prophylaxe psychischer Störungen in jedem Alter. Auch sonst haben gemäß unserer Übersicht die primärpräventiven Maßnahmen der verschiedenen Altersstufen manches Gemeinsame. Aber auf der anderen Seite kristallisierte sich — als dritte allgemeine Schlußfolgerung — im Aufgabenbereich der Psychiatrie doch so deutlich eine spezifische Problematik der drei Lebensabschnitte Kindheit — Erwachsenenalter — Senium heraus, daß entsprechend der Aufteilung in Kinder-, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie eine solche organisatorische Dreiteilung auch für die Primärprävention mindestens teilweise als gegeben erscheint.

Der Prävention in den frühesten Lebensphasen — Schwangerschaft, Geburt und Kindheit — kommt dabei aus vielen Gründen eine eindeutige Vorrangstellung zu. Nicht nur sind naturgemäß günstige wie ungünstige Einflüsse um so prägender, je früher sie einwirken — wir wissen ja, daß gerade die schwersten psychischen Störungen oft schon in früher Kindheit beginnen —, sondern die privilegierte Position der Kindheit hängt auch damit zusammen, daß Prävention in einer frühen Lebensphase immer auch Prävention für alle nachfolgenden Lebensabschnitte bedeutet. Dies wird z. B. durch die nachgewiesene Bedeutung der in der Kindheit geformten Persönlichkeitsstruktur für die psychische Gesundheit bis ins hohe Alter eindrücklich belegt.

d) Heutiger Stand des Wissens und Möglichkeiten der Primärprävention — Notwendigkeit vermehrter Forschung

Eine vierte allgemeine Schlußfolgerung ergibt sich aus der Erkenntnis, daß trotz immer noch beträchtlicher Lücken heute so viel über Ursachen (oder doch Mitursachen) mancher psychischer Störungen bekannt ist, daß präventive Maßnahmen in vielen Bereichen möglich und teilweise auch praktisch verwirklicht sind. Dagegen fehlen zuverlässige Untersuchungen über den Langzeiterfolg solcher Maßnahmen noch sehr weitgehend. Dies hängt einerseits mit der relativen Neuheit des Präventivgedankens in der Psychiatrie, und andererseits mit den außerordentlich großen methodologischen Schwierigkeiten der Effizienzkontrolle in diesem Bereich zusammen. Es wäre allerdings verfehlt, aus dieser Sachlage global abzuleiten, daß die ganze Präventivpsychiatrie wissenschaftlich noch auf zu unsicherem Boden steht, um praktische Anwendungen überhaupt zu erlauben. Aufgrund der bisherigen Kenntnisse dürfen und müssen praktische Versuche auch auf breiter Basis heute gemacht werden. Aber es besteht ein dringendes Bedürfnis, neben der Weiterführung der Ursachenforschung die wissenschaftliche Untersuchung der Wirksamkeit solcher Versuche stark zu fördern.

2 Praktische und organisatorische Konsequenzen

Was sich im Einzelnen für praktische Konsequenzen aus den heutigen Kenntnissen über die Möglichkeiten der Verhütung psychischer Störungen ergeben, ist jeweils am Ende unserer Ausführungen zu den präventiven Sonderproblemen in den verschiedenen Lebensphasen bereits zusammengefaßt worden. Diese Einzelheiten sollen hier nicht wiederholt werden; vielmehr geht es jetzt darum, aus den vorstehenden Schlußfolgerungen konkrete Vorschläge für die Organisation psychiatrischer Primärprävention im Ganzen abzuleiten.

Da der Aufgabenbereich der Präventivpsychiatrie von der Körpermedizin über die Sozialpsychiatrie bis zur Gesamtgesellschaft reicht, erscheint es als ausgeschlossen, ihre verschiedenen Anwendungsgebiete in einer einheitlichen Organisationsform zusammenzufassen.

Auch ohne eine solche hat die *Körpermedizin,* wie wir gesehen haben, die ihr zukommenden Aufgaben bereits in hohem Maße wahrgenommen. Hier kommt wohl nur ein Ausbau des Bestehenden in Betracht. Von Wichtigkeit ist vom Standpunkt der psychiatrischen Primärprävention vor allem eine Generalisierung und Systematisierung der medizinischen Betreuung der Schwangeren. Weitere präventive Fortschritte sind ferner von der ständigen Verbesserung der geburtshilflichen Technik, der Säuglingspflege, des Impfwesens, der Infektionsprophylaxe und -bekämpfung und darüber hinaus überhaupt von der allgemeinen Entwicklung der Medizin in jeder Altersstufe, vor allem aber in der Kindheit und im höheren Alter zu erwarten.

Im übrigen ist von Wichtigkeit, daß die psychiatrisch-präventive Betreuung von Risikogruppen unter psychischen Belastungssituationen im Bereich der Körpermedizin (hospitalisierte Kinder und Erwachsene, Verunfallte, Invaliden, Chronischkranke, Dialysepatienten, Operierte usw.) weiter ausgebaut wird. Diese Präventivbetreuung kann am besten von ambulanten und/oder den somatischen Krankenhäusern stationär angegliederten psychiatrischen Konsultationsdiensten gewährleistet werden.

Ambulante sozialpsychiatrische Zentren, die im Sinne von Polikliniken oder Dispensarien gleichzeitig auch kurative Funktionen haben, sind nach den bisherigen Erfahrungen die wichtigsten Träger für diejenigen Präventivaufgaben, die wir vorhin als Hauptbereich der *Sozialpsychiatrie* bezeichnet haben. Es handelt sich namentlich um die Identifikation und Betreuung von Risikogruppen inklusive der Selbstmordprophylaxe, die Krisenintervention und die Familienprophylaxe. Solche Zentren können — wie im Kapitel über Organisationsformen psychiatrischer Primärprävention dargestellt — entsprechend den amerikanischen „Community Mental Health Centers" gemeindenahe organisiert sein und über Verbindungen zu lokalen Behörden, zu Sozialdiensten aller Art, zu Heimen, Krankenhäusern, Privatorganisationen, niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten usf. verfügen. Ein Team von Fachleuten verschiedener Berufsgruppen (Psychiater, Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenschwestern bzw. -pflegern) arbeitet dort, eventuell auch mit Hilfe von motivierten Laien, Seelsorgern und anderen Berufsleuten.

Wegen der Sonderprobleme in der Kindheit und im höheren Alter scheint es von Vorteil, daß solche Zentren für Kinder, Erwachsene und Betagte weitgehend getrennt organisiert werden. Präventivaufgaben in der Kindheit, zu welchen auch der schulphsychologische Dienst gehört, wären also Sache kinderpsychiatrischer Ambulatorien, während ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Betagte in Verbindung zu den lokalen Fürsorgediensten, privaten Organisationen, niedergelassenen Ärzten, usw. insbesondere die präventive Betreuung und die Krisenintervention in Spitälern, Heimen, Alterssiedlungen, aber auch in der offenen Gesellschaft zu übernehmen hätten. — Da dabei wie gesagt den prophylaktischen Bemühungen in der Kindheit eine ausgesprochene Vorrangstellung zukommt, erscheint vom Standpunkt der Primärprävention der systematische Ausbau kinder- und schulpsychiatrischer Dienste als besonders wichtig. Jedoch stellen sich auch im Erwachsenen- und im höheren Alter eine derartige Fülle von Aufgaben, daß für diese Altersstufen eine intensive Förderung von ambulant-sozialpsychiatrischen Vorbeugungs- und Behandlungszentren ebenfalls als vordringlich bezeichnet werden muß. So stellt z. B. die zunehmende Überfüllung der Spitäler mit psychisch Alterskranken ein derart akutes Problem dar, daß die Schaffung eines Netzes von abulanten geronto-psychiatrischen Beratungszentren kaum mehr länger aufgeschoben werden kann.

Damit gewinnen wir den Anschluß zu den großen Aufgaben, die der *Gesellschaft als Ganzer* im Bereich der psychiatrischen Primärprävention harren. Sie beschränken sich nicht auf die Bereitstellung der nötigen Mittel für die Organisation verschiedenartiger ambulanter Dienste, so wie wir sie eben skizziert haben. Darüber hinaus sind uns im Laufe des Berichts immer wieder mögliche präventive Ansätze begegnet, die tief ins ganze Sozialgefüge, in die sozioökonomischen Verhältnisse, in die Arbeits- und Sozialgesetzgebung hineinreichen. Vielfach sind die Zusammenhänge allerdings noch zu unklar, als daß konkrete Präventionsvorschläge heute schon formuliert werden könnten. Immerhin aber zeigten sich praktische Möglichkeiten vor allem auf den folgenden Gebieten:

— *Familienschutz:* In erster Linie sollten hier durch entsprechende Gestaltung der Arbeitsgesetze und des Versicherungswesen berufstätige Mütter von Kleinkindern in den ersten Jahren ganz- oder wenigstens halbtägig für die Familie freigemacht werden. Auch vermehrte Aufklärung von Bevölkerung, Wirtschaft und politischen Instanzen für die wichtige psychiatrisch-präventive Bedeutung einer solchen Maßnahme tut not.

— *Schule und Ausbildung:* Hier scheinen in erster Linie der Ausbau der schulpsychiatrischen Dienste und der Berufsberatung sowie die Schaffung vermehrter Kontaktmöglichkeiten zu den Eltern und überhaupt zu der Erwachsenenwelt aussichtsreich. Auch spezielle Betreuungsmöglichkeiten (z. B. Sonderkurse, Sonderschulung) für Kinder aus Minderheitengruppen (Immigranten, Flüchtlinge, ethnische Minderheiten, usw.) sollten aus prophylaktischen Gründen vermehrt eingeführt werden.

— *Arbeitsgesetze, Umweltschutz, Gesundheitswesen:* Förderung der Unfallbekämpfung, Ausbau des Schutzes vor Infektionen und Umweltschäden aller Art auf Bevölkerungsebene. Sicherung einer zureichenden medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen.

— *Sozialgesetzgebung:* Eine gewisse Sanierung von psychischen Krisenherden kann von allen sozialpolitischen Maßnahmen zugunsten der untersten Bevölkerungsschichten (insbesondere Bewohner von Elendsvierteln, Arbeitslose, Entwurzelte, usw.) erhofft werden.

— *Alters- und Pensionierungsfragen:* Besonders zu betonen ist hier neben der Wichtigkeit einer optimalen medizinischen Grundversorgung (Versicherungswesen!) die Wünschbarkeit der Einführung flexiblerer Pensionierungsgrenzen mit Möglichkeit zur Weiterführung von Teilzeitarbeit, ferner die Dringlichkeit einer besseren psychohygienischen Betreuung von Institutionen aller Art für Betagte (Lokalisierung in der Gemeinschaft, Intensivierung sozialer Kontakte, Einführung von Beschäftigungsmöglichkeiten unter entsprechender Vermehrung und Schulung des Personals). Auch die allgemeine Förderung der Erwachsenenbildung hat sich als wichtige präventive Maßnahme für das Alter erwiesen.

Angesichts der Tatsache, daß die meisten Präventivmaßnahmen auf Gesellschaftsebene insofern ein Politikum darstellen, als sie eng mit sozial- und gesundheitspolitischen Fragen zusammenhängen, ist die Bemerkung vielleicht nicht überflüssig, daß eine Diskussion der rein politischen Aspekte der Präventionsproblematik u. E. Rahmen und Auftrag dieses Gutachtens überschreiten würde. Wir sehen unsere Aufgabe also nicht darin, Stellung dazu zu nehmen, auf welche Weise — ob z. B. auf staatlicher, halbstaatlicher oder privater Basis — die der

Gesellschaft zukommenden psychiatrischen Präventivprobleme zu lösen sind. Vom medizinischen Standpunkt aus ist einzig wichtig, noch einmal zu betonen, daß psychiatrische Primärprävention spezifisch auf die Bevölkerung im allgemeinen oder doch auf ganze Bevölkerungsgruppen gerichtet ist und deshalb auch auf dieser Ebene organisiert werden muß.

Dagegen scheint es uns angezeigt, abschließend noch die folgenden Überlegungen und Vorschläge zu formulieren:

Eine systematische Förderung von Präventivmaßnahmen im Sinne unserer Ausführungen auf Bundesebene ist zweifellos mit sehr erheblichem Aufwand und entsprechenden Kosten verbunden. Deshalb drängt sich die Frage auf, inwiefern sich ein solcher Aufwand lohnt. Diese Frage kann angesichts der enormen Schwierigkeiten zuverlässiger Effizienzforschung sicher heute und auch auf längere Sicht nicht präzise beantwortet werden. Die rein finanzielle Rentabilität stellt jedenfalls nur einen Aspekt dar. Folgendes Beispiel mag dies verdeutlichen: Wäre die Rolle der Phenylketonurie bei der Entstehung bestimmter Schwachsinnsformen schon früher bekannt gewesen, so hätten sich laut *Menne* (92) bei Anwendung der heute gebräuchlichen Präventivmaßnahmen (systematische biochemische Untersuchung der Neugeborenen und diätetische Spezialbehandlung positiver Fälle) rund 12 000 Oligophrene in der Bundesrepublik zu normal intelligenten Erwachsenen entwickeln können (siehe Seite 27). Die Bedeutung eines solchen Erfolges kann allein durch den quantitativen Vergleich der volkswirtschaftlichen Aufwendungen für die lebenslange Betreuung dieser Schwachsinnigen und der — wahrscheinlich erheblich geringeren — Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nur sehr unvollständig erfaßt werden, da zugleich für die Betroffenen selbst, ihre Familien und ihre Umgebung auch qualitativ die ganze Lebenssituation entscheidend verändert worden wäre.

Indessen ist die Wirksamkeit vieler Präventivmaßnahmen weit weniger gesichert als bei der Phenylketonurie. Auch fehlt es — nicht nur der deutschen Psychiatrie — an praktischer Erfahrung in der systematischen Organisation von Präventivmaßnahmen. Deshalb wäre es unseres Erachtens von Vorteil, in der Bundesrepublik Deutschland Präventivmaßnahmen im skizzierten Sinne, namentlich was den spezifisch soziopsychiatrischen Bereich anbetrifft, zunächst auf lokal beschränkter Ebene (z. B. in einer mittelgroßen Stadt oder sonst in einem gut überblickbaren Bezirk) modellhaft zu organisieren und zugleich systamtisch auf ihre Wirksamkeit zu prüfen. Im Sinne einer Schwerpunktsbildung, die natürlich gleichsinnige Ansätze an anderen Orten nicht verunmöglichen sollte, würde dies konkret heißen, in einer derartigen *„Modellregion"* ein koordiniertes Gefüge von kinder-, erwachsenen- und gerontopsychiatrischen ambulanten Beratungszentren mit Präventivaufgaben zu schaffen. (Wie bereits mehrfach erwähnt, können solche Zentren mit Vorteil zugleich kurativ, d. h. im Sinne von Polikliniken und Dispensarien funktionieren.) Ihnen wäre eine *Forschungsabteilung* anzugliedern, deren Aufgabe es sein müßte, Methoden zur systematischen Evaluation der getroffenen Vorkehrungen auszuarbeiten. Daß dies kein geringes Problem darstellt, ist in unserem Bericht unterstrichen worden. Es wäre deshalb nötig, eine derartige „Modellregion" im Bereich einer Universität mit qualifizierten, insbesondere epidemiologisch geschulten Fachleuten vorzusehen. Dadurch würde neben einem spezialisierten Studien- gleichzeitig ein *Ausbildungszentrum* für die Prävention psychiatrischer Störungen entstehen, was — wie wohl nicht besonders unterstrichen werden muß — beim gegenwärtigen Stand der Dinge einer dringenden Notwendigkeit entspricht.

Ein letzter Vorschlag geht dahin, gemäß dem Beispiele der USA, wo seit kurzem im Rahmen des „Group for the Advancement of Psychiatry" („GAP") ein nationales Komitee für präventive Psychiatrie besteht, auf Bundesebene eine entsprechende *Kommission* einzusetzen. Diese müßte Fachleute nicht nur aus der Psychiatrie, sondern auch aus den anderen genannten Bereichen der psychiatrischen Primärprävention (insbesondere Obstetrik, Geburtshilfe, Kindermedizin, Unfall- und Arbeitsmedizin, Gesundheitswesen, Sozialgesetzgebung) umfassen. Ihre Aufgabe wäre es, die Arbeiten in der genannten „Modellregion" zu verfolgen, Präventivmaßnahmen in weit auseinanderliegenden Sachgebieten zu koordinieren, Information und Ausbildung in psychiatrischer Präventivmedizin zu fördern und den Gesundheitsbehörden und anderen interessierten Körperschaften in beratender Funktion zur Verfügung zu stehen.

3 Zusammenfassung

Zum Schluß sollen die wichtigsten Überlegungen und Ergebnisse unseres Berichts noch einmal in aller Kürze resümiert werden:

Psychiatrische Primärprävention, unter welcher sämtliche Maßnahmen zur Verhütung des erstmaligen Auftretens psychischer Erkrankungen aller Art zu verstehen ist, erwies sich als ein bisher von der traditionellen, auf die Behandlung des Einzelnen gerichteten Psychiatrie noch wenig bearbeitetes, auch aus wissenschaftshistorischen Gründen junges Fachgebiet von enormer Weite und Komplexität. Bisherige Ansätze basieren auf den noch recht lükkenhaften gegenwärtigen Kenntnissen über die Ursachen psychischer Störungen. Aus methodologischen Gründen stellt die Forschung im Bereich der psychiatrischen Primärprävention schwere Probleme, insbesondere was die Erfassung der Langzeitwirkungen solcher Maßnahmen anbetrifft. Dessen ungeachtet sind — abgesehen von der Staatsmedizin östlicher Länder — von Pionieren namentlich in den USA bereits praktisch brauchbare Konzepte ausgearbeitet worden, die dort mit Regierungsunterstützung in den letzten Jahren zur Schaffung eines Netzes von ambulanten, sozialpsychiatrischen, d. h. spezifisch gemeindenahen Beratungs- und Behandlungszentren geführt hat. Deren Hauptaufgabe im Bereich der Prävention sind die Kriseninterven-

tion (inklusive Suizidprophylaxe) und die vorbeugende Betreuung von gefährdeten Risikogruppen in der Bevölkerung. Der Bereich der psychiatrischen Primärprävention geht indessen weit über das spezifische Feld der Sozialpsychiatrie hinaus, da wichtige präventive Maßnahmen einerseits der Körpermedizin (insbesondere der Obstetrik, Geburtshilfe, Pädiatrie, Arbeits- und Sozialmedizin, Unfallmedizin, Geriatrie) und andererseits der Gesellschaft als Ganzer (insbesondere Sozial- und Arbeitsgesetzgebung, Umweltschutz, Unfall- und Infektionsbekämpfung auf Bevölkerungsebene) obliegen.

Eine Übersicht über die bisherigen wissenschaftlichen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen zur psychiatrischen Primärprävention in den verschiedenen Lebensphasen führte einerseits zu einer Reihe von allgemeinen Schlußfolgerungen, aus denen wir eine gewisse Spezifität der präventiven Problematik in Kindheit, Erwachsenenalter und Senium hervorheben. Andererseits konnten konkrete Vorschläge für Präventivmaßnahmen und ihre Organisation formuliert werden, von denen die wichtigsten hier noch einmal stichwortartig aufgezählt werden sollen:

Präventionsvorschläge im somatisch-medizinischen Bereich:

1. Förderung der systematischen medizinischen Überwachung und Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit.
2. Sicherung der medizinischen Grundversorgung insbesondere in der Kindheit und im höheren Alter.
3. Förderung von Schutzmaßnahmen aller Art gegen somatischphysische Schädlichkeiten, die zu psychischen Störungen führen können (insbesondere Umweltschutz, Unfallverhütung, Hygiene, Infektionsbekämpfung)
4. Psychiatrisch-präventive Betreuung von gefährdeten Patienten aller Altersstrufen in besonderen medizinischen Belastungssituationen (Hospitalisationen, Operationen, belastende Untersuchungen, usw.). Speziell bei Kindern möglichste Abkürzung bzw. Vermeidung von Spitalaufenthalt; personifizierte Pflege, extensives elterliches Besuchsrecht.

Präventionsvorschläge im soziopsychiatrischen Bereich:

1. Auf weite Sicht Schaffung eines Netzes von ambulanten sozialpsychiatrischen Zentren für Kinder, Erwachsene und Betagte, mit kurativen Funktionen und gleichzeitiger Wahrnehmung präventiver Aufgaben, insbesondere Krisenintervention, Erfassung und Betreuung von besonderen Risikogruppen jeden Alters, beratenden und aufklärenden Aktivitäten bei Behörden, sozialen Organisationen und in der Gemeinschaft.
2. Auf kürzere Sicht Schwerpunktbildung durch Einführung der genannten präventiven Organisationen zunächst in einer umschriebenen „Modellregion";
3. Koppelung dieser „Modellregion" mit einer spezialisierten Forschungs- und Ausbildungsstätte; Intensivierung der Forschung namentlich in bezug auf die Langzeitwirkungen der vorgeschlagenen Präventivmaßnahmen.

Präventionsvorschläge im gesellschaftlichen Bereich:

1. Förderung aller Maßnahmen zum Familienschutz. Insbesondere Befreiung der Mütter von außerfamiliären beruflichen Pflichten mindestens im ersten Lebensjahr der Kinder. Entsprechende Gestaltung der Arbeits- und Sozialgesetze. Gleichzeitig vermehrte Schaffung von Kinderhorten, Kindergärten usw.
2. Förderung von schulpsychiatrischen Diensten, Berufsberatung, Kontakten zwischen Ausbildungsstätten, Familie und Erwachsenenwelt. Evtl. Sonderschulung für besondere Risikogruppen (u. a. Kinder von Immigranten, Flüchtlingen, ethnischen Minderheiten).
3. Förderung von Umweltschutz, Arbeitshygiene, Unfall- und Infektionsbekämpfung auf Bevölkerungsebene.
4. Förderung der Sozialgesetzgebung zugunsten von Risikopopulationen (unterste Sozialschichten, Minderheitengruppen, Flüchtlinge, Obdachlose, Immigranten, usw.).
5. Einführung flexiblerer Pensionierungsgrenzen. Bessere psychohygienische Betreuung von Institutionen aller Art für Betagte (insbesondere Beschäftigungsmöglichkeiten, soziale Kontakte). Vermehrung und entsprechende Schulung des Personals. Förderung der Erwachsenenbildung.
6. Schaffung einer multidisziplinären Kommission für präventive Psychiatrie auf Bundesebene mit vorwiegend beratenden und koordinierenden Funktionen.

Literatur

1. Aubry, H.: Le suicide tardif chez les anciens malades mentaux. Thèse, Lausanne (à paraître).
2. Barraclough, B.: Suicide prevention, recurrent affective disorder and Lithium. Brit. J. Psychiat., 121: 391—392, 1972.
3. Barry, H. J., Lindemann, E.: Critical ages for maternal bereavement in psychoneuroses. Psychosomatic Medicine, 22: 166—181, 1960.
4. Bastide, R.: Sociologie des maladies mentales. Paris, Flammarion 1965.
5. Bayreuther, W.: Selbstmord in der Nachkriegszeit. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1995: 264—286, 1956.
6. Bernstein, B.: Social class and linguistic development. In: Halsey, A. (Ed.), Economy, Education and Society. New York, Free Press of Glencoe, 1961, pp. 288—314.

7. Beske, F.: Das Gemeinschaftsleben in Altersheimen. Thieme, Stuttgart 1960, 8° (Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, H. 12).
8. Biber, B. et al.: The psychological impact of school experience, New York: Bank Street College of Education, 1962.
9. Bibring, L. et al.: A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship: I. Some propositions and comments; II. Methodological considerations. Psychoanalytic study of the child. New York: International Universities Press, 1961. Vol. XVI, pp. 9—24.
10. Bickel, H.: Diagnose, Therapie und Früherkennung der Phenylketonurie. Deutsches Ärzteblatt, 59: 717—724, 1965.
11. Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart, Thieme, 1972.
12. Bodensteiner, J. B., Zellweger, H.: Mongolism preventable by amniocentesis. An appraisal of the genetic considerations. Clin. Pediat., 10: 554—556, 1971.
13. Bolman, W. M. et al.: Prevention of mental disorder: An overview of current programs. Amer. J. Psychiat. 123: 1058—1068, 1967.
14. Bower, E. M.: Primary prevention of mental and emotional disorders: A conceptual framework and action possibilities. Amer. J. Orthopsychiat. 33: 832—848, 1963.
15. Bowlby, E. J. M.: Maternal care and mental health. Monograph. No. 2, World Health Organization Bulletins, Geneva: World Health Organization, 1951, vol. 3, pp. 355—533.
16. Brun, G.: Prevention of mental disorders in children of divorce. In: A. van Krevelen (Hrsg.), Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber Verl. Bern und Stuttgart 1964, pp. 173—186.
17. Burling, K. A. and Collipp, P. J.: Emotional responses of hospitalized children. Results of a pulse monitor study. Clin. Pediat., 8: 641—646, 1969.
18. Caplan, G. (Ed.): Prevention of mental disorders in children. New York, Basis Books 1961.
19. Caplan, G.: An approach to community mental health. New York, Grune and Stratton, 1961.
20. Caplan, G.: Opportunities for school psychologists in the primary prevention of mental disorders in children. Mental Hygiene, 47: 525—539, 1963.
21. Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry. London, Tavistock 1964.
22. Caplan, G.: Perspectives on primary prevention. Arch. Gen. Psychiat. 17: 331—346, 1967.

22a. Chafetz, M. E.: The prevention of alcoholism. Int. J. Psychiat. 9: 329—348, 1970/71

23. Ciompi, L.: Allgemeine Psychopathologie des Alters. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/2, 2. Aufl., S. 1001—1076, Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1972.
24. Ciompi, L., Eisert, M.: Mortalité et causes de décès chez les alcooliques. Psychiatrie sociale, 4: 159—168, 1969.
25. Ciompi, L. et Lai, G.: Dépression et vieillesse. Etudes catamnestiques sur le vieillissement et la mortalité de 555 anciens patients dépressifs. H. Huber, Berne, 1969.
26. Ciompi, L. und Muller, C.: Katamnestische Untersuchungen zur Altersentwicklung psychischer Krankheiten. Nervenarzt 40: 349—355, 1969.
27. Ciompi, L. und Muller, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Studie (in Vorbereitung).
28. Clark, M., Anderson, B. G.: Culture and aging. Springfield, Ill.: C. C. Thomas Books, 1967.
29. Craig, J. J., Glick, S. J.: Ten years experience with the Glueck Social Prediction Table. Crime and Delinquency, 9: 249—261, 1963.
30. Cravioto, J. and Robles, B.: Evolution of adaptive and motor behavior during rehabilitation from Kwashiorkor. Amer. J. Orthopsychiat. 35: 499, 1965.
31. Decker, J. B., Stubblebine, J. M.: Crisis intervention and prevention of psychiatric disability — a follow-up study. Amer. J. Psychiat., 129: 725—729, 1972.
32. Deutsch, M.: The role of social class in language development and cognition. Amer. J. Orthopsychiat. 35: 78—87, 1964.
33. Diatkine, R., et Coppel, L.: L'Hygiène mentale de l'enfant et l'école en 1971. La Revue de Pédiatrie. T. VII. No. 4: 299—301, 1971.
34. Donahue, W. T.: Education for later maturity. William Morrow & Co., New York 1955, XIII, 338 pp.
35. Douglas, J. W. B.: The school progress of nervous and troublesome children. Brit. J. Psychiat. 112: 1115—16, 1966.
36. Dubos, R., D. Savage and Schaedler, R.: Biological Freudianism: lasting effects of early environmental influences. Pediat. 38: 789—800, 1966.
37. Dührssen, A.: Präventive Maßnahmen in der Familie. Psychother. Psychosom., 16: 319—332, 1968.
38. Eisenberg, L.: Preventive psychiatry. Ann. Rev. Med. 13: 343—360, 1962.
39. Eisenberg, L.: Child psychiatry: the past quarter century. Amer. J. Orthopsychiat. 39(3): 389—401, 1969.
40. Emerson, A. R.: Retirement reconsidered. A review. Brit. J. Med. 19: 105—109, 1962.

41 English, J. T. and Levine, M.: Surgery as a human exxperience, New York: Oxford University Press, 1960.

42. Erikson, E. H.: Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit. Psyche 7: 1—31 und 112—139, 1953 (Übers. aus: Transact. 4. Conf. on Infancy and Childhood, Suppl. II, Josuah Macy Jr. Foundation New York 1950).
43. Erikson, E. H.: Identity and the life cycle. New York Internat. Univ. Press, 1959 (Psychol. Issues vol. 1 Nr. 1, 1959).
44. Erikson, E. H.: The problem of ego identity. In: Erikson, E. H. (Ed.), Identity and the life cycle. Int. Univ. Press, New York, 1968.
45. Faris, R. E. L. and Dunham, H. W.: Mental disorders in urban areas, an ecological study of schizophrenia and other psychosis. Univ. Chicago Press Chicago, 1939.
46. Freeman, H. E. and Sherwood, C. C.: Research in large-scale intervention programs. J. Soc. Issues 21: 11—28, 1965.

47. Freud, A.: The role of bodily illness in the mental life of children. Psychoanal. Stud. Child, 7: 69—81, 1952.

48. Garmezy, N.: Vulnerability research and the issue of primary prevention. Amer. J. Orthopsychiatry, 40: 331—332, 1970.

49. Gildea, M. C.-L., Glidewell, J. C., Kantor, M. B.: The St. Louis School Mental Health Project: history and evaluation. In: Cowen, E. L., Gardner, E. A., Zax, M. (Eds.), Emergent Approaches to Mental Problems. New York, Meredith Publishing Company, 1967.

50. Gould, R. L.: Preventive psychiatry and the field theory of reality. J. Amer. Psychoanal. Ass., 18: 440—461, 1970.

51. Grüter, W.: Angeborene Stoffwechselstörungen und Schwachsinn am Beispiel der Phenylketonurie. Stuttgart, Enke 1963.

52. Gordon, E.: A review of programs of compensatory eduction. Amer. J. Orthopsychiat. 35: 640—651, 1965.

53. Häfner, H.: Krisenintervention. Vortrag an der Tagung für Sozialpsychiatrie und Psychohygiene der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, Locarno 1974.

54. Häfner, H., Reimann, H.: Spatial distribution of mental disorders in Mannheim, 1965. In: Hare, E. H., Wing, J. K., Psychiatric epidemiology. Proceedings of the International Symposium held at Aberdeen University 22-5 July 1969. London, Oxford University Press 1970, pp. 341—354.

55. Hagnell, O.: A prospective study of the incidence of mental disorder. Stockholm, Svenska Bokförlaget, 1966.

56. Hahn, K.: Origins of the outward bound trust. In: James, D. (Ed.), Outward bound. London: Routledge & Kegan Paul, 1957.

57. Harlow, H. F.: Development of affection in primates. In: Bliss, E. L. (Ed.), Roots of Behavior. New York, Harpers & Brothers, 1962, pp. 157—166.

58. Harrington, M.: The other America: Poverty in the United States. New York, Macmillan, 1963.

59. Henderson, A. S., Montgomery, I. M., Williams, C. L.: Psychological immunisation. A proposal for preventive psychiatry. Lancet, 1/7760: 1111—1112, 1972.

60. Hess, R. D., and Shipman, V. C.: Early experience and the socialization of cognitive modes in children. Child Res 36 (4): 869—886, 1965.

61. Hilgard, J.: Maternal breavement in psychoneuroses and alcoholism. Presented at annual Meeting of the American Orthopsychiatric Assoc., Los Angeles, 1962.

62. Hitchcok, J. and Wolford, J. A.: Alternatives to the suicide prevention approach to mental health. Arch. Gen. Psychiat., 22/6: 547—549, 1970.

63. Hollingshead, A. B. and Redlich, F. C.: Social class and mental illness. A Community study. New York, John Wiley & Sons, 1958.

64. Hyman, E. et al.: Application of methods of evaluation. Berkeley, Calif., University of California Press, 1965.

65. Janis, I.: Psychological stress. New York, Wiley, 1958.

66. John, V.: The intellectual development of slum children. Amer. J. Orthopsychiat. 33: 813—822, 1963.

67. Kassel, V.: Continuing education for the elderly. Geriatrics, 18: 575—577, 1963.

68. Kaufmann, L.: Familie, Kommunikation, Psychose. H. Huber, Bern—Stuttgart—Wien, 1972.

69. Kay, D. W. K., Beamish, P., Roth, M.: Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne. Part II: a study of possible social and medical causes. Brit. J. Psychiat., 110: 668—682, 1964.

70. Kellam, S. G., Branch, J. D., Agrawal, K. C.: Long term evaluation of a communitywide prevention and early treatment program in an urban neighborhood. Amer. J. Orthopsychiatry, 40: 233—234, 1970.

71. Kennedy, J. F.: Message from the President of the United States relative to mental illness and mental retardation. 88th Congress, First Session, House of Representatives, Document No. 58, 1963.

72. Kerbikow, O. et al.: Psychiatrie. Moscou, Ed. Mir, 1972.

73. Koss, E. L.: Families in trouble. Morningside Heights. New York, King's Crown Press, 1946.

74. Kreitman, N.: The prevention of suicidal behaviour. In: Wing, J. K., Häfner, H. (Eds.), Roots of evaluation. The epidemiological basis for planning psychiatric services. Proc. Internat. Symp. Mannheim 1972. London, New York, Toronto, Oxford University Press, 1973, pp. 297—307.

75. Kringlen, E.: Beiträge der neueren Zwillingsforschung zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Schizophrenie. In: Rosenthal, D., and Kety, S. S. (Eds.): The transmission of schizophrenia. Pergamon Press, London 1968, pp. 35—57.

76. Kubzansky, P. E.: The effects of reduced environmental stimulation on human behavior: A review. In: Biderman, A. D. and Zimmer, H. (Eds.): The manipulation of human behavior. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1961.

77. Langner, T., Michael, S.: Life stress and mental health. New York, Free Press 1963.

78. Lässker, G., Degen, R., Keller, J.: Die Bedeutung serologischer Untersuchungen bei Schwangeren für die Verhütung und Diagnostik der angeborenen Toxoplasmose. Z. Kinderheilk., 105: 132—141, 1969.

79. Leighton, A. H.: Poverty and social change. Scientific American, 212: 21—27, 1965.

80. Lenz, W.: Erbberatung bei Schwachsinn. Monatsschr. Kinderheilk., 119: 191—192, 1971.

81. Lester, D.: Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. Psychol. Bull., 74/1: 1—17, 1970.

82. Lester, D.: The myth of suicid prevention. Comprehensive Psychiatry, 13: 555—560, 1972.

83. Lindemann, E.: Symptomatology and management of acute grief. Amer. J. Psychiat., 101: 141—148, 1944.

84. Lindemann, E.: A foundation for preventive practice in child psychiatry. In: Van Krevelen, A. (Hrsg.): Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber, Bern—Stuttgart 1964, pp. 30—39.

85. Loewenthal, M. F., Berkmann, P. L.: Aging and mental disorders in San Francisco. San Francisco, Jossey-Bass, Inc., 1967.

86. Madanes, Sojit, G.: Modelo para la organización y evaluación de un servicio de prevención primaria para niños en edad escolar. Acta psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 15: 356—359, 1969.

87. Mason, E. A.: The hospitalized child: His emotional needs. New Eng. J. Med., 272: 406—414, 1965.

88. McCord, W., McCord, J.: Origins of crime. New York, Columbia University Press, 1959.

89. McFarlane, J. W., Allen, L. and Honzik, M. P.: A developmental study of the behavior problems of normal children between 21 months and 14 years. Berkeley and Los Angeles, Unversity of California Press, 1954.

90. MacMahon, B., Pugh, T. F., and Hutchison, G. B.: Principles in the evaluation of community mental health programs. Amer. J. Public Health, 7: 963—979, 1961.

91. Means, J. H., DeGroot, L. J. and Stanbury, J. B.: The tyroid and its diseases. 3. Ed. New York, McGraw-Hill Book Co. Inc., 1963.

92. Melon, J. et Houet, R.: La prévention des maladies mentales chez les enfants d'immigrés. Acta psychiat. belgica, 72: 489—495, 1972.

93. Menne, F.: Untersuchungen von Neugeborenen seit 1965 in Nordrhein-Westfalen zur Verhinderung der Phenylketonurie und anderer erblicher stoffwechselbedingter Schwachsinnsformen. Öffentliches Gesundheitswesen, 32: 548—550, 1970.

94. Michaux, L.: De l'investigation étiologique à la prévention des troubles mentaux chez l'enfant (Paris, Salpetrière). In: Van Krevelen, A. (Hrsg.), Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber, Bern—Stuttgart, 1964, pp. 76—88.

95. Montagu, M. F. A.: Prenatal influences. C. Thomas, Springfield 1962.

96. Morgan, M. I. and Ojemann, R. H.: The effect of a learning program designed to assist youth in an understanding of behavior and its development. Child develop, 13 (3): 181—194, 1942.

97. Morris, H. H. Jr., Escoll, P. J. and Wexler, R.: Aggressive behavior disorders of childhood: a follow-up study. Amer. J. Psychiat. 112: 991—997, 1956.

98. Mulligan, G., Douglas, J. W. B., Hammond, W. A. and Tizard, J.: Delinquency and symptoms of maladjustment: the findings of a longitudinal study. Proc. roy. Soc. Med. 56: 1083—1088, 1963.

99. Oleinick, M., Bahn, A., Eisenberg, L. and Lilienfield, A.: Early socialization experiences and intrafamilial environment. Arch. Gen. Psychiat., 15: 344—353, 1958.

100. Organisation mondiale de la santé: La prévention du suicide. Cahiers de la Santé publique No. 35, Genève 1969.

101. Pacaud, S.: Le vieillissement des aptitudes; déclin des aptitudes en fonction de l'âge et du niveau d'instruction. Biotypologie, 14: 65—94, 1953.

102. Panse, F.: Psychische Hygiene des Alters, Altenpflegeabteilungen. In: Das psychiatrische Krankenhauswesen. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1964, pp. 358—370.

103. Parad, H. J.: Crisis Intervention: Selected Readings. New York, Family Service Association of America, 1965.

104. Pasamanick, B., Knobloch, H.: Epidemiologic studies on the complications of pregnancy and birth process. In: Caplan, G. (Ed.), Prevention of Mental Disorders in children. New York, Basic Books, 1961, pp. 74—94.

105. Pasamanick, B., Knobloch, H.: The epidemiology of reproductive casuality. In: Van Krevelen, A. (Hrsg.), Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber, Bern—Stuttgart 1964, pp. 108—115.

106. Pasamanick, B. and Knobloch, H.: Retrospective studies on the epidemiology of reproductive casuality: old and new. Merrill-Palmer Quart. Behav. and Dev., 12: 7—26, 1966.

107. Passow, A. (Ed.): Education in depressed areas. Columbia Univ. Press, New York, 1963.

108. Peck, H. B., Kaplan, S. R. and Roman, M.: Prevention, treatment and social action: A strategy of intervention in a disadvantaged urban area. Amer. J. Orthopsychiat., 36: 57—69, 1966.

109. Pfeiffer, R. A.: Der mongoloide Schwachsinn. In: Opitz, H., Schmid, Fr. Handbuch der Kinderheilkunde. Bd. 1 Berlin–Heidelberg–New York, Springer 1971.

110. Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern-Stuttgart, 1968.

111. Powers, E., Witmer H.: An experiment in the prevention of delinquency. New York, Columbia University Press, 1951.

112. Provence, S., and Lipton, R. C.: Infants in institutions. New York, International Universities Press, Inc., 1962.

113. Rapoport, L.: Working with families in crisis: An exploration in preventive intervention, Social Work 7: 48,1962.

114. Rapoport, V.: Normal crisis, family structure and mental health. Fam. Process, 2 : 68—80, 1963.

115. Ringel, E.: Gegenwärtige Möglichkeiten und zukünftige Aufgaben der Selbstmordprophylaxe. In: Austria, Statistisches Zentralamt, Selbstmordversuche im Großstadtraum, Vienna, 1959.

116. Robins, L. N.: Deviant children grown up. A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. The Williams & Wilkins Company. Baltimore, 1966.

117. Robins, L. N.: Follow-up studies investigating childhood disorders. In: Hare, E. H. Wing, J. K. Psychiatric epidemiology. Proceedings of the International Symposium held at Aberdeen University 22—5 July 1969, London, Oxfort University Press 1970, pp. 29—68.

118. Robins, L. N. and Lewis, R. G.: The role of the antisocial family in school completion and delinquency: a three-generation study. Sociological Quarterly, 7 : 500—514, 1966.

119. Roman, P., Trice, H. M.: Schizophrenia and the poor. Ithaca: New York State School of Industrial and Labor Relations, 1967.

120. Rose, J. A., Adlerstein, A. M.: The factors affecting maternal adaptations in cases of blood group incompatibility between adult and offspring. In: A. van Krevelen (Hrsg.) Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber Verl. Bern und Stuttgart 1964, pp. 131—144.

121. Rosenthal, D. and Kety, S. S. (Eds.) The transmission of schizophrenia. Pergamon Press, London 1968.

122. Saville, L.: Flexible retirement. In: Kreps, J. M. (Ed.), Employement, Income and retirement problems of the aged. Duke Univ. Press, Durham 1963, pp. 140—177.

123. Schlesinger, B.: The multi-problem family: A review and annotated bibliography. Toronto: University of Toronto Press, 1963.

124. Serebriakova, Z.-N., Nadjarov, R. A.: Les hôpitaux psychiatriques dans le monde: U.R.S.S.-Encyclop. méd. chir. Psychiatrie. Vol. 3, 37926 K 10—9 1971. Paris, Ed. Techniques.

125. Shneidman, E. S. and Faberow, N. L.: The Los Angeles suicide prevention center: a demonstration of public health feasibilities. Amer. J. publ. Hlth, 55 : 21, 1965

126. Skeels, H. M.: Adult status of children with contrasting early life experiences: A follow-up study. Monogr. Soc. Res. Child Develop, 31, No. 105, 1966.

127. Soddy, K.: The mental hygiene mouvement and the problem of preventive mental health. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd III, 1. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer 1961, pp. 36—50.

128. Specht, F.: Mongoloider Schwachsinn. In: C. Müller (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie, Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1973, pp. 342—343.

128a. Spiel, W.: Psychohygienische Probleme der Adoption. In: A. van Krevelen (Hrsg.) Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber Bern-Stuttgart 1974, pp. 187—198.

129. Spitz, R. A.: Hospitalism, An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. In: The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. I. New York, International Universities Press, 1945, pp. 53—74.

130. Srole, L. et al.: La santé mentale dans la Métropole. 1961, 1 New York.

131. Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. In: Psychiatrie der Gegenwart Bd III, pp. 51—74, Springer Verl. Verl. Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1961,

132. Stengel, E.: Recent progress in suicide research and prevention. Israel Ann. Psychiat. Relat. Disc., 7/2 : 127—137, 1969.

133. Strotzka, H.: Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Wohnbedingungen. Vortrag an der Tagung für Sozialpsychiatrie und Psychohygiene der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, Locarno 1974.

134. Stutte, H.: Präventive Folgerungen aus langfristigen Katamnesen von Kindern mit Geburtsasphyxie und Neugeborenen-Erythroblastose. In: A. van Krevelen (Hrsg.) Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber Verl. Bern und Stuttgart 1964, pp. 122—130.

135. Sugar, M.: Children of divorce. Pediatrics, 46 : 588—595, 1970.

136. Tyhurst, J. S.: The role of transition states-including disasters-in mental illness. In: Symposium on preventive and social psychiatry. Walter Redd Army Institute of Research, Washington, D. C. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1958, pp. 149—169.

137. Tarjan, G.: Somatic etiologic factors in the prevention of childhood mental diseases. In: A. van Krevelen (Hrsg.) Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber Verl., Bern und Stuttgart, 1974, pp. 93—107.

138. Van Krevelen, A. (Hrsg.): Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber, Bern-Stuttgart 1964.

139. Van Krevelen, A.: Problems of prevention. In: Van Krevelen, A. (Hrsg.) Kinderpsychiatrie und Prävention. Huber, Bern-Stuttgart 1964. pp. 15—29.

140. Villa, J. L.: La prévention et l'assistance des troubles psychiques chez le vieillard. Confrontations psychiatriques, No. 5: 147—165, 1970.

141. Wagenfeld, M. O.: The primary prevention of mental illnes: A sociological perspective. J. Health Soc. behav., 13: 195—203, 1972.

142. Werner, E., et al.: Reproductive and environmental casualties: A report on the ten-year followup of the children of the Kauai pregnancy study. Pediat. 42: 112—127, 1968.

143. Wertheimer, J., Villa, J. L.: Plan d'organisation des soins psychiatriques aux personnes âgées dans le canton de Vaud (Suisse). Rev. franç. Gérontologie, 15 : 31—33, 1969.

144. Whittington, H. G.: Evaluation of therapeutic abortion as an element of preventive psychiatry. Amer. J. Psychiat., 126 : 1224—1229, 1970.

145. Wiener, G., et al.: Correlates of low birth weight: psychological status at six to seven years of age. J. Pediat. 35: 434—444, 1965.

146. Wiener, G., et al.: Correlates of low birth weight: psychological status at eight to ten years of age. Pediat. Res. 2: 110—118, 1968.

147. Winick, M.: Nutrition and cell growth. Nutr. Res. 26 : 195—197, 1968

148. Williams, W. V., Polak, P., Vollman, R. R.: Crisis intervention in acute grief. Omega, 3 : 67—70, 1972.

149. Wohl, M. D. and Goodhart, R. S. (Eds): Modern nutriation and disease. Philadelphia, Lea & Febiger, 1960.

Heutiger Kenntnisstand der genetischen Prävention

von

Prof. Dr. G. G. Wendt
Direktor des Instituts für Humangenetik der Universität Marburg

I. Möglichkeiten genetischer Prävention

A. Kritik früherer Vorstellungen über die genetische Prävention (Eugenik)

Wenn von genetischer Prävention, also von einer Vorbeugung gegen Erbkrankheiten oder von Verhinderung oder Vermeidung von Erbkrankheiten die Rede ist, dann stellt sich zumindest für die älteren Menschen in Deutschland leicht eine gedankliche Verbindung zu den Begriffen Eugenik und Rassenhygiene ein. Man erinnert sich an das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, an die „Vernichtung unwerten Lebens", an Zwangssterilisierung, Heiratserlaubnis und allgemeiner an den Versuch einer mit pseudowissenschaftlichen Argumenten begründeten biologischen Fundierung der Politik in Deutschland zwischen 1933 und 1945.

Eine Geschichte der praktischen Anwendung von Kenntnissen über menschliche Erbkrankheiten im Interesse der Erbgesundheit kann für den Zweck dieses Gutachtens entbehrt werden. Wichtig ist aber die Feststellung, daß die Erbgesundheitspolitik in der Zeit zwischen 1933 und 1945 wissenschaftlich auf äußerst schwachen Füßen stand. Die Kenntnisse damals reichten als Rechtfertigung einer praktischen Anwendung einfach nicht aus. Es war unverantwortlich, aus dem damaligen Wissenstand Zwangsmaßnahmen im Interesse der Erbgesundheit herzuleiten. Auch waren kritische Wissenschaftler schon damals nicht der Meinung, man könne durch eine Zwangssterilisierung erbkranker Personen heute die Anzahl der Erbkranken morgen merklich reduzieren oder gar auf diesem Wege die Erbkrankheiten ausrotten.

Obwohl damals in der ärztlichen Ausbildung „Rassenhygiene" zu den Pflichtvorlesungen gehörte, haben die vor 1945 ausgebildeten Ärzte kaum vernünftige Vorstellungen über die Möglichkeiten zur Vermeidung von Erbkrankheiten in ihren Beruf mitgenommen.

Angesichts der unglücklichen und in ihren Folgen verhängnisvollen Verquickung zwischen der menschlichen Erblehre und politischen Zielen ist es mehr als verständlich, daß die Wissenschaft von der Vererbung beim Menschen nach dem Zusammenbruch 1945 nicht mehr existierte. Die Humangenetik (Human Genetics), wie dieses Wissensgebiet heute international genannt wird, war in Deutschland tot. Erst im Anschluß an die ersten Empfehlungen des Wissenschaftsrates wurden an den meisten Universitäten humangenetische Institute gegründet. Waren diese neuen Institute zunächst ganz überwiegend auf theoretische Forschung ausgerichtet, so präsentieren sie sich in den letzten Jahren immer nachdrücklicher als eine ärztliche Hilfswissenschaft, die in den Bereichen genetischer Diagnostik und genetischer Beratung die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten sucht.

So kommt also die heutige Humangenetik mit freilich geänderten Wegen, anderer Bedeutung und auch anderen Zielen auf die praktische Anwendung der Lehre von der Vererbung beim Menschen im Interesse der Erbgesundheit zurück.

B. Begründung genetischer Prävention heute

Wenn die Humangenetik sich jetzt wieder als eine praktische Hilfe im Interesse der Erbgesundheit anbietet, dann muß im Hinblick auf die Kritik an der „Erbgesundheitspolitik" vor 1945 hier zunächst begründet werden, warum heute — im Gegensatz zu früher — ein solcher praktischer Einsatz der Humangenetik sinnvoll möglich ist: Die Fortschritte der Forschung im Bereich der Biochemie, der Genetik und der Humangenetik haben in den letzten 25 Jahren die Möglichkeiten genetischer Prävention in einem vorher kaum vorstellbaren Ausmaß verbessert.

Es sei hier daran erinnert, daß wir heute sehr konkrete Vorstellungen über den chemischen Aufbau der genetischen Information in den Chromosomen unserer Zellkerne und über die Wege haben, auf denen diese genetische Information im Körper realisiert wird. Eine Reihe von Erbkrankheiten konnte im Zusammenhang damit in ihrer genetischen Ätiologie bis in den molekularen Bereich zurückverfolgt werden. Die Frage nach „gesund" oder „krank" läßt sich in Einzelfällen schon auf den Austausch eines Basenpaares gegen ein anderes in der genetischen Information (der Desoxyribonucleinsäure) zurückverfolgen.

Im Jahre 1956 wurde die Möglichkeit einer exakten Untersuchung menschlicher Chromosomen gefunden. Die laufend verbesserten Untersuchungstechniken erlauben es heute, auch kleine Abschnitte einzelner Chromosomen sicher zu identifizieren. Eine große Anzahl von früher ätiologisch unklaren Krankheiten kann heute als Chromosomenkrankheit klar definiert werden. Es sei hier nur an den Mongolismus (Down-Syndrom) erinnert, der mit einer Häufigkeit von ca. 1 : 550 Neugeborene größte

praktische Bedeutung hat. Aufgrund der Chromosomenbefunde bei dieser Krankheit können wir jetzt die zum Glück seltenen „erblichen" Formen (Translokationsmongolismus) von den „nicht erblichen" Formen unterscheiden, deren Auftreten mit dem Alter der Mutter häufiger wird. Eltern, denen überraschend ein Kind mit dieser Krankheit geboren wird, können heute mit großer Zuverlässigkeit über das Wiederholungsrisiko informiert werden.

Sehr wichtig für den ärztlichen Alltag sind die Forschungsergebnisse im Bereich der erblichen Stoffwechselkrankheiten. Bei diesen zumeist autosomal rezessiv vererbten Leiden, die vielfach mit Schwachsinn einhergehen, haben sich nicht nur wesentliche therapeutische Möglichkeiten (z. B. Diätbehandlung der Phenylketonurie) ergeben. Über einen sogenannten Heterozygotentest können bei immer mehr dieser Leiden die klinisch gesunden Eltern auf einfache Weise als Überträger der krankmachenden Erbanlage erkannt werden. Die Bedeutung solcher Möglichkeiten für die genetische Prävention liegt auf der Hand.

Die internationale klinisch-genetische Forschung hat in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von Erbkrankheiten und von Syndromen definiert, die früher unter so allgemeinen Begriffen wie Muskelschwund, Mißbildung oder Intersexualität zusammengefaßt wurden.

Nicht unerwähnt bleiben darf auch, daß die Populationsgenetik unsere Vorstellungen über die Bedingungen für Zunahme und Abnahme der Erbkrankheiten im Laufe der Generationen konkretisiert hat. Die alten pauschalen Vorstellungen weichen daraufhin mehr und mehr einer differenzierten Betrachtungsweise.

Die aufgeführten Beispiele sollten für die Begründung der Feststellung ausreichen, daß heute eine umfassende genetische Prävention sinnvoll möglich ist. Wenn man aber dieser Feststellung folgt, dann erscheint es unausweichlich, die vorhandenen Möglichkeiten im Interesse der Menschen und ihrer Kinder auch praktisch zu nutzen.

Tatsächlich kann man beim gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht mehr vernünftig bezweifeln, daß die genetische Prävention auf dem Weg über die genetische Diagnostik und Beratung einen Eckpfeiler der Vorsorgemedizin darstellt.

Mit dieser Einordnung der genetischen Prävention in die Vorsorgemedizin kommen wir zur Frage der Zielsetzung bei der praktischen Anwendung humangenetischer Kenntnisse im Interesse der Erbgesundheit:

Ziel einer umfassenden genetischen Prävention kann nur der Mensch und seine Familie sein. Die Vorsorge für die Erbgesundheit der heute gezeugten und geborenen Kinder muß als eine sehr wichtige ärztliche Alltagsaufgabe gesehen werden. Wenn es der genetischen Prävention gelingt, den Anteil der Kinder mit genetisch bedingten Defekten, Behinderungen und Krankheiten in den nächsten Jahren zu verringern, dann wird dies sehr wahrscheinlich auch eine positive Auswirkung auf die Erbgesundheit künftiger Generationen haben.

Man kann die Folgen der gegenwärtigen genetischen Situation unserer Gesellschaft und damit auch die Fernfolgen einer genetischen Prävention heute nur sehr lückenhaft beurteilen. Keinesfalls ist die Aussage bewiesen (oder derzeit beweisbar), daß wir ohne eine drastische Eugenik auf die „genetische Degeneration der Menschheit" zusteuern. Sicher ist, daß selbst eine umfassend akzeptierte und praktizierte genetische Prävention nicht die Erbkrankheiten ausrotten kann. Der Zusammenhang schließlich zwischen der Heilbarkeit und der Häufigkeitszunahme von Erbkrankheiten muß für jedes Leiden gesondert untersucht werden. Überlegungen der letzten Jahre zeigen an wichtigen Beispielen wie Diabetes und Phenylketonurie, daß eine pauschale Beurteilung dieses Zusammenhanges sehr voreilig sein kann.

Wenn also die moderne Humangenetik ihre Bemühungen um eine genetische Prävention auf die Erbgesundheit der heute gezeugten und geborenen Kinder, also auf eine Prophylaxe im allgemein ärztlichen Sinne konzentriert, dann ist diese Beschränkung in der Zielsetzung entscheidend durch die Unmöglichkeit bedingt, die Auswirkungen in eine fernere Zukunft ausreichend zu übersehen.

Genetische Prävention im Sinne prophylaktischer Medizin ist also sinnvoll möglich und im Interesse unserer Kinder notwendig. Hier soll nur noch erwähnt werden, daß mit hoher Wahrscheinlichkeit die Forderung nach dem Angebot einer genetischen Prävention aus der Bevölkerung in den nächsten Jahren rasch zunehmen wird:

In ganz besonderem Maße ist heute die Problematik behinderter und kranker Menschen in das öffentliche Bewußtsein gerückt. Damit steigt notwendig auch der Anteil derjenigen Menschen, die sich Gedanken um die Gesundheit ihrer wenigen gewünschten Kinder machen. Sie erwarten von Arzt und — wie das heute üblich ist — vom Staat, daß er ihnen alle möglichen Hilfen bietet, ein erhöhtes Risiko für ihre Kinder vorher zu erkennen. Die Menschen werden sehr bald etwa auf die Frage nach dem Wiederholungsrisiko für die beim ersten Kind aufgetretene Krankheit von ihrem Arzt eine konkrete Antwort und nicht allgemeine Redensarten erwarten. Und bei genetisch bedingten Leiden läßt sich zumeist dieses Wiederholungsrisiko recht genau beziffern.

Eine weitere Begründung für eine rasch einsetzende umfassende genetische Prävention sei hier wenigstens angedeutet: Das Problem des behinderten Kindes und des behinderten Erwachsenen ist heute unserer Gesellschaft bewußt. Der Staat gibt viel Geld im Interesse dieser Gruppe aus, viele Bürger opfern Zeit und Geld, das Schicksal der Behinderten zu verbessern. Die zuständigen Wissenschaften wissen schon recht gut, auf welchen Wegen und mit welchen Mitteln wir bei jeder der vielen verschiedenen Arten der Behinderung den Betroffenen am besten helfen können. Eine solche optimale lebenslange Betreuung jedes behinderten Menschen würde aber sehr viel mehr gutausgebildete Spezial-

kräfte und Spezialeinrichtungen erfordern, als unsere Gesellschaft personell und materiell bereitstellen kann.

Die Feststellung, daß wir tatsächlich heute und in Zukunft keine Chance haben, alle behinderten Menschen lebenslang optimal zu betreuen, ist zwar unpopulär, aber nichtsdestoweniger zutreffend. Solche Überlegungen zwingen zur Vorbeugung. Hier liegt also eine weitere, aus der Sicht unserer Gesellschaft sehr wesentliche Begründung für den Ausbau der perinatalen Medizin und der genetischen Prävention. Die umfassend angebotene genetische Prävention könnte einen Teil derjenigen Behinderungen, die eine genetische Ursache haben, künftig verhindern und so die Belastung für unsere Gesellschaft mindern helfen.

C. Die praktischen Möglichkeiten genetischer Prävention

„Alle Menschen sollten vor der Eheschließung oder vor der Zeugung von Kindern sich selbst, gegebenenfalls ihrem Arzt und, wenn nötig, über diesen einem Humangenetiker die Frage stellen, ob sich bezüglich der Gesundheit ihrer Kinder ein über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegendes Risko erkennen läßt."

Würde diese Forderung von der Gesellschaft allgemein befolgt und hätten die Ärzte auf diesem Gebiet Ausbildung und Erfahrung, dann wäre die genetische Prävention bei uns *den* entscheidenden Schritt vorangekommen. Die Wege, auf denen langfristig dieser Schritt vollzogen werden kann (Schule, Aufklärung, ärztliche Aus- und Fortbildung), müssen hier nicht diskutiert werden. Ein sofort durchführbarer Anfang in dieser Richtung ist in den letzten zwei Jahren in Marburg erfolgreich erprobt. Er wird in Abschnitt D dargestellt werden.

Was könnte nun praktisch erreicht werden, wenn möglichst viele Menschen vor der Zeugung von Kindern über die Frage eines erhöhten Riskos nachdenken würden?

Immer dann, wenn die genetische Familienanalyse ein erhebliches Risiko für das Auftreten einer schweren, nicht oder nicht ausreichend behandelbaren Erbkrankheit bei den Kindern ergibt, wird man den Fragestellern nahelegen müssen, die Dringlichkeit des Wunsches nach eigenen Kindern an der Höhe der vorhersagbaren Risikos zu messen. In der Praxis der genetischen Beratung ist eindrucksvoll die Bereitschaft der Fragesteller, dem ärztlichen Rat zum Verzicht auf leibliche Kinder zu folgen. So kann in manchen Fällen die Geburt kranker Kinder verhindert werden. Daß man Eltern, die sich nach ärztlichem Rat zum Verzicht auf Kinder entschließen, in entsprechenden Fällen auch die gewünschte Unfruchtbarmachung des Riskoträgers vermitteln muß, bedarf heute keiner besonderen Begründung.

Der Nutzen einer genetischen Beratung vor der Zeugung von Kindern liegt durchaus nicht nur in den Fällen mit derart hohem und schwerwiegenden Risiko: Man wird gelegentlich statt eines Verzichtes auf eigene Kinder die Amniozentesediagnostik nach Eintritt der Schwangerschaft empfehlen, besonders bei Gefahr einer Chromosomenkrankheit (Mongolismus). Bei Leiden (Stoffwechselstörungen), die durch frühe Diagnostik und Therapie ihren Krankheitswert ganz oder wesentlich verlieren, kann die Vorbereitung entsprechender Diagnostik im Anschluß an die Geburt der Mutter die Entscheidung für eine Schwangerschaft erleichtern. Oft kann auch eine aufgrund von Krankheitsfällen in der Familie verständliche Sorge der Fragesteller nach genetischer Analyse für unbegründet erklärt werden. Tatsächlich neigen diejenigen Menschen, die genetische Beratung suchen, weit häufiger zur Überschätzung als zur Unterschätzung der Risiken. Die Fragesteller bisher sind allerdings nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung.

An dieser Stelle muß betont werden, daß die genetische Beratung eine schwierige und verantwortungsvolle ärztliche Leistung darstellt. Wer für alle Krankheiten die jeweils neuesten Risikoziffern parat hält, ist deshalb noch kein guter Ratgeber. Man muß in gründlichen Gesprächen herausfinden, wie der Ratsuchende auf die notwendige Empfehlung reagieren wird. Es ist auch durchaus ärztlich vertretbar, bei gleicher Krankheit und gleichem Risiko sich in einem Falle gegen und im anderen für einen Verzicht auf Kinder auszusprechen. Die Gesamtsituation der Fragesteller und deren Familien muß wesentlichen Einfluß auf die abschließende Aussage haben. Es geht eben nicht um eine „Erbgesundheitspolitik" im Interesse künftiger Generationen, sondern um die ärztlich richtige Hilfe für die Familie heute.

Natürlich taucht die Frage nach Notwendigkeit und Möglichkeiten einer genetischen Prävention auch bei Frauen auf, die — gewollt oder ungewollt — bereits schwanger sind. In diesem Zusamenhang muß zunächst der leider nicht nur bei Laien verbreiteten Meinung entgegengetreten werden, man könne durch eine Amniozentesediagnostik generell über Gesundheit oder Krankheit der Foeten entscheiden. Eine Amniozentese ist indiziert und hilfreich bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Chromosomenkrankheit oder einer der wenigen Stoffwechselstörungen, die bisher überhaupt aus dem Fruchtwasser diagnostiziert werden können. Heute sind die praktischen Möglichkeiten einer pränatalen Amniozentesediagnostik zahlenmäßig noch gering. Die intensive, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft koordinierte Forschung in diesem Bereich läßt aber rasche Fortschritte erwarten; z. B. durch die Untersuchung der α-Fetoproteine in der Mißbildungsdiagnostik.

Sofern pränatale Diagnostik das Vorliegen einer schweren Erbkrankheit bei der Leibesfrucht sichert, wird bei der Gesetzeslage im September 1974 wohl von niemand eine genetische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch bezweifelt. Eine derart eindeutige Situation ist aber selten. Überwiegend steht man vor der Frage, ob bei einem bestimmten Risiko für eine mehr oder weniger schwere Erbkrankheit eine genetische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch konstatiert werden kann. Hier handelt es sich wiederum um eine spezifisch

ärztliche Entscheidung. Nach den praktischen Erfahrungen in Marburg wäre es verhängnisvoll, wenn es eine Liste mit Diagnosen oder Risiken gäbe, die dem Arzt vorschreibt, wann er „ja" und wann er „nein" zur genetischen Indikation sagen muß. Auch hier können die Einstellung der Mutter und die Familiensituation bei gleicher Ausgangslage unterschiedliche Entscheidungen begründen. Wenn es allerdings nicht gelingt, im Gespräch mit der Schwangeren Übereinstimmung für den Fortbestand der Schwangerschaft zu erzielen, dann entsteht eine menschlich schwierige Situation. Welche Erbkrankheit ist so harmlos und welches Risiko ist so gering, daß man gegen den Wunsch der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft erzwingen könnte? Andererseits wäre es wenig vernünftig, wenn der Humangenetiker leichtfertig eine genetische Indikation konstatieren und die Entscheidung für ein „Nein" zum Abbruch dem Gynäkologen zuschieben wollte. Sehr bewährt hat sich in Marburg eine enge Zusammenarbeit der Beratungsstelle mit dem Gynäkologen schon schon vor der Entscheidung über die genetische Indikation.

Wird eine Schwangerschaft aus genetischer Indikation abgebrochen und ist die Schwangere selbst Träger der das Risiko bedingenden Erbanlage, dann sollte der Abbruch mit einer Unfruchtbarmachung verbunden werden.

Wahrscheinlich wird auch dann, wenn die Menschen sich daran gewöhnt haben werden, vor der Zeugung von Kindern nach einem eventuellen Risiko zu fragen, ein wesentlicher Teil der Beratungsfälle durch die Geburt eines kranken Kindes zustande kommen. Über eine genaue Diagnostik läßt sich dann meist das Wiederholungsrisiko für weitere Kinder recht sicher angeben. Die Möglichkeit einer Amniozentesediagnostik kann in geeigneten Fällen die Entscheidung für weitere Schwangerschaften erleichtern. Unfruchtbarmachung kann gegebenenfalls zur Verhinderung einer erneuten Gravidität angezeigt sein.

Die Problematik angeborener Mißbildungen kann hier nur angedeutet werden. Nur etwa ein Viertel von diesen läßt sich nämlich auf bekannte exogene oder genetische Ursachen zurückführen. Eine genaue pathologisch-anatomische Diagnostik tot geborener oder früh verstorbener Kinder mit Mißbildungen ist für die Forschung in diesem Bereich und für die Frage nach dem Wiederholungsrisiko von erheblicher Bedeutung. Der Hinweis auf das Problem des Wiederholungsrisikos kann den Eltern die Zustimmung zu entsprechenden Untersuchungen erleichtern.

Genetische Prävention sollte in erster Linie über die genetische Diagnostik und Beratung betrieben werden. Sie muß aber für geeignete Fälle auch Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch einsetzen. Genetische Prävention sollte im Interesse der Menschen und Familien heute betrieben werden.

Alles, was heute im Sinne genetischer Prävention ärztlich sinnvoll möglich ist, kann aber nur in voller Übereinstimmung zwischen dem Arzt und dem Betroffenen erfolgen. Der Wunsch des Betroffenen, die Freiwilligkeit sind unerläßliche Voraussetzungen für den ärztlichen Rat und für das ärztliche Handeln.

In diesem Zusammenhang ist nun das Argument zu hören, genetische Prävention auf freiwilliger Basis sei wirkungslos. Gerade solche Menschen, die besser auf Kinder verzichten sollten, kümmerten sich nicht um die Risiken, auch dann nicht, wenn sie schon mehrere schwerkranke Kinder zur Welt gebracht hätten.

Die praktischen Erfahrungen der Marburger genetischen Beratungsstelle bestätigen für Nordhessen, daß viele Familien, für die genetischer Rat zweifellos wichtig wäre, diese Beratung auch nach Anregung etwa durch den Hausarzt nicht suchen oder aber den erteilten Rat nicht beachten. (Unter den bisher 2 500 Ratsuchenden in Marburg ist — gemessen am Bevölkerungsdurchschnitt — ein erhebliches Defizit an Fragestellern mit geringer Ausbildung, niedrigem Einkommen und einfachen Berufen festzustellen.)

Trotz solcher Erfahrungen kann auf die Freiwilligkeit bei der genetischen Prävention nicht verzichtet werden. Ärztliche und menschliche Gründe verbieten jeden direkten und indirekten Zwang. Unerläßlich ist allerdings eine sehr intensive Aufklärung über genetische Prävention auf allen nur denkbaren Ebenen. Unerläßlich ist weiter, daß rasch die genetische Beratung überall und für jedermann leicht erreichbar angeboten wird. Sie sollte auch in keinem Fall an der Kostenfrage scheitern.

Problematisch kann die „Freiwilligkeit" werden, wenn z. B. eine Erkrankung aus dem Bereich der Psychiatrie vorliegt, und der Arzt feststellen muß, daß der Betroffene die Tragweite seiner Zustimmung etwa zur Sterilisation oder zum Schwangerschaftsabbruch nicht erkennt oder wenn der Betroffene entmündigt ist. In solchen Situationen sollte die Zustimmung von Eltern, nächsten Verwandten oder vom Vormund gegeben werden können. Es erscheint allerdings notwendig, solche indirekte Zustimmung durch eine kleine Kommission bestätigen zu lassen. Auch nach Vorliegen einer solchen indirekten Zustimmung sollte eine Maßnahme der genetischen Prävention nicht gegen den Widerstand des Betroffenen ausgeführt werden. Auch hier darf man das Arzt-Patient-Verhältnis nicht in Gefahr bringen.

Die Humangenetiker wollen heute mit guten Gründen genetische Prävention nur auf freiwilliger Basis und nur im Hinblick auf die Gesundheit unserer Kinder eingesetzt wissen; sie würden aber unverantwortlich behandeln, wenn sie nicht zugleich eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung und ein ausreichendes Angebot genetischer Beratung nachdrücklich forderten. Die Auffassung, daß man in der heutigen genetischen Situation unserer Gesellschaft und angesichts der Unsicherheit langfristiger Vorhersagen auf jeden Zwang verzichten kann, darf nicht mit der begründeten Gewißheit gleichgesetzt werden, die genetische Situation sei ungefährlich. Wenn unsere Gesellschaft sich nicht rasch entschließt, genetische Überlegungen in ihre Familienplanung einzubeziehen, wenn wir nicht eine wirksame Aufklärung über dieses Gebiet heu-

te in die Wege leiten und wenn nicht sofort ausreichend genetische Beratungsstellen eingerichtet werden, dann könnten diejenigen letztlich Recht behalten, die — wie Hans Nachtsheim — meinen, einen Zwang zur Erbgesundheit müsse in wenigen Generationen genauso selbstverständlich sein wie heute der Impfzwang.

D. Erfahrungen mit einem Modellversuch für genetische Beratung

Am Humangenetischen Institut der Universität Marburg läuft im September 1974 der „Modellversuch Genetische Beratungsstelle" im dritten Jahr. Er wird vom Bundesgesundheitsministerium und von der Stiftung Volkswagenwerk finanziell ermöglicht. Die Räume hat die Universität zur Verfügung gestellt.

Ein Facharzt und zwei klinisch erfahrene Ärztinnen (halbtags) stehen zusammen mit zwei med.-techn. Assistentinnen und zwei Sekretärinnen ganztägig und ausschließlich für die Beratungspraxis zur Verfügung. Sie werden von den übrigen Ärzten des Instituts und besonders vom Chromosomenlabor unterstützt. Die kleine „Genetische Poliklinik" ist räumlich vom Forschungsinstitut getrennt, befindet sich jedoch mit diesem unter einem Dach. Diese enge Verbindung zum humangenetischen Universitätsinstitut ist entscheidende Voraussetzung für eine Beratung aufgrund der jeweils neuesten diagnostischen und prognostischen Kenntnisse.

Erklärtes Ziel des Marburger Modellversuches war eine *umfassende* genetische Beratung, also eine Beratung, die sich bemüht, alle diejenigen Menschen des nordhessischen Einzugsgebietes (1 300 000 Menschen) zu erreichen, denen genetischer Rat eventuell wichtige Entscheidungshilfen geben kann. Deshalb mußten zunächst die Ärzte dieses Gebietes informiert und zur Zusammenarbeit gewonnen werden. Wir haben zu diesem Zweck allen Kollegen eine ausführliche Broschüre übersandt. In dieser Broschüre werden auch häufige Familiensituationen und Diagnosen aufgeführt, bei denen genetische Beratung der Betroffenen sinnvoll sein kann. Zudem haben wir uns intensiv in die regionale und in die überregionale ärztliche Fortbildung eingeschaltet. Als besonders förderlich für die Zusammenarbeit mit den Ärzten erwies sich die Übersendung ausführlicher Abschlußberichte an alle irgendwie beteiligten Ärzte und Kliniken. Auch dann, wenn Fragesteller aus eigenem Antrieb in die Beratungsstelle kommen, bitten wir diese, uns ihre lokalen Ärzte zu nennen und berichten dann diesen Kollegen. Es läßt sich statistisch gut belegen, daß diese Bemühungen um die Zusammenarbeit mit den Ärzten des Einzugsgebietes erfolgreich waren: Der Anteil ärztlich überwiesener Fälle ist von Monat zu Monat gestiegen.

Weit wichtiger als die Aktivierung der Ärzteschaft zur Berücksichtigung genetischer Gesichtspunkte und zur Zusammenarbeit mit ihrer Beratungsstelle ist aber die werbende Aufklärung der Bevölkerung im Einzugsgebiet. Zusammen mit der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (Dr. von Freytag-Lohringhoven) haben wir ein Faltlbatt mit dem Titel „Genetische Beratung hilft uns ..." erstellt, von dem mehr als 1 Million Exemplare auf verschiedenen Wegen in Nordhessen verteilt wurden. Fast einmal wöchentlich halten die Mitarbeiter der Beratungsstelle in Nordhessen Vorträge vor Landfrauenverbänden, Elternversammlungen, Volkshochschulen, den Verbänden der Behindertenfürsorge und ähnlichen Institutionen. Bewußt haben wir uns auch um den Einsatz der Presse, des Rundfunks und des Fernsehens in unsere Werbung bemüht. Der Erfolg ist besonders bei überregionalen Presseerzeugnissen überraschend groß. Beiträge etwa im Mitteilungsblatt der Angestelltenkrankenkasse oder in „Hör zu" brachten eine wochenlang anhaltende sehr erhebliche Steigerung der Anfragefrequenz. Eines muß hier betont werden: Wer zu einer solchen „Werbung" bei den Ärzten und bei der Bevölkerung seines Einzugsgebietes nicht bereit ist, der wird eine umfassende genetische Beratung nicht erreichen.

Der Marburger Modellversuch hat inzwischen bewiesen, daß eine sofort wirksam werdende umfassende genetische Beratung möglich ist. Gegenwärtig wird die Einrichtung von Beratungsstellen nach dem Marburger Vorbild in mehreren Bundesländern betrieben.

E. Zukunftsbild einer wirksamen genetischen Prävention

Aufgrund der Erfahrungen aus dem Marburger Modellversuch wird hier ein personell und materiell gangbarer Weg für eine genetische Prävention aufgezeigt:

An den Humangenetischen Instituten aller wissenschaftlichen Hochschulen sollten genetische „Polikliniken" eingerichtet werden. Diese Stellen sollten ihre Einzugsgebiete so definieren, daß sie die Fläche der Bundesrepublik abdecken und etwa gleich große Bevölkerungszahlen zu versorgen haben. Die personelle und materielle Ausstattung muß auf die Bevölkerungszahl bezogen werden. Als Richtzahl können für je 1 Millionen Menschen 2 bis 3 erfahrene Ärzte mit Ausbildung in Humangenetik und genetischer Beratung, 2 Wissenschaftler für das Chromosomenlabor (Nicht-Ärzte möglich) und mindestens 5 Hilfskräfte gelten.

Erste Aufgabe dieser genetischen „Polikliniken" ist es, in ihrem Einzugsgebiet die Ärzteschaft zu aktivieren und intensiv die Bevölkerung zu informieren.

Wenn erreicht wird, daß immer mehr Menschen Überlegungen zur genetischen Prävention in ihre Lebens- und Familienplanung einbeziehen, dann können natürlich die Einrichtungen an den humangenetischen Instituten den Bedarf an genetischer Beratung (man muß den erheblichen Zeitaufwand bedenken) keinesfalls langfristig befriedigen. Dennoch erscheinen genetische Polikliniken über die humangenetischen Institute hinaus nicht erforderlich.

Nach den Erfahrungen in Nordhessen kann man davon ausgehen, daß die Ärzte rasch lernen, in immer mehr einfachen Situationen selbst eine wissenschaftlich fundierte Beratung vorzunehmen. Dieser Optimismus hinsichtlich der Mitwirkung der behandelnden Ärzte bei der Beratung stützt sich nicht nur auf die Marburger Erfahrung. Er beruht auch darauf, daß einige Bücher erschienen oder in Vorbereitung sind, die es dem Arzt leichtmachen, sich in dieses Gebiet einzuarbeiten und auf der neuerdings durch die Bestallungsordnung vorgeschriebenen Ausbildung der Medizinstudenten in Humangenetik. Entscheidend wird es allerdings Aufgabe der genetischen Polikliniken sein, die Ärzte ihres Gebietes zu einer selbständigen Beratungstätigkeit zu befähigen und zu aktivieren. Am Ende einer solchen Entwicklung könnten dann die genetischen Polikliniken sich auf schwierige und problematische Fälle konzentrieren und die einfachen und eindeutigen Situationen den Ärzten draußen überlassen. Selbstverständlich muß für diese neuartige ärztliche Tätigkeit eine dem Zeitaufwand entsprechende Honorierung in den Gebührenordnungen verankert werden. Gespräche in dieser Richtung werden bereits geführt.

Eine so über genetische Prävention fortlaufend aufgeklärte Bevölkerung, eine aktivierte Ärzteschaft und das vorgeschlagene Netz genetischer Polikliniken könnten schon in wenigen Jahren bewirken, daß praktisch allen Menschen, denen genetischer Rat wichtige Entscheidungshilfen vermitteln kann, dieser Rat auch erteilt wird. Es ist kaum zu bezweifeln, daß dann die Zahl der genetisch krankgeborenen Kinder langsam zurückgehen muß. Wenn man bedenkt, daß es sich hier um etwa 4 Prozent unserer Neugeborenen handelt, dann ist der vorgeschlagene Aufwand für die genetische Prävention vergleichsweise sehr bescheiden.

II. Genetische Prävention bei psychischen Krankheiten

Wenn von Erbkrankheiten aus dem Bereich der Psychiatrie die Rede ist, wird man zunächst an die Schizophrenie und an die manisch-depressiven Psychosen denken müssen. Auch mindestens einige Formen des Schwachsinns gehören wohl unzweifelhaft hierher. Eine Reihe anderer genetischer Krankheiten, z. B. Stoffwechselstörungen und Chromosomenkrankheiten, bietet mehr oder weniger regelmäßig eine psychiatrische Symptomatik, insbesondere im Sinne geistiger Retardierung. Die Möglichkeiten der genetischen Prävention müssen sich dabei allerdings an den häufig einfachen Erbgängen folgenden Grundleiden orientieren. Solche Leiden können hier ebenso außer Betracht bleiben wie das weite Feld neurologischer Erkrankungen mit psychischen Besonderheiten. Nur die Epilepsien sollen hier wegen der Häufigkeit dieser Gruppe ebenfalls näher besprochen werden.

Es werden also die Möglichkeiten genetischer Prävention bei psychischen Erkrankungen beispielhaft an vier Krankheitsgruppen abgehandelt:

Die Schizophrenien
Die manisch-depressiven Psychosen
Die Epilepsien
Die Schwachsinnsformen

Einige Vorbemerkungen können die Besprechung dieser Krankheitsgruppen erleichtern. Besonders bei den Schizophrenien, den manisch-depressiven Psychosen und bei den Epilepsien ist für den nicht durch eigene Forschung an der wissenschaftlichen Problematik beteiligten Arzt die vielfältige Diskussion unter den Spezialisten verschiedener Schulen sehr eindrucksvoll. Die Differenzen beginnen schon bei der gewiß bedeutungsvollen Nomenklatur. Es sei deshalb betont, daß die hier gewählten Bezeichnungen für die Krankheitsgruppen nicht als eine Stellungnahme zur Fachdiskussion gesehen werden sollen. Sie wurden gewählt, weil sie außerhalb der Psychiatrie wohl am häufigsten zur Kennzeichnung der Gruppe verwendet werden.

Sehr lebhaft ist auch seit Jahrzehnten die Diskussion um die genetischen Ursachen der Schizophrenien, der manisch-depressiven Psychosen und der Epilepsien. Von der weitgehenden Ablehnung einer genetischen Ursache bis zur Behauptung einfacher Erbgänge ist fast jede Möglichkeit vorgetragen und mehr oder weniger plausibel begründet worden. In den letzten Jahren hat allerdings diese Diskussion an Schärfe verloren. Man findet sich immer mehr in der Annahme einer polygenen oder multifaktoriellen Vererbung zusammen. Von den Humangenetikern wird dieser Erbmodus auch international fast einhellig akzeptiert. Die Annahme einer polygenen Vererbung soll also auch unseren Aussagen zur genetischen Prävention dieser drei Krankheitsgruppen zugrunde gelegt werden.

Es erscheint nützlich, an dieser Stelle den Begriff der polygenen oder multifaktoriellen Vererbung am Beispiel einer somatischen Krankheit zu erläutern:

Bei polygen vererbten Leiden zeigt nicht eine gesetzmäßige Weitergabe durch die Generationen die erbliche Bedingtheit, sondern es wird die Beteiligung von Erbanlagen aus der familiären Häufung und besonders aus Ergebnissen der Zwillingsmethode erschlossen. Auch ist bei diesen Krankheiten der Anteil der Umwelt (irgendwelcher äußerer Faktoren) am Zustandekommen meist deutlich gewichtiger als bei Erkrankungen, die einem einfachen Erbgang folgen. Man muß sich eine größere Anzahl einfach vererbter Einzelgene vorstellen, die für sich allein nicht über „gesund" oder „krank" entscheiden, die aber irgendeinen zumeist unbekannten Teilfaktor auf dem Weg zur Krankheit oder einen kleinen Anteil an der Krankheitsbereitschaft bedingen. Wenn nun bei einem Menschen viele Gene zusammentreffen, die jeweils eine Teilbedingung für die gleiche Krankheit darstellen, dann kann dies zur Krankheit des Menschen führen. Treffen sehr viele und (oder) sehr gewichtige Teilfaktoren zusammen, dann wird der Mensch auch unter günstigen äußeren Bedingungen (in jeder Umwelt) erkranken; treffen weniger und (oder) nicht so gewichtige Teilfaktoren zusammen, so wird die

Krankheit nur dann ausbrechen, wenn gleichzeitig die Umwelt ungünstig (im Sinne der Krankheitsmanifestation) ist. Polygen vererbte Erkrankungen beruhen also auf einem im Grunde zufälligen Zusammentreffen vieler einzelner Gene, von denen jedes einen mehr oder weniger großen Anteil am Zustandekommen einer bestimmten Krankheit hat. Daß ein solches „zufälliges" Zusammentreffen vieler gleichsinnig in Richtung auf eine bestimmte Erkrankung wirkender Gene bei Geschwistern oder bei nahen Blutsverwandten häufiger zu erwarten ist als bei Nicht-Verwandten, liegt auf der Hand.

Aus dem bisher Gesagten wird auch verständlich, daß für polygen vererbte Krankheiten meist nicht jene klare Alternative zwischen krank und gesund gilt, die wir bei den einfach vererbten Leiden fast regelmäßig finden. Vielmehr lassen sich bei polygener Vererbung meist kontinuierliche Übergänge von „gesund" zu „krank" feststellen. Wenn man z. B. den Diabetes mellitus am Blutzuckerspiegel mißt, dann findet man nicht zwei scharf voneinander getrennte Gruppen „niedrig" und „hoch", sondern eine kontinuierliche eingipflige Verteilungskurve für die Häufigkeit der Blutzuckerwerte in der Bevölkerung. Man muß bei einer gewissen Höhe der Blutzuckerwerte willkürlich die Grenze zwischen „noch normal" und „schon Diabetes" ziehen. Die Tatsache, daß in der Klinik für viele polygene Erkrankungen doch klar zwischen Kranken und Gesunden unterschieden wird, widerspricht deshalb nicht der Grundvorstellung über polygene Vererbung. Auch im Bereich der hier interessierenden polygen vererbten Krankheiten der Psyche wird deutlich, daß die Grenze zwischen „gesund" und „krank" unscharf und unsicher ist.

Polygen vererbte Krankheiten werden also nicht durch Erbanlagen allein, sondern auch durch äußere Faktoren verursacht. Für das Zusammenwirken von Erbanlagen und Umwelt sind viele Möglichkeiten denkbar und zu beobachten:

Sind im Sinne polygener Vererbung nur wenige Teilfaktoren für die Krankheitsentstehung gegeben, dann müßte schon eine (im Sinne der Krankheitsverursachung) extrem ungünstige Umwelt hinzukommen, damit klinisch „Krankheit" festgestellt werden kann. In solchen Fällen genügt zur „Heilung" oft eine Änderung der Umwelt, etwa der Ernährung beim Diabetes mellitus. Sind aber viele und gewichtige Teilfaktoren genetisch vorgegeben, dann wird es selbst unter optimalen Umweltbedingungen zur klinisch manifesten Erkrankung kommen.

Gerade die eben skizzierten Extreme einer polygenen Vererbung erklären, daß Familienbeobachtungen, in denen allein die „Vererbung" verantwortlich scheint, genauso zu erwarten sind wie Fälle, in denen Erbanlagen neben äußeren Ursachen keine erkennbare Rolle spielen.

Eine entscheidende Grundlage der Prävention durch genetische Beratung ist die Vorhersage des Risikos für das Auftreten der Krankheit. Bei den hier hauptsächlich interessierenden polygen vererbten Leiden läßt sich, anders als bei einfach vererbten Krankheiten, die Erkrankungschance nicht aus dem Erbgang herleiten. Die Aussagen beruhen vielmehr auf empirisch gewonnenen Risikoziffern. Man hat in jeweils mehreren großen Serien geprüft, wie oft bei den verschiedenen Verwandtschaftsgraden die Krankheit eines Probanden ebenfalls aufgetreten ist. Planung und Durchführung solcher Untersuchungen sind nicht unproblematisch. Manche Serie kann nur eine begrenzte Aussagekraft beanspruchen. Dennoch dürfen die heute der genetischen Beratung zugrunde gelegten empirischen Risikoziffern als recht zuverlässig angesehen werden.

Wenn wir nun zu den einzelnen Krankheitsgruppen kommen, dann wird auf die Besprechung der Klinik und der klinischen Einteilung bewußt verzichtet. Gemeint ist in jedem Fall die umfassende Krankheitsgruppe, unbeschadet der Möglichkeit einzelner kleiner Sondergruppen mit andersartiger genetischer Bedingtheit.

A. Die Schizophrenien

Die statistische Erkrankungswahrscheinlichkeit in der Gesamtbevölkerung läßt sich auf etwa 1 % beziffern. Demgegenüber ist das Erkrankungsrisiko für Verwandte schizophrener Patienten wesentlich höher. Es beträgt für Kinder zweier schizophrener Eltern 40 bis 50 %, für Kinder eines schizophrenen Elternteils etwa 9 %. Unter den Geschwistern eines Schizophrenen erwartet man 5 bis 10 %, unter Neffen (Nichten) und Enkeln 2 bis 4 % Kranke. Ob das Kind einer schizophrenen Mutter von dieser selbst oder in einer gesunden Familie aufgezogen wird, scheint für das Erkrankungsrisiko des Kindes praktisch ohne Bedeutung zu sein.

Bei der Beratung erkrankter Personen sollte man im allgemeinen den Verzicht auf Kinder befürworten. Sterilisierung und Schwangerschaftsabbruch können angebracht sein. In der Praxis kommen die Fragen nach dem Erkrankungsrisiko für Kinder meist von (noch?) gesunden Verwandten. Das oft erhebliche Erkrankungsrisiko für den Fragesteller selbst stellt dann den Arzt in der genetischen Beratung vor eine schwierige Aufgabe.

B. Manisch-depressive Psychosen

Die Häufigkeit der Krankheiten dieser Gruppe wird für Deutschland auf 1 : 125 bis 1 : 200 geschätzt. Involutionsdepressionen sollen besonders bei Frauen häufiger sein.

Bei der genetischen Beratung müssen die Involutionsdepressionen gesondert beurteilt werden. Das Erkrankungsrisiko für Nachkommen und Verwandte dieser Form ist relativ gering. Es liegt für Kinder bei etwa 7 %.

Allgemein sind Heiratshäufigkeit und Fruchtbarkeit bei Patienten mit manisch-depressiven Psychosen fast normal, die Lebenserwartung (Suicid) ist reduziert. Das Erkrankungsrisiko ist höher bei Nachkommen von Patienten mit frühem Krankheitsausbruch, mit bipolarem Verlauf, mit zahlreichen

Krankheitsphasen und mit eher typischer als untypischer Persönlichkeit bzw. Symptomatik.

Den Umwelteinflüssen kommt im Rahmen der polygenen Vererbung eine oft entscheidende Bedeutung zu: Verluste oder Trennungen von nahestehenden Personen, aber auch ungünstige soziale Veränderungen lösen die pathologische affektive Reaktion aus. Für manisch-depressive Psychosen des Erwachsenenalters sind in der Kindheit durchgemachte Depressionen prädisponierend. Patienten, die in emotional gestörten Familien aufwachsen, haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Ausbruch und Schweregrad der Krankheit werden von der prämorbiden Persönlichkeit mitbestimmt.

Wenn bei einem Patienten eine manisch-depressive Psychose (uni- oder bipolare Form) diagnostiziert worden ist, ergeben sich empirisch für seine Verwandten I. Grades folgende Erkrankungsrisiken: Eltern 8 bis 10 %, Geschwister 10 bis 12 % und Kinder 10 bis 13 %. Leidet außerdem einer der Eltern bereits an einer manisch-depressiven Psychose, erhöht sich das Erkrankungsrisiko für Geschwister auf 20 bis 22 %; sind beide Eltern erkrankt, auf 33 bis 40 %. Für die Verwandten II. Grades eines an manisch-depressiver Psychose leidenden Kranken liegt das Erkrankungsrisiko dagegen nur zwischen 1 bis 4 %. Es werden auch unterschiedliche geschlechtsabhängige Erkrankungsziffern für bipolar oder unipolar Kranke mit manisch-depressiver Psychose genannt:

Bei bipolar kranken Männern ist das Erkrankungsrisiko für die Söhne 13 %, für die Töchter 22 %; bei entsprechend kranken Frauen beträgt es für die Söhne 2 % und für die Töchter 8 %. Bei unipolar kranken Männern haben die Söhne ein Rosiko von 9 % und die Töchter ein solches von 17 %. Bei unipolar kranken Frauen ist das Risiko der Söhne, an einer manisch-depressiven Psychose zu erkranken, auf 10 % und das der Töchter auf 6 % zu beziffern. Das Problem des eigenen Erkrankungsrisikos für (noch) gesunde Fragesteller stellt sich auch hier.

C. Epilepsien

Die Häufigkeitsschätzungen für Deutschland liegen zwischen 0,4 und 1 % der Bevölkerung. Die Vielseitigkeit des klinischen Bildes mit „großen" Krampfanfällen, kleinen Anfällen (petit-mal) verschiedener Art, auch Absencen und Gelegenheitskämpfen (Fieber) vor allem im Kindesalter und die Tatsache, daß keine generelle Zuordnung bestimmter EEG-Befunde oder anderer Laborbefunde zur Epilepsie möglich ist, zeigt schon, daß unter der Diagnose Epilepsie heute noch ursächlich sehr verschiedene Krankheitsbilder zusammengefaßt werden. Die alte Einteilung in genuine und symptomatische Epilepsien (Epilepsien ohne und mit nachweisbarer organischer Hirnschädigung) ist auch aus genetischer Sicht nicht befriedigend, da im Einzelfall sowohl bei „genuinen" Fällen exogene manifestationsfördernde Faktoren und bei „symptomatischen" Fällen eine familiäre Anlage zu erhöhter Krampfbereitschaft eine Rolle spielen können.

Differentialdiagnostisch sollten immer auch die zahlreichen Krankheitsbilder in Erwägung gezogen werden, bei denen epileptische oder epiletiforme Anfälle als ein Symptom auftreten.

Familienforschung und Zwillingsserien zeigen übereinstimmend, daß einfache Erbgänge allenfalls für einige meist durch das EEG definierte seltene Sonderformen diskutiert werden können. Bei der ganz überwiegenden Mehrzahl aller Fälle muß man mit einer multifaktoriellen Vererbung rechnen, welche auch die Höhe der Reizschwelle für die Reaktion mit Krämpfen bestimmt. Die besten Hinweise auf die genetische Grundlage der Epilepsien kommen aus der Zwillingsforschung. Die Zusammenfassung zahlreicher, nicht immer exakt vergleichbarer Zwillingsserien zeigt bei EZ eine durchschnittliche Konkordanz von 61 % und bei ZZ eine solche von 12 %. Betrachtet man „genuine" Fälle für sich, dann steigt die Konkordanz der EZ auf 80 %. Diese Befunde betonen das große Gewicht genetischer Ursachen in der Ätiologie der Epilepsien. Daß nur 61 bzw. 80 % der EZ konkordant sind, beweist, daß auch äußere Ursachen eine Rolle spielen.

Vor der genetischen Beratung muß zunächst gesichert werden, daß nicht ein anderes Grundleiden mit dem Symptom Epilepsie und nicht eine der seltenen Sonderformen vorliegt. Führt dann die fachärztliche Untersuchung zur Annahme einer „genuinen" Epilepsie, muß man damit rechnen, daß etwa 4 % der Geschwister des Kranken und etwa 4 bis 8 % seiner Kinder erkranken. Bei Fällen mit organischem Hirnschaden ist das Risiko für Geschwister und Kinder deutlich niedriger, liegt aber immer noch über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Das Risiko für Geschwister und Kinder wird durch weitere epileptische Erkrankungen unter entfernten Verwandten etwas erhöht. Die Ehe zweier („genuiner") Epileptiker sollte kinderlos bleiben. Generell kann man einem Epilepsie-Kranken (mit gesundem Partner aus gesunder Familie) nicht von Kindern abraten. Das Risiko für die Kinder gesunder Personen über 20 Jahren, in deren Verwandtschaft Epilepsie vorkommt, liegt unter den oben für Geschwister und Kinder eines Kranken genannten Werten. Die gesamte Familiensitutation und der Zustand des Kranken (Wesensänderung) spielen für die Beratungsaussage eine gewichtige Rolle.

D. Schwachsinn

Die Schwachsinnsformen sind ein besonders eindrucksvolles Beispiel für die Aufgliederung einer althergebrachten Sammeldiagnose in mehr und mehr exakt definierte Krankheitsgruppen. Die Frage nach der Häufigkeit wird unterschiedlich beantwortet, nicht nur wegen der wechselnden Einbeziehung definierter Untergruppen, sondern auch wegen der unsicheren Grenzziehung zur verminderten Intelligenz. Zieht man die Grenze bei einem I.Q. von 70, so liegen die Schätzungen zwischen 1 und 3 % der Bevölkerung. Die leichteren Formen sind dabei weit häufiger.

Etwa 15 % aller Fälle von Schwachsinn lassen sich heute auf Chromosomenanomalien, hauptsächlich

das Down-Syndrom zurückführen; etwa 7 % treten bei einfach vererbten Krankheiten (z. B. bei erblichen Stoffwechselstörungen) auf. Diese Formen können wir hier ebenso außer Betracht lassen wie die fast 20 % Fälle, in denen eine äußere Ursache (Infektion, frühkindlicher Hirnschaden) zu beweisen ist.

Sorgenkind der genetischen Beratung und ein besonderes Problem in der Prävention sind die leichteren Fälle von Schwachsinn mit einem I. Q. über 50. Exogene Ursachen sind in dieser Gruppe seltener nachzuweisen, auch fehlen meist neurologische und meist somatische Auffälligkeiten. Man muß vielmehr bei hoher familiärer Belastung mit polygener Vererbung rechnen. Die Angaben über die zahlenmäßige Vorhersage des Erkrankungsrisikos sind wegen der unterschiedlichen Kriterien verschiedener Untersucher schwankend. Sie liegen für Geschwister zwischen 10 und 40 %, für Kinder zwischen 15 und 50 % und reichen bei Vetter, Cousinen, Neffen und Nichten immer noch bis 25 %.

Wenn man sich an die oben dargestellten Prinzipien polygener Vererbung erinnert, dann wird deutlich, daß die Häufung leichter Schwachsinnsfälle in einer Familie notwendig auch höchst ungünstige Umweltbedingungen zur Folge hat. Es wird also mancher klinisch als schwachsinnig eingestuft werden müssen, der in einer normal intelligenten gesunden Familie durchaus den unteren Bereich der Norm hätte erreichen können.

Bedacht werden muß auch, daß Personen mit leichtem Schwachsinn offenbar relativ häufig untereinander heiraten. Die polygenen Anlagen für das Absinken der Intelligenz sind deshalb nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt, sondern in einem Teil der Familien besonders angereichert.

Es kombinieren sich also in den Familien mit leichtem Schwachsinn genetische Ursachen und höchst ungünstige äußere Umstände. Man muß befürchten, daß die Kluft zwischen diesen Familien und der Gesamtbevölkerung langsam größer werden könnte.

Wer glaubt, diesen höchst bedauerlichen Zustand durch eine „Umweltverbesserung" allein ändern zu können, der setzt sich über die besonders durch Zwillingsstudien eindeutig erwiesenen genetischen Grundlagen hinweg. Er wird scheitern. Die gewiß wichtige „Umweltverbesserung" muß von einer Begrenzung der Kinderzahlen begleitet werden. Die Begrenzung der Kinderzahlen in Familien mit leichtem Schwachsinn ist aber gerade im modernen Sozialstaat nur sehr schwer zu erreichen. Die Erfahrungen aus der genetischen Beratung zeigen, daß in diesen Familien die Motivation zu einer Reduzierung der Kinderzahl oder gar zum Verzicht auf Kinder fehlt und auch bei nachdrücklichem ärztlichen Rat kaum geschaffen werden kann. Übrigens reichen oft auch die geistigen Kräfte für eine regelmäßige Empfängnisverhütung nicht aus. Man sollte das aufgezeigte Hauptproblem der genetischen Prävention beim Schwachsinn nicht dramatisieren. Auch in diesem Falle sind langfristige Entwicklungen (etwa des generativen Verhaltens) nur schwer abzuschätzen. Von allen Seiten und auf allen denkbaren Wegen muß jedoch auf eine Verbesserung der äußeren Bedingungen für diese Familien und auf eine freiwillige Einschränkung der Kinderzahl hingearbeitet werden.

III. Ausblick

Die Erkenntnis, daß eine genetische Prävention auf dem Weg über genetische Diagnostik und Beratung im Interesse der Erbgesundheit unserer Kinder zwingend notwendig ist, setzt sich zur Zeit in unserer Gesellschaft durch. Im Bereich psychischer Erkrankungen ist eine solche Prävention besonders notwendig und besonders schwierig.

Die besondere Notwendigkeit ergibt sich in erster Linie aus der großen Häufigkeit der hierher zu zählenden Krankheiten und aus der sich abzeichnenden Unmöglichkeit, trotz aller guten Absichten alle betroffenen Kranken optimal oder auch nur ausreichend zu betreuen.

Die besonderen Schwierigkeiten hängen mit der oft mangelnden Krankheitseinsicht der Betroffenen, mit der Frage der Zustimmung zu Sterilisierung oder Schwangerschaftsabbruch bei Entmündigten und mit der leider immer noch hier und da vertretenen irrigen Auffassung zusammen, äußere Einflüsse und nicht Erbanlagen seien für das Auftreten dieser Erkrankungen entscheidend.

Die meist polygen bedingten Erbkrankheiten aus dem Bereich der Psychiatrie müssen aus der Sicht des Humangenetikers notwendig sofort und umfassend in die mehr und mehr akzeptierte genetische Prävention einbezogen werden. Die freiwillige Unfruchtbarmachung und der gewünschte Schwangerschaftsabbruch sind neben den Methoden der Empfängnisverhütung im Bereich psychischer Krankheiten ein besonders wichtiges Instrument genetischer Vorbeugung.

Man kann nicht hoffen, durch eine weitgehend akzeptierte und praktizierte genetische Prävention die Häufigkeit psychischer Erbkrankheiten drastisch zu reduzieren. Erwarten kann man aber sehr wohl eine Minderung der erheblichen Belastung, die gerade die psychisch Kranken für unsere Gesellschaft bedeuten. Wenn eine sinnvolle genetische Prophylaxe zusammen mit der unentbehrlichen „Umweltverbesserung" für die betroffenen Familien die Zahl der Kranken in der nächsten Generation auch nur um wenige Prozent senkt, dann kann dies durchaus zur Verbesserung der heute noch bedrückenden Situation psychisch Kranker beitragen.

Der Humangenetiker muß betonen: Mit mehr Krankenanstalten, mehr und besser ausgebildetem Personal, überhaupt mit mehr Geld allein kann der Druck dieses Problems nicht für unsere Kinder und schon gar nicht langfristig vermindert werden.

Literatur

Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen. Georg-Thieme-Verlag. Stuttgart 1972

Degenhardt, K. H.: Humangenetik. Ein Leitfaden für Studium, Praxis und Klinik. däv Fachtaschenbuch Nr. 4. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. Lövenich 1973

Fuhrmann, W.: Taschenbuch der allgemeinen und klinischen Humangenetik. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH. Stuttgart 1965

Fuhrmann, W., F. Vogel: Genetische Familienberatung. Ein Leitfaden für den Arzt. Springer Verlag. Heidelberg 1968

Gottesmann, I., J. Shields: Genetic Theorizing and Schizophrenia. Brit. J. Psychiat. 122, 15—30 (1973)

Guiraud, P.: Psychiatrie clinique. Librairie le François. Paris 1956

Kay, D. W. K.: Psychiatric disorders. In: Clinical Genetics. Ed. Arnold Sorsby, Butterworth & Co. Second Edition. London 1973, P. 282—285

Koch, G.: Epilepsien. In: Humangenetik. Ein kurzes Handbuch in fünf Bänden, hrsg. v. P. E. Becker. Thieme Verlag. Stuttgart 1967, Band V/2, 1

Lange, V.: Zur genetischen Analyse der manisch-depressiven Krankheit. Der Nervenarzt 38/12, S. 535—546 (1967)

Lange, V.: Vererbung und seelische Krankheit. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 40, S. 534—553 (1972)

Larsen, E. J.: A neurologic-etiologic study on 1000 mental defectives. Acta Psychiat. (Kopenhagen) 6, 37 (1931)

Lenz, W.: Medizinische Genetik. Grundlagen, Ergebnisse und Probleme. 2. neubearb. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1970

Murken, J.-D.: Genetische Familienberatung und pränatale Genetik. Lehmanns Verlag. München 1972

Penrose, L. S.: Mental Defect. London: Sidgwick & Jackson, 1933

Penrose, L. S.: Heredity, environment and mental subnormality. J. ment. Subnormality 12, 55 (1966)

Penrose, L. S.: Ursachen des Schwachsinns. In: Genetik und Gesellschaft, Marburger Forum Philippinum, hrsg. v. G. G. Wendt. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1970, 37

Penrose, L. S.: Genetik und Gesellschaft. In: Genetik und Gesellschaft, Marburger Forum Philippinum, hrsg. v. G. G. Wendt. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1970, 3.

Perris, C.: Abnormality on Paternal and Maternal Sides: Observations in Bipolar (Manic-Depressive) and Unipolar Depressive Psychoses. Brit. J. Psychiat. 118, 207—210 (1971)

Redlich, F. C., D. X. Freedmann: Manische und depressive Verhaltensstörungen. In: Theorie und Praxis der Psychiatrie. Hrsg. v. A. Mitscherlich, Suhrkamp Verlag Frankfurt, 1970, S. 760—799

Schorsch, G.: Epilepsie: Klinik und Erforschung. In: Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis. Bd. II, Klinische Psychiatrie, hrsg. v. H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, M. Müller, Springer Verlag, Berlin 1960

Stögmann, W.: Ätiologische Faktoren kindlicher Epilepsie. Wien. med. Wschr. 122, 295 (1972)

Tregold, A. F.: A textbook of mental deficiency. 5th Edn. London: Baillière, Tindall & Cox, 1929

Weitbracht, H. J.: Psychiatrie im Grundriß. 3. Auflage. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg 1973

Wendt, G. G.: Genetik und Gesellschaft. Marburger Forum Philippinum. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1970

Wendt, G. G.: Vererbung und Erbkrankheiten. Ihre gesellschaftliche Bedeutung. H & H Paperbacks. Reihe Soziale Probleme. Hrsg. v. A. Bellebaum, Herder & Herder, Frankfurt/New York 1974

Wendt, G. G., U. Theile: Humangenetik und genetische Beratung. Urban & Schwarzenberg, München 1974

Wendt, G. G., U. Theile: Genetische Beratung für die Praxis. Die 70 wichtigsten Erbkrankheiten: Klinik, Häufigkeit, Genetik, Beratung. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1974

Wendt, G. G., U. Theile: Pilot Scheme for a Genetic Clinic. Humangenetik 21, 145 (1974)

Winokur, G., V. L. Tann: Possible role of X-linked dominant factor in manic depressive disease. Dis. Nerv. Syst. 30, 89—94 (1969)

Zerbin-Rüdin, E.: Idiopathischer Schwachsinn. In: Humangenetik. Ein kurzes Handbuch in fünf Bänden. Hrsg. v. P. E. Becker. Bd. V/2. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1967, S. 158—205

Zerbin-Rüdin, E.: Endogene Psychosen. In: Humangenetik. Ein kurzes Handbuch in fünf Bänden. Hrsg. v. P. E. Becker. Bd. V/2. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1967, S. 446—577

Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien

von

Dr. Douglas Bennett

Bethlem Royal und Maudsley-Krankenhaus, London

Einführung

Das Ziel einer Behandlung ist, den Menschen ihre Gesundheit wiederzugeben, so daß sie wieder ihren Platz in der Gesellschaft einnehmen können. Aber nicht alle reagieren darauf entsprechend, und dann wird die Krankheit zur Behinderung. Andere sind von Geburt an oder von einem sehr frühen Kindheitsalter an behindert. Sie haben Rehabilitation nötig. Behandlung von psychisch Kranken oder ihre Rehabilitation geschieht nicht in einem sozialen Vakuum. Gesellschaften und Länder unterscheiden sich in der Art und Weise, in der sie abweichendes Verhalten betrachten bzw. in den Rechten, die sie den Unterprivilegierten zubilligen. Es ist deswegen notwendig, über die Rehabilitationsdienste nicht nur bloße Fakten, sondern auch etwas Hintergrundinformation zu geben. Insbesondere ist es notwendig, die Bedeutung bestimmter Begriffe zu klären.

Unter *Rehabilitation* verstehen wir in Großbritannien den Prozeß, der eine körperlich oder psychisch behinderte Person in Stand setzt, in einem soweit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren Restfähigkeiten zu machen. So helfen wir im Rahmen der Rehabilitation der behinderten Person, sich anzupassen oder sich wieder anzupassen. Mit der Rehabilitation der körperlich Behinderten kennt man sich aus. In der Psychiatrie wird anerkannt, daß geistig Zurückgebliebene (Schwachsinnige) geistig behindert sind, aber die Behinderungen von psychisch Kranken werden weniger klar erkannt. In Großbritannien weist der Ausdruck „geistig Behinderte" auf geistig Zurückgebliebene hin. Diejenigen, die durch chronische Psychosen, Neurosen, schwere Persönlichkeitsstörungen und hirnorganische Störungen behindert sind, sind „seelisch Behinderte". Das Interesse an ihrer Rehabilitation erwuchs aus der Erfahrung der Psychiater über die Rehabilitation von geistig Zurückgebliebenen. Alle Formen von Rehabilitation trachten danach, das Unvermögen der Individuen zu verringern oder seine kompensatorischen adaptiven Fähigkeiten zu entwickeln. Selbst wenn diese Ziele nicht zu erreichen sind, kann einem Menschen bei seiner Anpassung durch Änderungen oder Korrekturen in seiner Umgebung noch geholfen werden.

Ehemals setzte man die Rehabilitation psychisch Kranker in Analogie zur Rehabilitation körperlich Kranker. Jetzt werden die Unterschiede deutlicher gesehen. Körperliche Behinderungen vermindern hauptsächlich die Fähigkeit einer Person, Aufgaben in der physischen Welt zu verrichten. Seelische Behinderungen andererseits wirken hauptsächlich auf die Fähigkeit einer Person ein, Rollen in ihrem sozialen Umfeld auszufüllen. Wenn es auch Überschneidungen in dem Sinne gibt, daß Aufgaben- und Rollenübernahme sowohl bei der körperlichen als auch bei der psychiatrischen Erkrankung vermindert sind, ist doch der Unterschied signifikant. Psychiatrische Rehabilitation muß weitgehend im Sinne von Rollenübernahme einer behinderten Person gedacht werden.

Es ist wichtig, Rehabilitation von *Wiedereingliederung* zu unterscheiden. Wiedereingliederung ist das Verfahren, einem Mann einen Arbeitsplatz zu verschaffen oder einer behinderten Hausfrau zu helfen, ihre normalen häuslichen Pflichten wiederaufzunehmen. Wiedereingliederung ist das erwünschte Ende jeglicher Rehabilitation. Es muß jedoch anerkannt werden, daß viele behinderte Menschen rehabilitiert werden können, ohne wiedereingegliedert zu werden. Rehabilitation heißt nicht, aus dem Krankenhaus entlassen zu sein, zu Hause zu sein oder an die Arbeit zurückzukehren. Viele seelisch behinderten Patienten, die zu Hause leben und sogar einige, die zur Arbeit gehen, sind nicht rehabilitiert worden in dem Sinne, daß sie fähig sind, den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen. Dennoch wird der Ausdruck Rehabilitation oft benutzt, wenn Wiedereingliederung gemeint ist. Die Unterscheidung ist keine Spitzfindigkeit. Sie zu unterlassen, kann zu ziemlich viel Konfusion führen, zumindest in Großbritannien. Viele unserer sogenannten „Rehabilitationsdienste" des Arbeitsministeriums sind in Wirklichkeit „Wiedereingliederungs"-Dienste. Der „Disablement Resettlement Officer" (D. R. O., etwa: Beauftragter für Behinderung und Wiedereingliederung) wird korrekt so bezeichnet, aber industrielle Rehabilitationsabteilungen (I.R.U.) sind in Wirklichkeit industrielle Wiedereingliederungsabteilungen.

Noch ein weiterer Punkt muß geklärt werden. Rehabilitation wird von Ärzten und anderen oft gleichgesetzt mit Readaption der chronisch behinderten Patienten, die viele Jahre in einem psychiatrischen Krankenhaus zugebracht haben. In Wirklichkeit ist dies eine „Spät"-Rehabilitation, weil sie lange, nachdem die Behinderung sich entwickelte, beginnt (35).

Gegenwärtig werden Versuche unternommen, die „Früh"-Rehabilitation durchzuführen, der Behinderung vorzubeugen oder die Anpassung zu fördern, sobald die Behinderung sich entwickelt hat. Solch eine Rehabilitation wird in wenigen kleinen Abteilungen unternommen und durch die Veränderungen der psychiatrischen Dienste gefördert.

Dies führt uns zu dem wichtigen Punkt, daß der psychiatrische Rehabilitationsdienst nicht von allen anderen Formen psychiatrischer Versorgung getrennt werden kann. Rehabilitation ist ein integraler Bestandteil aller psychiatrischen Dienste. Man wird spezielle Rehabilitationsdienste für besonders schwere Behinderungsarten benötigen. Nicht nur für ihre Rehabilitation, sondern auch für ihre Wiedereingliederung und, wenn sie nicht wiedereingegliedert werden können, für ihre Weiterbetreuung. Im übrigen strebt eine angemessene Rehabilitation wenn möglich danach:

1. Der Entwicklung von Behinderungen vorzubeugen.
2. Eine Person in ihrer normalen sozialen Rolle zu belassen.
3. Behinderungen zu reduzieren, wenn diese sich entwickelt haben.
4. Adaptive Fähigkeiten zu entwickeln.
5. Das soziale Umfeld so zu verändern, daß sich die behinderte Person zurechtfinden kann.
6. Ein alternatives soziales Umfeld zu schaffen.

Es kann lohnend sein, diese Ziele zur Beschaffenheit psychiatrischer Dienste in Beziehung zu setzen. Einer Behinderung wird vorgebeugt, wenn psychiatrische Störungen früh und effektiv behandelt werden. Dies hängt von der Bereitstellung von Diensten ab, die für die Öffentlichkeit sowohl akzeptabel als auch leicht zugänglich sind. Es hängt ebenso ab von einem ausreichenden Verständnis der psychischen Erkrankung durch das Team des primären Gesundheitsdienstes. Außerdem muß die ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlung für die Mehrzahl der Patienten ohne gesetzliche Verpflichtung leicht zugänglich sein. Aber selbst einige der besten Behandlungseinrichtungen gestatten es dem Patienten, die Krankenrolle übertrieben lange einzunehmen und andere Familienrollen während des Behandlungsverlaufes zu verlieren. Die Gefahren des Hospitalismus sind wohl bekannt. Weniger gut bekannt ist, daß Patienten wichtige soziale Rollen in einer Tagesklinik, bei ambulanter Betreuung oder während ihres Aufenthaltes zu Hause verlieren können. Rehabilitation wird gewöhnlich mit energischen Versuchen im Krankenhaus, die Behinderungen der Patienten zu vermindern oder ihre adaptiven Fähigkeiten zu entwickeln, gleichgesetzt. Dazu werden verschiedene Formen der Stationsführung benutzt, unter denen „Milieutherapie", „administrative Therapie" und die „therapeutische Gemeinschaft" die am umfassendsten beschriebenen Versuche sind. (15, 16, 17, 40, 42, 51). Eingeschlossen sind auch der Gebrauch von Gruppenmethoden, erzieherischen Methoden (das Lehren der Grundkenntnisse von Lesen, Schreiben und Rechnen), die Anwendung bezahlter Arbeit, sowie verhaltenstherapeutischer Methoden in Form eines Trainings sozialer Fertigkeiten und der Korrektur von Behinderungen. Wo auch immer diese Aktivitäten stattfinden, ihre Effektivität hängt davon ab, wie die Abteilung geführt wird und in welcher Weise das Krankenhausmilieu als Ganzes strukturiert und verwaltet wird.

Wenn man jemanden in seiner normalen sozialen Rolle belassen will, erfordert dies eher einen Zugang über die Familie oder Gruppe als die individuelle Versorgung. Der Strukturwandel unserer Behandlungsformen alleine ist nicht ausreichend.

Selbst wenn Behinderungen nicht vorgebeugt, oder wenn sie nicht verändert werden können, sollte eine Wiederanpassung durch angemessene Veränderungen im sozialen Umfeld möglich sein. Indem wir die Veränderung der Umgebung in Betracht ziehen, stoßen wir wieder auf einen der wichtigen Unterschiede zwischen körperlicher und psychiatrischer Rehabilitation. Die konkrete Umwelt ist relativ stabil in dem Sinn, daß Entfernungen, Höhen und Gewichte nicht sehr wechseln. Wenn bei der körperlichen Rehabilitation eine Anpassung des Körpers an seine Umwelt einmal erreicht ist, entweder durch eine Operation, eine Krücke, eine maschinelle Vorrichtung oder durch eine Veränderung in der konkreten Umwelt selbst, so ist diese Anpassung relativ stabil. Im sozialen Bereich ist das ganz anders. Dieser wird von Menschen gebildet, und was diese von dem Behinderten wünschen, oder was sie ihm geben wollen, wechselt fortlaufend. Die Menschen wechseln, weil ihre Stimmungen wechseln, und weil mit dem Alter das, was sie geben können oder zu geben wünschen, sich ebenfalls ändert. Außerdem können Menschen fortgehen oder sterben. In jedem Falle haben diejenigen, die übrigbleiben, neue Verantwortungen zu übernehmen und neue Rechte auszuüben. Der kontinuierliche Wandel der sozialen Sphäre wird unterbrochen durch unerwartete, aber periodische Umbrüche, welche leicht das begrenzte Fassungsvermögen der psychisch Behinderten überbeanspruchen.

So kann in der Psychiatrie ein Zusammenbruch der sozialen Anpassung ohne jegliche Veränderung in den Behinderungen einer Person auftreten. Veränderungen im sozialen Kontext eines Individuums beeinflussen seine Anpassung. Sozialer Streß seinerseits beeinflußt die Schwere der Behinderung.

In der Vergangenheit versuchten wir, durch Sozialarbeiter, die Methoden der sozialen Einzelfallhilfe anwandten, bei Verwandten, Freunden und Arbeitgebern Rücksichtnahme und Verständnis für die Bedürfnisse der Patienten zu sichern. Wir verwandten zu wenig Aufmerksamkeit darauf, den Beteiligten neue Erwartungshaltungen und Formen von Belohnung untereinander zu vermitteln. In Zukunft werden wir die Familie und das soziale Umfeld in Behandlung und Rehabilitation einbeziehen. Unsere Behandlungstechniken befinden sich noch in einem sehr frühen Entwicklungsstadium.

Rehabilitation ist ein stufenweise fortschreitender Prozeß, der viele Disziplinen innerhalb der psychiatrischen Dienste und viele verschiedene Einrichtungen (in den verschiedenen Entwicklungsstadien) in

Anspruch nimmt. Es gibt auch eine Reihe von Übergangszuständen, wobei ein Schritt vor oder ein Schritt zurück bedeutet, daß der Behinderte von einer Einrichtung in eine andere muß. Dabei kann es sich sowohl um den Schritt von einer Einrichtung zu einer anderen innerhalb psychiatrischer Abteilungen, als auch von ambulanter zu stationärer oder zu tagesklinischer Behandlung handeln. Es kann auch bedeuten, daß ein Patient zwischen Gesundheitsdienst, Sozialdienst oder der für die Beschäftigung zuständigen Einrichtung wechseln muß. Rehabilitation findet nicht nur da statt, wo eine vollständige Kontinuität von Diensten oder von Personal besteht. Aber es ist sehr wichtig, daß die Kontinuität der Zielvorstellungen und der Kommunikation aufrechterhalten wird. Deshalb muß man die Art der Beziehung, die zwischen den verschiedenen Einrichtungen bestehen sollte, beachten; und auch die Aufrechterhaltung einer weitreichenden Kontinuität von Zielen und Absichten innerhalb wechselnder Erwartung und Anerkennung. Aus dem über den Einfluß von Veränderungen im sozialen Umfeld Gesagten geht ebenfalls klar hervor, daß Rehabilitation in der Psychiatrie nicht stetig und gradlinig vom Beginn bis zum Ziel fortschreiten kann. Gewöhnlich stellt man sich die Rehabilitation vor als eine Stufenleiter, auf der der Patient stetig nach oben vorrückt. Aber das ist ein sehr „mechanisches" Modell. Wie wir gesehen haben, wechselt das soziale Umfeld plötzlich und setzt mit dem Wechsel den Behinderten verschiedenen Erwartungen und auch verschiedenen Belastungen aus. Das kann die Rehabilitation zum Stillstand bringen oder den Patienten sogar zurückwerfen. Deshalb ist es besser, sich ein kreisförmiges Modell von Rehabilitations-Einrichtungen vorzustellen. Keine Stufenleiter, sondern ein Rad. Ein Rad, in welchem die einzelnen Gesundheitsdienste am Rande gelegen sind, während die spezialisierten Rehabilitations-Einrichtungen sich im Mittelpunkt befinden. Jeder Dienst ist mit der Rehabilitation durch eine Speiche verbunden. Wenn die Besserung des Patienten stockt oder rückläufig wird, kann er später leicht von jedem der Dienste auf der Radfelge, die ihm helfen können, zur Rehabilitation auf der Radnabe zurückkehren. Es ist auch wichtig, die Notwendigkeit einer mehrmalige Chancen Rehabilitation eher als die Ein-für-alle-mal-Entwicklung, die wir häufig anbieten, einzusehen. Das ist besonders wichtig für die „Neu"-Behinderten. Die „Neu"-Behinderten sind nicht die geistig Behinderten und geistig zurückgebliebenen Patienten, die wir gewöhnlich in unseren Institutionen antreffen, sondern Menschen, die an anderen zur Behinderung führenden Erkrankungen leiden, die die Psychiater bisher zu übersehen neigten; so die Drogenabhängigen, die Alkoholiker und persönlichkeitsgestörte Straftäter. Ihre Rehabilitation ist schwieriger als die der chronisch behinderten psychotischen Patienten. In den Fällen, in denen eine erfolgreiche Rehabilitation erreicht werden kann, ist große Geduld und Beharrlichkeit über lange Zeit erforderlich.

Rehabilitation muß demnach als Thema, das sich durch die gesamte Struktur und Organisation nicht nur der psychiatrischen, sondern auch der Gesundheits-, Sozial- und „Beschäftigungs"dienste hindurchzieht, aufgefaßt werden. Sie sollte nicht auf einzelnen Dienst oder eine Abteilung begrenzt betrachtet werden, wenn auch einige spezialisierte Einrichtungen von einigen der sehr schwer behinderten psychiatrischen Patienten gebraucht werden. Die psychiatrische Rehabilitation wird von der Beschaffenheit der Fürsorgeeinrichtungen, durch die Ausbildung und Kompetenz der praktischen Ärzte, das Vorhandensein von Polikliniken und die Art und Weise, in der die stationären Einrichtungen funktionieren, bestimmt, in der diese Teile miteinander verbunden sind, und so einen umfassenden Dienst bilden. Um die besten Ergebnisse zu erreichen, sollten die verschiedenen Teile nicht nur auf die Bedürfnisse der Bevölkerung eines entweder funktional oder geographisch definierten Bezirkes abgestimmt werden. Verantwortung für die Bevölkerung eines Bezirkes bedeutet, daß alle diejenigen, die für die Versorgung zuständig sind, ihr Recht aufgeben, Überweisungen zurückzuweisen und Überweisungen zu verweigern. Wenn nicht alle Dienste ihr Recht der freien Wahl der Patienten und des Honorars aufgeben, werden sie sich nicht nach dem Gesichtspunkt der Bedürftigkeit des Patienten oder seiner Behinderungen, sondern nach seiner Erwünschtheit ausrichten (18). In Großbritannien erheben wir kein Honorar, aber „erwünschte" Patienten erhalten erstklassige Dienste, und „unerwünschte" erhalten immer noch drittklassige Dienste und das Personal betrachtet sich selbst dann als erst- und drittklassig, leidet darunter und die Betreuung der Patienten wird noch weniger befriedigen. Diese Schichtung ist ein Unglück für die Rehabilitation, denn sie verhindert das notwendige, schrittweise Vorankommen des Patienten. So kommt es, daß der weniger Schwerbehinderte von dem am besten ausgebildeten Personal behandelt wird und der am schwersten Behinderte dem weniger ausgebildeten Personal überlassen wird (57). So können Akutbehandlungsdienste Patienten, die sich nicht bessern, an psychiatrische Krankenhäuser überweisen, anstatt sie zu rehabilitieren. Man argumentiert, daß diese Patienten eine längere Behandlung benötigten, als sie auf dieser Station oder jener Abteilung angeboten werden kann. Das ist unbefriedigend, weil es die Zusammenarbeit zwischen dem Personal der Abteilungen und der Rehabilitation unterminiert; um so mehr, als jede andere Aktivität von einem hohen Grade umfassender Zusammenarbeit und Teamwork abhängt. Auch die Zusammensetzung des Teams, die Ausbildung, das Vorgehen und die Verwaltung sind bei der Rehabilitation wichtig.

Psychiatrische Rehabilitation, Vergangenheit und Zukunft

Obwohl oft angenommen wird, daß die psychiatrische Rehabilitation im psychiatrischen Krankenhaus begonnen wurde, trifft dies nicht zu. Sie ging aus den Einrichtungen für psychisch gestörte Soldaten des II. Weltkrieges hervor (1, 40, 64, 76). Die Rehabilitation von Schwachsinnigen und Analphabeten im Pionierkorps der Armee führte zur Rehabilitation von geistig Zurückgebliebenen in Krankenhäusern (59). Diese führte wiederum zur Rehabilitation von

chronisch psychotischen Patienten im psychiatrischen Krankenhaus und zur Entwicklung von Techniken der „Milieutherapie". Aber sie entwickelte sich auch in andere Richtungen. Beginnend mit der „Mill-Hill-Effort-Syndrom"-Abteilung, der „Dartford-Civilian"-Wiedereingliederungsabteilung und der Erfahrung mit psychiatrischen Invaliden im Northfield-Army-Krankenhaus, kam es zu dem, was ich die Rehabilitation in der „kleinen Abteilung" („small-unit") nennen möchte. Ich meine mit diesem Terminus die Rehabilitation in kleinen Abteilungen, die gewöhnlich außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses liegen und die das Prinzip der „therapeutischen Gemeinschaft" anwenden. Obwohl der Terminus „Rehabilitation" von denjenigen, die in diesen Abteilungen arbeiteten, oft benutzt wurde, waren die Behinderungen der Patienten nicht klar definiert, und einige Patienten waren überhaupt nicht behindert.

Bis in die Mitte der fünfziger Jahre bemerkte man nicht, daß eine große Zahl von Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, die als gefährlich, psychotisch oder krank angesehen wurden, in Wirklichkeit behindert waren. Später merkte man, daß einige ihrer Behinderungen primär ihrer Erkrankung zuzuschreiben, aber andere nur Sekundärfolgen ihres Kankenhausaufenthaltes waren (70). Seitdem wurden viele von diesen Patienten rehabilitiert, aber nicht alle wurden wieder eingegliedert. Man bezeichnet sie als die Population der „alten" chronischen Patienten, nicht nur, weil sie alt an Jahren sind (was auf viele zutrifft), sondern weil ihre Aufnahme in die vorangegangene custodiale psychiatrische Krankenhausära fällt oder die Behinderung sich in dieser Zeit entwickelte.

Die Schwere ihrer Behinderungen ist sehr unterschiedlich, was nur zum Teil der Länge ihres Krankenhausaufenthaltes zugeschrieben werden kann. In einigen psychiatrischen Krankenhäusern gab es einen Anteil von Patienten (der sich jetzt verringert), die keine merklichen Behinderungen hatten und fähig waren, mit geringer Unterstützung außerhalb des Krankenhauses zu leben (34).

Wenn wir die Gruppe der psychisch Behinderten erörtern, die eine Rehabilitation benötigt, müssen wir uns einen Eisberg vorstellen. Da gibt es den klar sichtbaren Anteil dieser Gruppe in unseren psychiatrischen Krankenhäusern und unter den Behinderten, der beim Arbeitsministerium registriert ist und der entweder in offenen oder beschützenden Arbeitsplätzen tätig ist bzw. auf einen Platz wartet. Daneben gibt es noch den unsichtbaren Anteil. Darunter befinden sich diejenigen behinderten Patienten, die zu Hause leben und vielleicht beschäftigt sind, vielleicht aber auch nicht. Eine kürzlich in Camberwell durchgeführte Studie über die Wiedereingliederung chronisch psychiatrischer Patienten, die keine Langzeitpatienten im Krankenhaus, aber unbeschäftigt waren bzw. Schwierigkeiten bei der Arbeit hatten, zeigte, daß sie ebenso schwer behindert waren wie die Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern (74). Auch wenn sie von Zeit zu Zeit die Aufmerksamkeit ihrer Hausärzte oder der Poliklinik des Krankenhauses auf sich ziehen, werden sie leicht übersehen. Ebenso unsichtbar ist eine Anzahl von seelisch Behinderten, die z. Zt. nicht vollwertig beschäftigt sind. Sie würden vielleicht sichtbar, wenn die Arbeitslosigkeit auf das Niveau der dreißiger Jahre anstiege. Dann gibt es noch diejenigen behinderten Patienten, die nur sichtbar werden, wenn sich das Vorgehen oder die Struktur der psychiatrischen Dienste ändert. Godber (36) hat gezeigt, daß das gegenwärtige Ansteigen der Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern in Großbritannien trotz des Absinkens der Zahl der seit langem stationären Patienten, einer erheblichen Zunahme des Anteils der nicht psychotischen Erkrankungen zuzuschreiben ist. Diese „stammen vermutlich aus dem großen Reservoir derjenigen in der Gemeinde, die vorher nicht so schnell aufgenommen worden wären". Dieses Anwachsen ist nicht den „leichten" neurotischen Störungen, sondern den schwierigeren Persönlichkeitsstörungen mit einer hohen Rate sozialer Desintegration zuzuschreiben. Diese Menschen brauchen eher Rehabilitation als Behandlung. Wir sind gegenwärtig jedoch nicht in der Lage, uns mit diesen besonderen Behinderungen zu befassen. Es gibt auch noch andere Gruppen, die jetzt als seelisch Behinderte angesehen werden, aber zu deren effektiver Rehabilitation wir noch nicht imstande sind. Es handelt sich um sozial nicht Angepaßte, Landstreicher, nicht Seßhafte, Alkoholiker und Drogenabhängige. Schließlich gibt es noch all diejenigen seelischen Behinderungen, die bei körperlichen Störungen vorkommen und die häufig von Internisten und Chirurgen übersehen werden. Alle zusammen stellen den verborgenen Teil des Eisbergs Behinderung dar, mit dem wir uns in Zukunft befassen bzw. zu dessen Rehabilitation wir anderen Berufsgruppen helfen müssen.

Die Dimensionen des Problems

Das Tunbridge-Komitee über Rehabilitation stellte im Jahre 1972 fest, daß „das Fehlen ausreichender Information ein ernstes Hindernis darstellt, die Unzulänglichkeit der bestehenden Dienste nachzuweisen. Wenn wir akzeptieren, daß es Schwierigkeiten bei der Datensammlung über Rehabilitation gibt, stellt nach unserer Ansicht dieses Fehlen ein Kardinalproblem dar" (54).

Dennoch stellte das Komitee im weiteren fest, daß sich trotz der Bedeutung psychiatrischer und geriatrischer Probleme für die Rehabilitationsdienste diese Erkenntnis bei den Verantwortlichen nur langsam durchgesetzt hat. Die Verschiebung der Hauptaufgabe des psychiatrischen Krankenhauses von der kustodialen Pflege darauf, dem Patienten wieder das Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, erforderte, diese Art erfolgversprechender Rehabilitation innerhalb des Krankenhauses zu beginnen. Diese Rehabilitation wandte sich hauptsächlich an die Patienten, deren primär seelische Behinderungen durch die sekundären sozialen Behinderungen des Hospitalismus verstärkt wurden. Aber zunehmend sieht man die Schwierigkeit darin, diejenigen zu rehabilitieren, die keine festen seelischen Behinderungen aufweisen und vielleicht nur kurze Zeit innerhalb der Klinik verweilten, und darin, psycholo-

gische Grundsätze auf Rehabilitationsprobleme im allgemeinen anzuwenden (54). Diese Aussage macht deutlich, daß durch die Änderung der Dienste, wie sie sich heute vollzieht, die Zählung der behinderten Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern allein nicht ausreichend ist. Genauso wichtig ist es, zu versuchen, sich andere mögliche Rehabilitationseinrichtungen vorzustellen. Dennoch beginnt man am besten mit Erörterungen über das psychiatrische Krankenhaus, und dabei gilt es, den Unterschied zwischen Rehabilitation und Wiedereingliederung zu beachten. Alle gestörten Patienten, seien es Behinderte, seien es Alte, kann man rehabilitieren; man kann ihnen allen helfen, ihre verbleibenden Fähigkeiten in einem normaleren sozialen Umfeld besser zu nutzen. Aber wenn man die Wiedereingliederung anstrebt, ist die Zahl der Patienten, denen man helfen kann, geringer. Aber auch dann gilt es zu bedenken, daß man nur über die Rehabilitation zur Wiedereingliederung gelangt.

Die meisten Forschungsergebnisse liegen über schizophrene Langzeitpatienten vor. Es wurde gezeigt, daß Patienten mit mäßigen Behinderungen wiedereingliederbar sind (65, 66, 68). Es wurde auch gezeigt, daß die Anzahl der Patienten mit solchen mäßigen Behinderungen in der Population eines psychiatrischen Krankenhauses bis zu einem gewissen Ausmaß von den Rehabilitationsmaßnahmen des entsprechenden Krankenhauses abhängt (70). Während das eine Krankenhaus 40 % schizophrene Patienten mit mäßigen Behinderungen hat, hat ein anderes Krankenhaus nur 23 %. Deshalb ist es schwierig, außer für ein bestimmtes Krankenhaus oder eine Abteilung, vorauszusagen, wieviele Patienten wieder eingegliedert werden könnten und wieviele noch rehabilitiert werden müssen. Es ist sogar noch komplizierter, wenn man daran denkt, daß Rehabilitation und Wiedereingliederung nicht nur von der Schwere der Behinderung abhängen. Auch die Fähigkeiten des Patienten können für den Erfolg wichtig sein. Wiedereingliederung hängt auch von den Wiedereingliederungsmöglichkeiten in der Gesellschaft ab. Es wurde nachgewiesen, daß zumindest in einigen Krankenhäusern ein Teil der Langzeitpatienten ohne ausgeprägte Behinderung in der Lage wäre, mit geringer Unterstützung außerhalb des Krankenhauses zu leben, wenn sie irgendwo unterkommen könnten (34).

Einige Jahre später studierten Catterson et al (12) die funktionellen Behinderungen einer repräsentativen Gruppe von Langzeitpatienten eines Krankenhauses mit einem aktiven und bekannten Rehabilitationsprogramm. Sie fanden, daß nur 13 % der Patienten geeignet erschien, einen Arbeitsplatz auszufüllen und innerhalb weniger Monate aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Es war nicht möglich zu sagen, wieviele schließlich noch so weit kommen könnten, aber man nahm an, daß sich die Besserungen nur langsam einstellen würden. Diese Untersuchung wurde vor zehn Jahren durchgeführt, und seitdem haben sich die Behandlungsbedingungen wieder geändert. Schizophrene Patienten blieben nicht mehr so lange im Krankenhaus, sondern wurden statt dessen öfter entlassen und wieder aufgenommen. Brown et al (10) untersuchten 111 schizophrene Patienten, die in drei britische psychiatrische Krankenhäuser im Jahre 1956 aufgenommen worden waren. Nur 7 % von den 111 blieben nach dieser Aufnahme zwei Jahre im Krankenhaus. Als Ergebnis davon wurde der „Hospitalismus" (im Sinne eines Zustandes, der durch einen Langzeitaufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus bedingt ist) innerhalb von fünf Jahren nach der ersten Aufnahme fast vollständig vermieden. Er konnte deshalb nicht als wichtiger Faktor für die weitere Entwicklung innerhalb der Gemeinde angesehen werden. Aber „gerade über ein Viertel der schizophrenen Patienten war noch fünf Jahre nach der Erstaufnahme schwer krank und ein weiteres Viertel war noch durch weniger schwere Symptome behindert". Die Ergebnisse waren in den drei Gebieten nicht sehr unterschiedlich. Es scheint klar, daß mindestens die Hälfte der neu erkrankten Schizophrenen Rehabilitationseinrichtungen brauchen würde. Einst betrachteten wir einen Krankenhausaufenthalt von mehr als zwei Jahren als Kennzeichen des behinderten Patienten (9). Kürzlich hat man vorgeschlagen, durch die Aufenthaltsdauer von sechs Monaten Kurz- und Langzeitpatienten zu definieren (39). Es wäre vernünftig zu empfehlen, daß alle stationären Patienten mit einem Aufenthalt von mehr als sechs Monaten rehabilitiert werden sollten.

Wenn das psychiatrische Krankenhaus als psychiatrisches Behandlungszentrum abgeschafft wird, tritt noch eine Änderung ein. Lorna Wing und andere Forscher studierten die Wiedereingliederung chronisch psychiatrischer Patienten, die nicht beschäftigt waren oder die Schwierigkeiten bei der Arbeit hatten und die im Camberwell-Register enthalten waren (74, 75). Das Sample beschränkte sich auf Personen im Alter von 18 bis 54 Jahren aus einer Bevölkerung von 170 000, die im Jahre 1965 in Kontakt mit psychiatrischen Diensten standen und am Ende des Jahres 1968 keine stationären Langzeitpatienten waren. Sie wurden als funktionelle und organische Psychosen und Epilepsien mit einer Krankheitsdauer von mindestens 1 Jahr eingeordnet. 75 waren ohne Beschäftigung, und die Mehrzahl benötigte Rehabilitationsmaßnahmen, wenn auch nur ein Teil von ihnen diese Hilfe akzeptiert.

Man kann das Problem auch noch auf eine andere Weise betrachten. Man kann untersuchen, wer von den Patienten eines psychiatrischen Dienstes mit einem aktiven Rehabilitationsprogramm sich außerhalb des sozialen Kontextes des psychiatrischen Krankenhauses nicht adaptieren kann. Ausgehend von Studien, die auf dem Camberwell-Register basierten, berechnete Wing (73), daß für eine Bevölkerung von 170 000 Einwohnern nur 20 Krankenhausbetten für „neue" junge chronische Patienten erforderlich wären und 30 für ältere demente Patienten. Das bedeutet nicht, daß alle anderen wieder voll in die Arbeit eingegliedert werden können. Ein Teil wird in einer beschützenden Unterkunft oder zu Hause leben und eine Tagesstätte besuchen. Für ungefähr 25 Patienten ist erhebliche Beaufsichtigung in einem Heim nötig und für 20 eine Heimbetreuung mit weniger Beaufsichtigung. Tagespflegestellen sind weniger leicht zu berechnen. Einige andere werden in beschützenden Arbeitplätzen sein

und andere werden zu Hause als chronisch Invalide leben. Derselbe Dienst hat ungefähr 160 „alte" chronische Patienten, die sich noch im psychiatrischen Krankenhaus aufhalten. Ihre Anzahl zu Beginn des Jahres 1965 betrug 416. Als man diese Patienten im einzelnen untersuchte, wurde deutlich, daß die meisten von ihnen über 65 Jahre alt waren und nur wenige irgendeine Aussicht auf Wiedereingliederung, nicht im Sinne einer Arbeitsaufnahme, aber doch im Sinne des Aufenthaltes außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses, hatten. Ihre Zahl wird sich durch Todesfälle verringern. Sie benötigen eher Betreuung als Rehabilitation. Die Versorgung der „neuen" Langzeitpatienten bedeutet nicht, daß sie nicht rehabilitiert oder wiedereingegliedert werden. Es bedeutet nur, daß sie mehr Zeit benötigen, als ihnen gewöhnlich auf der üblichen Krankenhausstation zugestanden wird. Es muß noch einmal betont werden, daß keine dieser Zahlen feststeht oder unveränderlich ist. Sie wechseln fortlaufend, wie aus der Tabelle I, die die zunehmende Bedeutung tagesklinischer Betreuung im Camberwell-Bezirk illustriert, hervorgeht.

Man hat versucht, die Zahlenangaben von Gemeindediensten zusammenzufassen. Dennoch traten beim Bericht über Ausbildung zur Sozialarbeit mit Behinderten genauso viele Schwierigkeiten auf, die Größenordnung des Problems zu umreißen wie beim Tunbridge- Committe. Wenn es schon schwierig ist, die Gesamtzahl der Behinderten festzustellen, ist es noch schwieriger, die Inzidenz besonderer Behinderungen einzuschätzen. Medizinische und funktionale Kriterien werden mehr und mehr gebraucht, um die Inzidenz festzustellen und die sozialen und emotionalen Aspekte der Behinderung werden nur wenig beachtet. Ein erstes Schätzergebnis war, daß in einer durchschnittlichen Gemeinde, basierend auf eine Repräsentativumfrage von Haushalten mit Hilfe von versandten Fragebögen, in 6 % der 86 841 beteiligten Haushalte ein chronisch Kranker oder Behinderter lebte. Eine zweite und detailliertere Repräsentativumfrage mittels direkter Befragung ergab, daß der Prozentsatz in Wirklichkeit 19 % betrug. Bezogen auf die Bevölkerung der Gemeinde ergab sich eine geschätzte Gesamtzahl von 16 500 chronisch Kranken und Behinderten, oder 7,4 % der Gesamtbevölkerung des Bezirkes. Wenn man außerdem den Grad der Behinderung und die Art der benötigten Hilfe in Betracht zieht, wird geschätzt, daß zwischen 9 000 und 10 000 (etwas mehr als 4 %) Menschen Hilfestellung durch den Sozialdienst und damit verbundene Einrichtungen zu irgendeiner Zeit benötigen. Der Bericht trug auch Zahlen verschiedener Übersichten zusammen, wobei er darauf hinweist, daß die Ziele, Ausgangsbedingungen und Kriterien der Überblicke stark differierten. Diese Zah-

Tabelle I

Zahl der Patienten in Tageskliniken, Tageszentren und Werkstätten an jährlichen Stichtagen (stationäre Patienten in Camberwell)

jährliche Stichtage

	31. Dezember 1965	31. Dezember 1966	31. Dezember 1967	31. Dezember 1968	31. Dezember 1969	31. Dezember 1970	31. Dezember 1971
Kurzzeit							
2 Monate	16	14	14	27	13	32	26
Mittelzeit							
2 Monate bis 1 Jahr	23	23	30	41	36	39	49
insgesamt ...	39	37	44	68	49	71	75
Langzeit							
1 Jahr							
„alt"	18	11	11	10	6	5	3
„neu"	—	5	20	18	35	41	55
insgesamt ...	18	16	31	28	41	46	58
insgesamt ...	57	53	75	96	90	117	133

Entnommen: Wing, J. K. and Hailey, A. M., 1972 (72).

Tabelle II

Geschätzte Verteilung von Behinderungen in der Gesamtbevölkerung

Gruppe	Zahl (N)	% der Gesamtbevölkerung	% der Behinderten
Schwerhörige	1 500 000	3,3	34,6
körperlich Behinderte	1 288 000	2,8	29,7
chronisch psychisch Kranke	500 000	1,2	12,7
chronische Alkoholiker	365 000	0,79	8,4
Epileptiker	290 000	0,63	6,7
geistig Zurückgebliebene (schwer)	150 000	0,33	3,5
Blinde und teilweise Erblindete	132 118	0,29	3,0
vollständig Taube	58 000	0,13	1,3
Behinderte insgesamt	4 333 118	9,4	100,0

Zahl (N) ist bezogen auf die gesamte inländische Bevölkerung: 46 089 820.

Entnommen: Report of the Working Party on Training for Social Work with Handicapped People, 1974 (56).

len wurden zur Schätzung der nationalen Gesamtzahl benutzt, eingeschlossen die über 65jährigen, wie Tabelle II zeigt.

Eine letzte Betrachtungsweise ergibt sich unter dem Gesichtspunkt der Wiedereingliederung. 1952 stellte Maxwell Jones (40) anhand von Zahlen des Arbeitsministeriums dar, daß zu Beginn des Jahres 1950 5,2 % von 1 Million registrierter Behinderter als psychisch Kranke eingestuft wurden. Er fügte hinzu, daß „es keinen Zweifel gibt, daß bei sorgfältigerer Prüfung die Gruppe der seelisch Behinderten erheblich anwachsen würde". Diese 50 000 psychiatrischen Patienten sind gerade diejenigen, deren Registrierung als behinderte Personen ansteht.

Aus Tabelle III geht hervor, daß im Jahre 1971 6 % als psychiatrische Fälle eingestuft wurden und daß, verglichen mit 1950 und 1961, der Anteil der als neurotisch Klassifizierten absank, während der Anteil der als psychotisch und geistig behindert Klassifizierten anstieg. Das Arbeitsministerium bemerkt dazu, daß „das Anwachsen der Behinderten mit geistigen und nervösen Störungen im Register durch deren wachsende Bedeutung innerhalb unserer Klientel noch weit übertroffen wird. Bei den psychisch Kranken liegt es daran, daß viele sich selbst nicht als krank betrachten und viele andere (eingeschlossen besonders Neurotiker) es ablehnen, registriert zu werden. 4 % der Registrierten, aber fast 13 % der nicht beschäftigten Behinderten (viele von ihnen sind nicht registriert) werden als psychisch krank eingestuft, und von den Menschen mit neurotischen Störungen sind viele, die vielleicht gerne arbeiten möchten, wahrscheinlich deshalb nicht registriert, weil es keine vernünftige Aussicht auf Beschäftigung für sie gibt" (20). Zweifellos geben uns die Zahlen vom Behinderten-Register wenig Hilfe. Im Oktober 1970 zählte das Arbeitsministerium zum ersten Mal die Arbeitslosen, die vom Ministerium als Behinderte behandelt wurden. Insgesamt gab es 97 028, von denen 72 265 als Behinderte registriert waren (20). Bei einem Sample von 4 177 Menschen wurde eine Analyse durchgeführt, deren Ergebnisse in Tabelle IV dargestellt sind.

Es geht daraus hervor, daß nur 1 % der registrierten Behinderten als psychotisch eingestuft wurde, während diese Gruppe bei den arbeitslosen Behinderten 5 % ausmachte.

Es ist klargeworden, daß es keine Zahlen gibt, die ein wirklich erfolgreiches Rezept für die Planung von Rehabilitationsdiensten zur Verfügung stellen. Doch können die angegebenen Zahlen von Nutzen sein, wenn sie die Planer wachsam werden lassen in bezug auf die Schwierigkeiten der scheinbar einfachen Aufgabe, psychisch Behinderte sowohl innerhalb als auch außerhalb psychiatrischer Krankenhäuser zu zählen.

Tabelle III

Die Verteilung der Schäden im Behindertenregister

	1950		1961		1971	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Amputierte	76 028	*8,1*	49 750	*7,5*	40 047	*6,5*
Arthritis und Rheumatismus	39 176	*4,2*	29 175	*4,4*	26 646	*4,3*
Erkrankungen des Verdauungssystems	75 749	*8,1*	36 476	*5,5*	19 536	*3,1*
Erkrankungen des Urogenitaltraktes	9 230	*1,0*	5 256	*0,8*	5 133	*0,8*
Erkrankungen von Herz- und Kreislaufsystem	59 253	*6,3*	51 677	*7,8*	63 083	*10,2*
Erkrankungen des Respirationstraktes (außer Tuberkulose)	73 667	*7,9*	54 779	*8,2*	57 560	*9,3*
Erkrankungen der Haut und der Anhangsgebilde	9 185	*1,0*	6 614	*1,0*	5 302	*0,9*
Hörfehler	42 674	*4,6*	30 297	*4,5*	26 826	*4,3*
Sehfehler	61 531	*6,6*	47 444	*7,1*	42 491	*6,8*
Verletzungen an Kopf und Rumpf	47 796	*5,1*	26 431	*4,0*	23 757	*3,8*
Erkrankungen, Verletzungen und Deformitäten der Glieder	218 635	*23,4*	134 448	*20,2*	131 288	*21,2*
Erkrankungen, Verletzungen und Deformitäten der Wirbelsäule	27 961	*3,0*	31 183	*4,7*	55 436	*8,9*
Neurosen	37 040	*4,0*	18 274	*2,7*	16 587	*2,7*
Psychosen usw.	5 753	*0,6*	4 664	*0,7*	8 258	*1,3*
Geistig Behinderte	6 391	*0,7*	7 268	*1,1*	12 477	*2,0*
Epilepsie	15 078	*1,6*	16 354	*2,5*	21 591	*3,5*
Organische Nervenerkrankungen außer Epilepsie	21 215	*2,3*	24 753	*3,7*	21 495	*3,5*
Tuberkulose (Lungen- und Nicht-Lungentuberkulose)	58 812	*6,3*	51 970	*7,8*	24 577	*4,0*
andere Erkrankungen und Verletzungen	51 981	*5,6*	39 641	*5,9*	18 601	*3,0*
insgesamt	936 196	*100,0*	666 454	*100,0*	620 691	*100,0*

Entnommen: Department of Employment, 1972 (20)

Tabelle IV

Profil der Schäden der Langzeitarbeitslosen

Bestandsaufnahme eines Samples von lebenden Behinderten

Gruppe der Schäden	DLF-Sample (4 177 Personen)	DLF-Sample: einschließlich RDPs und unregistrierte DPs in % der unbeschäftigten Wochen pro Jahr Stand: 1. Oktober 1970	DLF-Sample der RDPs, die am 1. Oktober 1970 arbeitslos waren	Personen im Behindertenregister (1971)
	Angaben in %			
Amputierte	2,3	1,8	2,6	7
Arthritis und Rheumatismus	4,4	4,5	4,7	4
Erkrankungen des Verdauungssystems	4,8	5,1	4,8	3
Erkrankungen des Urogenitalsystems	0,8	0,7	0,8	1
Erkrankungen von Herz- und Kreislaufsystem	10,8	10,8	11,6	10
Erkrankungen des Respirationstraktes (außer Tuberkulose)	13,3	14,0	13,5	9
Erkrankungen der Haut und Anhangsgebilde	1,6	1,7	1,4	1
Hörfehler	2,7	2,3	2,8	4
Sehfehler	4,3	4,5	4,9	7
Verletzungen an Kopf und Rumpf	3,2	3,9	3,5	4
Erkrankungen, Verletzungen und Deformitäten der Glieder	12,9	12,3	13,5	21
Erkrankungen, Verletzungen und Deformitäten der Wirbelsäule	10,2	9,3	11,2	9
Psychisch Kranke:				
a) Neurosen	7,7	7,6	5,9	3
b) Psychosen usw.	5,0	4,3	2,9	1
c) Behinderte	3,7	4,4	3,1	2
a) Epilepsie	3,9	4,0	4,2	3
b) Organische Nervenerkrankungen außer Epilepsie	2,5	2,5	2,8	3
Tuberkulose (Lungen- und Nicht-Lungentuberkulose)	2,5	2,6	2,2	4
andere Erkrankungen und Verletzungen	3,7	3,5	3,6	4
	100,0	100,0	100,0	100,0

DLF (Disabled Living File) = Bestandsaufnahme der lebenden Behinderten.

RDP (Registered Disabled Person) = Registrierte Behinderte.

Entnommen: Department of Employment, 1972 (20).

Die Planung psychiatrischer Rehabilitationsdienste

Die Zahlenangaben machen eines deutlich: Rehabilitation ist Teil eines sich entwickelnden Dienstes, und unsere Pläne müssen dem Rechnung tragen.

In England war man schon immer der Ansicht, daß wir mit den Problemen beginnen sollten, die naheliegen und die wir in einem gewissen Ausmaß beeinflussen können. Wir können danach zu den schwierigeren Problemen oder den Problemen übergehen, die auftauchen, wenn Einrichtungen sich verändern, neue Techniken entdeckt werden und neue Fertigkeiten erlernt werden und dann versuchen, diese zu beeinflussen.

Unsere gegenwärtigen Techniken sind einfach und schlecht konzipiert, aber sie werden verbessert und bessern sich auch schon. Bei der Einrichtung eines Rehabilitationsdienstes scheint es vernünftig zu sein, mit den behinderten Patienten zu beginnen, deren Schwierigkeiten uns verständlich sind und die wir beeinflussen können. Wir sahen in Großbritannien, daß wir unsere Anstrengung zunächst auf das psychiatrische Krankenhaus konzentrieren mußten. Denn dort befanden sich die meisten der Behinderten, für die Psychiater verantwortlich waren. Die meisten britischen psychiatrischen Krankenhäuser versuchten die Rehabilitation ihrer Patienten in mehr oder weniger großem Umfang. Es könnte nützlich sein, diese Phase der Rehabilitationspraxis durch Beschreibung der in vier psychiatrischen Krankenhäusern verfolgten Programme anschaulich zu machen: nämlich dem Cheadle Royal Hospital, dem St. Wulstan's Hospital, dem Netherne Hospital und dem Glenside Hospital. Selbstverständlich gibt es viele andere erwähnenswerte Krankenhäuser, aber diese vier Krankenhäuser illustrieren nicht nur verschiedene mögliche Programme, sondern sie waren auch Gegenstand umfassender Forschung, Evaluation und Berichterstattung.

Die Rehabilitation im psychiatrischen Krankenhaus

Das Cheadle Royal Hospital

Das Cheadle Royal Hospital ist eines der wenigen psychiatrischen Krankenhäuser außerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes (N.H.S.) in Großbritannien. Es liegt gerade außerhalb der Stadt Manchester, ist noch ein Privatkrankenhaus und wird sowohl durch Einnahmen aus Vermächtnissen, freiwilligen Schenkungen und Honoraren als auch durch Zahlungen für Patienten, die durch den nationalen Gesundheitsdienst überwiesen werden, erhalten. Der Konstruktion nach ist das Krankenhaus weit davon entfernt, modern zu sein, wenn auch die Gebäude einen geräumigen und luxuriösen Eindruck machen und die allgemeine Atmosphäre die eines Hotels der oberen Mittelklasse ist, in dem man Zurückgezogenheit und individuelle Behandlung schätzt. Im Jahre 1957 begann man einen Rehabilitationsdienst aufzubauen und zwar mit einer industriellen Rehabilitationsabteilung, die insbesondere, aber nicht ausschließlich der Rehabilitation von Langzeitpatienten dienen sollte. Die Versorgung der Abteilung mit Arbeit war häufig unregelmäßig und so wurde entschieden, daß die Abteilung ihre eigenen Produkte herstellen und verkaufen sollte (60).

Das war möglich, weil es als privates Krankenhaus frei von einigen der bürokratischen Beschränkungen des Gesundheitsdienstes war. Aus demselben Grunde konnte das Krankenhaus einen Berater für die Leitung und anderes Personal mit Industrieerfahrung beschäftigen und ihnen ein angemessenes Gehalt bezahlen.

Cheadle ist ein gutes Beispiel dafür, was durch industrielle Rehabilitation für Langzeitpatienten erreicht werden kann (61). Es ist vielleicht eines der anspruchsvollsten Beispiele für die Benutzung industrieller Erfahrung in der Organisation, Verwaltung, Personalausstattung und Tätigkeit einer Krankenhauswerkstatt. So wurde zum Beispiel für jedes einzelne Produkt die Zeit genommen und eine Standardzeit festgesetzt. Cheadle ist insofern ungewöhnlich, als es seine eigenen Produkte herstellt und verkauft. Trotz seines Erfolges hat es anderswo in Großbritannien keine Nachahmung gefunden.

Das St. Wulstan's Hospital

Das St. Wulstan's Hospital liegt in Malvern in Worcestershire, und es ist das einzige spezialisierte regionale Krankenhaus für die Rehabilitation von psychisch kranken Langzeitpatienten in Großbritannien (44, 50). Die Patienten werden von anderen psychiatrischen Krankenhäusern der Region Birmingham überwiesen. Die Region umfaßt fünf „counties" (Grafschaften), und zwar Warwick, Hereford, Shropshire, Stafford und Worcestershire. Die Patienten werden aus zwölf psychiatrischen Krankenhäusern, die dieses Gebiet versorgen, überwiesen. Dr. Morgan, der es leitet, nimmt Patienten auf, die zwei Jahre im Krankenhaus waren, unter 55 Jahre alt, nicht vorbestraft und nicht minderbegabt sind. St. Wulstan's ist ein Baracken-Notfall-Krankenhaus mit 240 Betten, das während des letzten Weltkrieges errichtet wurde. Das Ziel des Programmes ist Sozialisation und berufliche Wiederanpassung der Patienten im Hinblick auf ihre Wiedereingliederung in eine Arbeitssituation außerhalb des Krankenhauses. Es gibt keine Begrenzung der Aufenthaltsdauer eines Patienten, aber das Krankenhaus hat das Recht, Patienten auszuwählen und auch das Recht, sie, wenn notwendig, zu ihrem Mutterkrankenhaus zurückzuschicken. 85 % der Patienten sind als schizophren diagnostiziert. Hinzu kommen einige manisch-depressive Patienten und Epileptiker und einige mit Persönlichkeitsstörungen und Minderbegabung. Der Hauptunterschied zu allen anderen Krankenhäusern ist, daß **alle** Patienten arbeiten und so die Werkstätten anstelle der Stationen der meisten anderen Krankenhäuser treten. Alle Schwestern und das andere Personal arbeiten in diesen Werkstätten. Dort werden auch die Krankengeschichten geführt. Die Stationen sind in Wirklichkeit Schlafsäle und stehen während der Arbeitsstunden leer. Die ersten 200 Patienten, die das Krankenhaus im Jahre 1961

aufnahm, waren im Durchschnitt zwölf Jahre in einem Krankenhaus gewesen. Die Rehabilitation dieser Patienten ist ein langsamer Prozeß. Die am wenigsten behinderten oder am besten motivierten Patienten bleiben zwischen 5 und 18 Monaten, wogegen diejenigen mit größeren Schwierigkeiten länger bleiben.

Die Überweisungen von den verschiedenen Krankenhäusern unterscheiden sich. Einige senden Patienten, die sie soweit als möglich vorbereitet haben, während andere anscheinend die am wenigsten Behinderten behalten und nur die mit schwierigen Rehabilitationsproblemen schicken.

Die Patienten werden nach ihrer Arbeitsfähigkeit in eine Anzahl von Gruppen eingestuft und kommen von einer Gruppe in die andere, wenn sich ihre Fähigkeiten ändern. Bezahlte industrielle Auftragsarbeit bildet den Hauptteil des Programmes. Das gesamte Krankenhaus dient der Rehabilitation und Wiedereingliederung.

Diese Art des Vorgehens hat sowohl Vor- als auch Nachteile. Es ist klar, daß soziale Wiederangleichung im umgangssprachlichen Sinn oder Wiedereingliederung sehr viel schwieriger wird, wenn die Patienten aus beträchtlicher Entfernung kommen. Die Wohnungen mancher Patienten sind bis zu 80 Meilen von der Abteilung entfernt. Oft besteht die Schwierigkeit, eine Verbindung mit der Gemeinde, in der die Patienten leben werden, herzustellen, und Morgan hat gezeigt, daß der Erfolg der Wiedereingliederung sich umgekehrt proportional zur Entfernung der Wohnung des Patienten verhält (13). Es muß auch festgestellt werden, daß Rehabilitationsfertigkeiten, die in der Abteilung entwickelt werden, nicht immer an die überweisenden Krankenhäuser weitergegeben werden und deren Rehabilitationsaktivitäten nicht beeinflussen. Schließlich gibt es, da es schwierig ist, Patienten in ihren eigenen Gemeinden anzusiedeln, die natürliche Tendenz und den natürlichen Wunsch, mehr Patienten in der Gemeinde, die die Abteilung selbst umgibt, wieder einzugliedern. Das kann zu Schwierigkeiten mit der örtlichen Gemeinde führen. Das Experiment des St. Wulstan's Krankenhauses hat die Basis für sehr nützliche Forschung abgegeben und hat auch gezeigt, daß ein Krankenhaus ohne Stationen möglich ist oder zumindest Werkstätten an Stelle der Stationen treten können. Ebenso wie Cheadle wurde das St. Wulstan's Experiment nicht nachgeahmt.

Das Netherne Hospital

Das Netherne Hospital liegt 17 Meilen vom Zentrum Londons entfernt, wo dessen südliche Vorstädte in die vorgeschobenen ländlichen Distrikte von Surrey hineinragen. Es versorgt eine Bevölkerung von ungefähr 650 000. Das Krankenhaus hat eine lange Tradition im Sinne eines fortschrittlichen Liberalismus. Ambulante und Nachsorgeeinrichtungen wurden in den späten 30er Jahren in den allgemeinen Bezirkskrankenhäusern eingerichtet. Das Krankenhaus beschäftigt viele ausgebildete Sozialarbeiter und hat immer besonderes Interesse auf das Stationsmilieu verwandt. Es war eines der ersten Krankenhäuser, die den „zwanglosen" Status für Patienten einführten.

Industrielle Rehabilitation und Wiedereingliederung wurden im Jahre 1957 begonnen. In der Zeit davor hatten sich erfahrene Ärzte aktiv um die Langzeitstationen des Krankenhauses bemüht. Diese wurden mehr im Sinne von „Milieu"-Therapie als von „therapeutischer Gemeinschaft" geführt. Sie entsprachen nicht den ideologischen Anforderungen einer wahren therapeutischen Gemeinschaft. (16) (Der Unterschied zwischen Milieutherapie und therapeutischer Gemeinschaft wird in einem späteren Abschnitt diskutiert.)

Nach Wing und Brown (70) „hatten einige der Stationen im Netherne Krankenhaus regelmäßige Patienten-Teamveranstaltungen. Die Patienten waren in kleinen Gruppen organisiert, jede mit einer eigenen Schwester oder einem Verhaltenstherapeuten. Man legte durchaus Wert auf die Kommunikation zwischen dem Personal auf verschiedenen Ebenen der verschiedenen Hierarchien. Andererseits war die Gruppenorganisation nicht so vollkommen, die „Demokratisierung" des Personals nicht so weitreichend, die Kommunikationswege nicht so allgegenwärtig, die Arbeitsorganisation nicht so „kreativ", das Führungsprinzip nicht so schlecht angesehen und das Verhalten des Personals nicht so „spontan" wie es die aufgestellten Forderungen verlangten, und man hätte diese auch keinesfalls in Netherne als besonders extrem bezeichnen können". Dieses Programm einer „Milieutherapie" zusammen mit industrieller Auftragsarbeit und der Anordnung der Stationen und Werkstätten als unabhängige „Stufenleitern" scheint zu den besseren Ergebnissen bei der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten im Netherne Krankenhaus beigetragen zu haben, wenn man es mit den beiden anderen, von den Autoren untersuchten Krankenhäusern vergleicht (70). Es ist unmöglich, hier in alle Details einzutreten, aber Wing und Brown grenzten die Einwirkungen verschiedener Aspekte des sozialen Umfeldes ab. Sie fanden, daß der wichtigste Einzelfaktor, der mit der Besserung der Primärbehinderungen des schizophrenen Patienten einherging, in der Verringerung der Zeitspanne, in der der Patient untätig war, bestand. Sie schlossen daraus, daß die Inaktivität eine der größten Gefahren für chronisch schizophrene Patienten darstellt und direkt für einen gewissen Anteil klinischer Symptomatik, wie Affektverflachung, Sprachverarmung und sozialen Rückzug verantwortlich zu sein schien. Restriktive Gepflogenheiten auf Station schienen für die Förderung oder Aufrechterhaltung negativer Symptome eine davon abgrenzbare Rolle zu spielen. Das mag wohl sein, weil eine stark restriktive Station, selbst wenn die Patienten etwas Aktivität entfalten, zu wenig stimulierend wirkt. Während zunehmender Kontakt mit der Außenwelt, eine optimistische Stimmung der Schwestern und der wachsende Besitz persönlicher Habseligkeiten die primären Behinderungen nur wenig beeinflußten, waren diese sozialen Einwirkungen von großer Bedeutung für die Verminderung sekundärer Behinderungen bei der Wiedereingliederung.

Netherne wurde jetzt in Abteilungen, die mit verschiedenen Sektoren des Versorgungsgebietes verbunden sind, unterteilt.

Trotzdem bleibt es ein großes und, bezüglich des Versorgungsgebietes, abgelegenes psychiatrisches Krankenhaus. Es zeigte die Möglichkeit, innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses ein differenziertes und komplexes, aber flexibles Rehabilitationsprogramm zu entwickeln, das die beruflichen und sozialen Fähigkeiten der Patienten, wie auch ihr Rollenverhalten fördert (32). Es war auch in der glücklichen Lage, das Interesse einer Anzahl ausgezeichneter Forscher auf sich zu lenken, die, ausgehend von ihren Ergebnissen, wertvolle theoretische Überlegungen anstellten.

Das Glenside Hospital

Das Glenside Hospital liegt gerade außerhalb des Zentrums von Bristol. Es war früher als Fishponds Hospital bekannt. Der abstoßende äußere Eindruck der 1863 errichteten Gebäude wurde eine Zeitlang durch einen etwas abschreckenden Ruf verstärkt. Vor einigen Jahren wurde dem Krankenhaus die unerwünschte Aufgabe der Betreuung chronischer Langzeitpatienten des Bezirkes Bristol übertragen. Insoweit ähnelte es dem St. Wulstan's Krankenhaus und entsprach nicht dem Cheadle Royal und Netherne Krankenhaus, denn diese beiden nahmen auch einen Teil akut kranker Kurzzeitpatienten auf. In Bristol kümmerten sich andere Krankenhäuser um die Kurzzeitfälle.

Dr. Early, Glenside's leitender Arzt, meinte, die „späte" Rehabilitation und Wiedereingliederung chronisch behinderter Patienten lasse sich nicht durch die gesetzlich festgesetzten Aufgaben der Krankenhäuser, der örtlichen Behörden oder des Arbeitsministeriums alleine erreichen. Er glaubte, daß „der durch die Einführung industrieller Therapie in die psychiatrischen Krankenhäuser während der 50er Jahre erreichte Erfolg die Notwendigkeit eines weiteren Trainings innerhalb der Gemeinde unterstrich, um so die Langzeitpatienten in die Lage zu versetzen, Stellen in der freien Industrie anzunehmen. In Großbritannien haben die örtlichen Behörden, obwohl sie als gesetzliche Institutionen mit der Verantwortlichkeit für die psychiatrische Nachsorge (die unter den „Mental Health Act" von 1959 fällt) betraut sind, sich meist fast ausschließlich um die Behandlung der Minderbegabten bemüht" (27). So machte er sich daran, seinen Patienten eine Langzeitvorbereitung auf die Arbeit anzubieten. Industriearbeit wurde im Glenside Hospital im Jahre 1957 eingeführt. Im Januar 1958 verrichteten 14 Patienten Industriearbeit. Diese Zahl stieg bis zum Dezember 1959 auf 385 an (22). Die Arbeitsleistung, die von den Patienten in den Krankenhausbetrieben aufrechterhalten wurde, war gleichbleibend hoch. Die Industriellen, die die Arbeit lieferten, waren von ihrer Qualität und von den kommerziellen und philanthropischen Möglichkeiten beeindruckt. Sie meinten, daß weiteres Arbeitstraining notwendig sei, wenn Patienten in der freien Industrie wiederbeschäftigt werden sollten. Einige dieser Industriellen taten sich mit Dr. Early zusammen, um die „Bristol Industrial Therapy Organisation = I.T.O. (etwa: die Bristol Industrie-Therapie-Einrichtung) zu gründen (22, 25).

Es handelte sich um eine nicht gewinnorientierte Gesellschaft mit beschränkter Haftung, und sie wurde gegründet, um als Modell für ein medizinisch und industriell geleitetes „Arbeitstraining" unter Bedingungen, die normalen Fabrikbedingungen so nahe als möglich kommen sollten und als zweiter Schritt in Richtung vollständiger industrieller Wiedereingliederung zu dienen.

Als dritten Schritt versuchte man, aufgeschlossene Arbeitgeber zu überzeugen, eine weitere Trainingsperiode unter üblichen Fabrikbedingungen vor der endgültigen festen Wiedereingliederung des Patienten bereitzustellen. Der Vorsitzende der Gesellschaft war ein Industrieller, und sein Verwaltungsbeirat repräsentierte ein weites Spektrum von Gemeindeinteressen: die Kirche, die Stadtverwaltung, die Industrie, die Gewerkschaften, die Medizin und die Psychiatrie. Zuerst schienen Schwierigkeiten mit den Gewerkschaften unvermeidlich, nachdem durch eine unzutreffende Stellungnahme des Gewerkschaftsrates der Eindruck entstanden war, daß die Patienten ausgebeutet würden. Als jedoch die Repräsentanten der Gewerkschaften die Werkstätten besuchten und sich über ihre Ziele und Arbeitsmethoden informierten, konnten sie sich selbst überzeugen, daß es keine Ausbeutung gab und daß die Arbeit von therapeutischem Nutzen war. Danach widersetzten sich die Gewerkschaften dem Entwurf nicht mehr. Eine bestimmte Gewerkschaft ging noch weiter und gab eine wesentliche finanzielle Unterstützung.

Die „Industrial Therapy Organisation (I. T. O.) von Glenside und Bristol wie auch das Rehabilitationsprogramm des Netherne Krankenhauses befaßten sich nicht nur mit der *beruflichen* Rehabilitation der psychiatrischen Langzeitpatienten. Dr. Early fand, daß in einem bestimmten Stadium des Prozesses der wirtschaftlichen Rehabilitation die häusliche Wiedereingliederung beginnen muß. Das letzte Ziel ist die Unabhängigkeit in der Gemeinschaft (23, 28). Er fand, daß die meisten Krankenhäuser eine beschränkte Abstufung verbesserter Bedingungen innerhalb des Krankenhauses anboten. Das heißt, daß ein Patient auf eine bessere Station oder auf eine mit weniger Schwesternaufsicht verlegt werden konnte, wenn sein Zustand sich besserte. Auch in Netherne waren die Stationen nach diesem Muster unterteilt. Dr. Early merkte, daß diese Abstufung innerhalb des Krankenhauses ohne die Schaffung ähnlicher Schritte außerhalb des Krankenhauses unvollständig bliebe, so daß der Patient vom Krankenhaus aus in ein Wohnheim, in ein Ausbildungsheim, in ein Heim mit oder ohne Aufsicht, in eine Wohnung, in ein möbliertes Zimmer, in eine Mietwohnung, in ein Haus oder in ein Hotel weitergeleitet werden oder bei seiner eigenen Familie leben könnte. Auf diese Weise konnte er unter der Schirmherrschaft seiner I. T. O. eine Reihe von Arbeits- und Lebensbedingungen, die in Stufen angeordnet waren, schaffen.

Für jeden einzelnen Patienten konnte eine bestimmte Arbeit mit einer bestimmten Lebenssituation verbun-

den werden. Insgesamt konnten die Alternativen der Beschäftigung und Unterkunft in Early's Entwurf auf 90 Arten kombiniert werden. Early sagt: „Auf diese Weise können viele Patienten in die Gemeinde entlassen werden und viele (wenn nicht alle) brauchen Nachbetreuung in der Gemeinde. Die Nicht-Ablehnung durch die Öffentlichkeit ist die einzige, wichtigste Bedingung. Es ist nicht leicht, die Mitarbeit der Öffentlichkeit zu gewinnen. Unsere Erfahrung in Bristol läßt vermuten, daß lokales Prestigedenken und der Experimentiercharakter der I. T. O. viel helfen. Die psychiatrische Nachsorge muß aufrechterhalten werden und das erfordert gute Beziehungen zwischen Hausärzten, Psychiatern und Sozialarbeitern" (23). Im weiteren sagt er, daß keine Kombination von Arbeit und Unterkunft als endgültig angesehen werden sollte, bis der Patient in der freien Industrie oder dem Handel arbeitet und in normalen Gemeinschaftsbedingungen lebt. Kein Fall sollte je aufgegeben werden, selbst wenn die skizzierte Entwicklung zwei, drei, vier oder auch mehr Jahre in Anspruch nimmt. Es gibt nichts zu verlieren.

In anderen Teilen des Landes sind für beschützende Unterkünfte und Tagesstätten für behinderte psychiatrische Patienten und für geistig Zurückgebliebene die örtlichen Behörden zuständig. Mind gab 1971 und 1973 darüber einen Überblick (47, 48). Die Autoren schlossen, daß zwar die Übersicht von 1973 seit 1971 einen gewissen Fortschritt erkennen ließ, daß aber der Fortschritt noch alarmierend langsam vor sich ging, wenn man die absoluten Zahlen anstatt des prozentualen Wachstums beurteilte. Dies war besonders deutlich bei den Wohn- und Tagesstätten für psychisch Kranke. Sie folgerten, daß die Dienste für psychisch Kranke bei den Aufwendungen der örtlichen Behörden noch immer hintanstehen (49). Sie drängten den Gesundheitsminister, Richtlinien und Ziele für diesen Versorgungsbereich zu schaffen und den örtlichen Behörden mehr Gelder zu bewilligen, um die notwendigen Investitionen zu ermöglichen. Zweifellos sind Tageszentren und Wohnmöglichkeiten von großer Bedeutung für einen Rehabilitationsdienst.

Aus diesen Berichten wird deutlich, daß in Großbritannien die Rehabilitation im psychiatrischen Krankenhaus und die Wiedereingliederung weitgehend von der Anwendung bezahlter „industrieller" Auftragsarbeit abhängen. In Netherne benutzte man sie, um die Tauglichkeit der Patienten für eine Beschäftigung einzuschätzen und sie für die Wiedereingliederung vorzubereiten. Ihr Rehabilitationswert war nicht vorherzusehen. Aber sie bot den seelisch behinderten „Chronisten" eine andere Rolle als die des Patienten, verhinderte die Untätigkeit, förderte die Motivation und brachte eine bescheidene Belohnung, die die Patienten in die Lage versetzte, das von Goffman (37) beschriebene institutionelle „Verkümmern" zu verhindern.

Sie war besonders nützlich, weil sie relativ wenig fachliche Anleitung erforderte, so daß eine große Zahl von Patienten beschäftigt werden konnte. Beschäftigungstherapie und Arbeit in den Versorgungsabteilungen des Krankenhauses erfordert mehr Anleitung (4). Natürlich war sie in gewissem Umfang eine Lösung, die die „Massenproduktion" nutzte. Man verwandte relativ wenig Aufmerksamkeit auf die Fähigkeiten, Behinderungen und Bedürfnisse des einzelnen Patienten. Trotz seiner Grenzen war dieser Weg akzeptabel und sinnvoll sowohl für Privat- als auch für Allgemeinpatienten. Obwohl alle Krankenhäuser sich um die Fähigkeit zwischenmenschlicher Beziehung als auch um die Arbeitsfertigkeiten der Patienten bemühten, wird dies weniger ausführlich beschrieben. Was sie unternahmen, muß im Lichte der damals stattfindenden, sehr weitreichenden Veränderungen der psychiatrischen Krankenhäuser gesehen werden. Mit anderen Worten, es muß auf dem allgemeinen Hintergrund eines liberalen „Mental Health Act", der Öffnung der Stationen und in einigen Krankenhäusern auf dem Hintergrund der Anwendung von Gruppenmethoden und dem Verständnis der Öffentlichkeit gesehen werden. Offensichtlich muß diese Art von Rehabilitation und Wiedereingliederung, wenn sie erfolgreich sein soll, zu ihrer eigenen Beseitigung führen, weil Behinderungen dieser Art in psychiatrischen Krankenhäusern dann weder entstehen noch sich ansammeln können.

Die „Small unit" Rehabilitation (Rehabilitation der kleinen Abteilung)

In Großbritannien gab es immer noch eine andere Art von Rehabilitation, die auf kleinen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser, in Tageskliniken oder auch in anderen Abteilungen stattfindet, die in mehr oder weniger enger Beziehung zu einem psychiatrischen Krankenhaus stehen. Obwohl ich dies „Small unit"-Rehabilitation nenne, liegt der Unterschied nicht nur im äußeren Rahmen, sondern auch in der Art der Störungen der Patienten. Hier finden wir Neurotiker, Border-line-Patienten und durch Persönlichkeitsstörungen Behinderte. Die Störung kann erst kurz oder schon lange bestehen. Diese Form entstammt, wie die Rehabilitation im psychiatrischen Krankenhaus, der psychiatrischen Praxis der Kriegszeit. Sie war eng verbunden mit der fruchtbaren Idee der „therapeutischen Gemeinschaft" und dem Bedürfnis, den Soldaten zu helfen, die sich an das Leben in der Armee nicht anpassen konnten, Kriegsgefangene waren oder Neurosen bzw. Persönlichkeitsstörungen hatten. Die Abteilungen waren klein und versuchten häufig nur die Rehabilitation ausgewählter Patienten, mit der Technik der „therapeutischen Gemeinschaft", die Cumming von der im großen psychiatrischen Krankenhaus benutzten „Milieutherapie" abgegrenzt hatte (17). Das therapeutische Ziel war, das Verhalten der Patienten durch Einsicht zu verbessern, so daß sie die Auswirkungen ihres Verhalten auf andere einschätzen konnten.

Sie können diese Einsicht erlangen durch Einbeziehung in eine „Art permanente Gruppenanalyse" (nach Cumming) mit anderen Patienten und dem Personal. Man setzte auch Gruppen, das Psychodrama und das Rollenspiel ein, um dem Patienten zu helfen, seine emotionalen Impulse zu verstehen, zu äußern und zu kontrollieren, wobei Beschäfti-

gungstherapie und Entspannungstherapie als Ausdrucksmöglichkeiten, um Spannungen zu vermindern oder als Hilfe zum Verständnis eingesetzt werden. Die Interaktion unter den Teammitgliedern und zwischen diesen und den Patienten sollte expressiv und spontan sein, und innerhalb eines egalitären Wertsystems, bei „Verschwimmen" der Rollen und dem „Abbau" der Autoritätsstruktur stattfinden. Milieutheraphie hingegen legt mehr Nachdruck auf den Umweltaspekt der Station. Ziel ist, die Fähigkeit der Patienten zu stärken, sich im täglichen Leben zu behaupten, und der Nachdruck liegt auf dem Erlernen instrumentaler und problemlösender Fertigkeiten. Die benutzten Methoden umfassen das Einüben von Verhaltensweisen, soziale Rehabilitation, industrielle Rehabilitation und die Arbeit in kleinen Gruppen. Die Anwendung der Milieutherapie bei der Rehabilitation im psychiatrischen Krankenhaus wurde bereits beschrieben. Selbstverständlich kann man — und wird man — die „Milieutherapie" auch in kleinen Rehabilitationsabteilungen einsetzen.

Aber wenn auch beide Wege in der Rehabilitation beschritten werden, so ist doch klar, daß jede nur einen Teil der Anpassungsleistungen des Behinderten fördert. Anpassung beruht sowohl auf der Fähigkeit zu handeln („Milieutherapie"), als auch auf der Fähigkeit, dabei mit emotionalen Regungen umzugehen („therapeutische Gemeinschaft"). So spricht sehr vieles für eine Kombination dieser beiden Wege in der Rehabilitation. Unglücklicherweise konkurrieren sie noch immer miteinander, und die Protagonisten beider Seiten offenbaren ihre Schwäche, wenn sie statt der Resultate die Methoden betonen. Man kann einige industrielle Rehabilitationsprogramme kritisieren, weil sie den therapeutischen Erfolg einzig im Sinne von Werkstattproduktivität einschätzen, während einige therapeutische Gemeinschaften für die Wertschätzung von Gruppen um ihrer selbst willen getadelt werden könnten. Viele Krankenhäuser, Stationen oder Abteilungen, die für sich in Anspruch nehmen, den Weg der therapeutischen Gemeinschaft zu verfolgen, präzisieren nicht, was sie tun. Weil diese Abteilungen klein und zerstreut sind, ist es außerdem schwierig, ihre Bedeutung für die Rehabilitation einzuschätzen. Die wenigen vorliegenden Evaluationen sind nicht sehr befriedigend (40, 51). Unter den besser bekannten Abteilungen sind das Henderson- und das Cassel-Krankenhaus in London, das Fulbourn-Krankenhaus in Cambridge und die John Conolly-Abteilung in Birmingham.

Der Bezirksrehabilitationsdienst

Unglücklicherweise scheint man bei der Einführung und Planung neuer Programme mehr Wert auf die Entscheidung zu legen, wo Rehabilitation unternommen werden soll, als was getan wird und wer etwas unternimmt. Zweifellos spielten die zunehmende Behandlung in Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser und Tageskliniken und die Zunahme der häuslichen und der Gemeindefürsorge eine besondere Rolle in der Rehabilitation vieler Behinderter. Selbst wenn man sich kaum direkt bemühte, Behinderungen zu verringern oder die Anpassung zu verbessern, bedeutet eine Behandlung mit weniger Stigmatisierung in nur „teilweiser Patient"-Rolle oder ohne stationären Aufenthalt, schon Rehabilitation insoweit, als die Behandlung früher einsetzt und die normalen sozialen Rollen beibehalten werden können. Wahrscheinlich wird dadurch sowohl primären als auch sekundären Behinderungen vorgebeugt. Ohne Zweifel wird rehabilitiert, aber es ist schwierig festzustellen, was getan wird und Ergebnisse und Besserungen einzuschätzen. Außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses teilen sich viele verschiedene Dienste in die Rehabilitation. Man sollte bedenken, daß sogar in einer Tagesklinik der Patient nur 40 Stunden pro Woche zugegen ist und während der anderen 128 Stunden sich bei seiner Familie oder Freunden aufhält. Deshalb ist es notwendig zu entscheiden, inwieweit das Programm mit der Familie arbeiten und inwieweit die Familie in die Rehabilitation einbezogen werden kann. Auf jeden Fall wird die Rehabilitation in Abteilungen, die viel dichter bei den Patienten liegen, stattfinden. Die Politik unseres Gesundheitsministeriums war es, die „Psychiatrie vollständig in die allgemeine Struktur der Medizin zu integrieren" (8). Ob das eine gute Politik ist, darüber läßt sich debattieren; aber sie führte dazu, daß das Ministerium die Einrichtung psychiatrischer Polikliniken, tagesklinischer und stationärer Einrichtungen in Allgemeinkrankenhäusern jahrelang unterstützte. Kürzlich entschloß man sich, auf Grund der Verbesserungen in Behandlung und Betreuung, die großen, separat gelegenen psychiatrischen Krankenhäuser durch einen psychiatrischen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern zu ersetzen. Das stellt eine wichtige Änderung dar. Durch einen solchen Dienst würde die psychiatrische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus mit den anderen zwei Teilen unseres dreigeteilten Gesundheitswesens — dem Hausarzt und dem öffentlichen Gesundheitsdienst — zusammenarbeiten, und so eine umfassende psychiatrische Versorgung eines festgesetzten Bezirkes ermöglichen. Das Gesundheitsministerium möchte, daß in diesen Abteilungen auf die Rehabilitation und die Wahrung der Kontinuität der persönlichen Beziehungen des Patienten und seiner Kontakte mit der Gemeinde besondere Nachdruck gelegt wird (8). Dies erscheint wesentlich, wenn auch die stärker Behinderten behandelt werden sollen. Man erhofft sich, wenn nun diese drei Teile des Gesundheitsdienstes verschmolzen sind und durch Bezirksgesundheitsbehörden verwaltet werden, sie könnten eine effektivere, umfassende Versorgung planen.

Aber die Bezirksgesundheitsbehörden wurden gerade eben erst eingerichtet, und wir haben noch keine Vorstellung davon, wie die psychiatrischen Bezirksrehabilitationsdienste aussehen werden. Wie dem auch sei, im Jahre 1968 setzte das „Standing Medical Advisory Committee of the Central Health Services Council" (etwa: ständiger medizinischer Beratungsausschuß des zentralen Gesundheitsdienstes) einen Unterausschuß zur Rehabilitation mit der folgenden Empfehlung ein: „Um die künftigen Rehabilitationsdienste im nationalen Gesundheitsdienst

und deren Organisation und weitere Entwicklung zu erörtern und Empfehlungen zu erarbeiten". Dieser Ausschuß, bekannt als Tunbridge-Komitee, war einer der ersten Versuche des Gesundheitsministeriums, sich um Rehabilitation zu bemühen (54). In Großbritannien hat das Arbeitsministerium von jeher mehr Interesse für die Rehabilitation als das Gesundheitsministerium gezeigt. Der Ausschuß setzte sich nur aus Ärzten zusammen und wurde kritisiert, weil er die medizinischen Aspekte hervorhob und nur wenig über Beeinflussung von Verhalten, die Verbesserung der Umweltbedingungen oder die Folgen der Behinderung für die Familie, zu sagen hatte. Der Ausschuß hob hervor, daß frühere Regierungsberichte nur sehr allgemeine Ratschläge zur Rehabilitation psychisch Gestörter gaben und nichts über das Fehlen eines ernannten Beraters für psychiatrische Rehabilitation aussagten. Der Bericht empfahl die Einrichtung einer Rehabilitationsabteilung mit 100 Plätzen in jedem allgemeinen Distriktkrankenhaus bzw. jeder Gruppe von Krankenhäusern für die Versorgung von Gemeinden mit annähernd 200 000 Einwohnern. Daneben sollte auch eine psychiatrische Tagesklinik mit 160 Plätzen und eine geriatrische Tagesklinik mit 80 Plätzen bestehen. Besondere Einrichtungen wären in ausgewählten allgemeinen Bezirkskrankenhäusern für bestimmte Patientengruppen erforderlich, so z. B. für Patienten mit Hirntraumen oder Rückenmarkstraumen. Nach diesem Bericht wäre die psychiatrische Rehabilitation ein Teil der Rehabilitationsabteilung des Allgemeinkrankenhauses und stünde unter der Leitung eines Arztes, der jeder klinischen Fachrichtung angehören könnte. Man merkte schnell, daß es Schwierigkeiten gab, da „trotz der Bedeutung der Rehabilitation für psychiatrische Patienten die Organisation dieses Dienstes ein besonderes Problem darstellt. Die Beziehung zwischen Psychiater und Patient ist derart, daß die Leitung der Rehabilitation durch jemand anderen für den Patienten ernste Schwierigkeiten im Behandlungsprozeß bringen kann. Es muß nun ein Ausgleich zwischen Bedürfnissen des Patienten und der Organisation der Abteilung, die die Rehabilitation für eine große Zahl von Patienten sicherzustellen hat, erreicht werden".

Der Camberwell-Bezirksdienst

In einem Bezirksdienst sind die in die Rehabilitation Einbezogenen nicht auf die Krankenhausabteilung beschränkt, wenn auch die Abteilung eine Schlüsselfunktion in der Arbeit der Dienste hat. Es gab viele Versuche, einen guten Bezirksdienst mit einer Basisrehabilitation zu schaffen. Ich werde über den Camberwell-Dienst berichten, weil seine Arbeit beschrieben und evaluiert ist (72). Das Maudsley-Krankenhaus übernahm Camberwell im Jahre 1964 als Einzugsgebiet. Bis dahin war das Gebiet ein selbständiger Stadteil mit 172 000 Einwohnern. Dieser ging in dem größeren Stadtteil Southwark auf. Wing sagte: „Auch nicht mit viel Phantasie hätte man die psychiatrischen Dienste von Camberwell im Jahre 1964 als umfassend oder integriert bezeichnen können. Es gab ein außerhalb der Stadt gelegenes psychiatrisches Krankenhaus (Cane Hill) mit nur dürftigen Verbindungen zu den Allgemeinkrankenhäusern des Gebietes, eine isolierte psychiatrische Wohlfahrtsabteilung der lokalen Behörde, eine Beobachtungsstation (St. Francis), die die gesamte Londoner Innenstadt versorgte, ein nichtakademisches Lehrkrankenhaus (King's College Krankenhaus) ohne psychiatrische Betten und eine hochqualifizierte Behandlungsmöglichkeit für einige sorgfältig ausgewählte, stationäre Patienten gemeinsam für das Maudsley- und Bethlem Royal Krankenhaus, die auch einen ausgezeichneten ambulanten und Notfalldienst unterhielten. Genau im Zentrum des Bezirks befand sich das Camberwell-Aufnahmezentrum für Obdachlose, eine ständige Mahnung, die Prinzipien der Prävention nicht zu vernachlässigen" (73).

Während der vergangenen zehn Jahre hat das Maudsley-Krankenhaus immer mehr Verantwortung für das Gebiet übernommen, und jetzt werden nur noch einige wenige Patienten über 65 mit organischen Hirnschäden ins psychiatrische Krankenhaus verlegt. Verschiedene neue Dienste wurden aufgebaut. Die Sozialdienstabteilung unterhielt eine Menge Tagesstätten und Heime für ältere Menschen, und auch für einige psychiatrische Alterskranke. Andere Wohnmöglichkeiten wurden von freien Organisationen eingerichtet. Die üblichen Dienste, wie Polikliniken, Hausbesuche, Plätze in Tageskliniken, Betten für stationäre Patienten und Familienfürsorge, spielen alle sowohl für die Rehabilitation wie auch für die Behandlung eine Rolle (5, 71). Natürlich betrachtete das Personal eines Universitätskrankenhauses die Übernahme dieser Verpflichtungen mit etwas Besorgnis. Sie befürchteten, nicht ganz zu Unrecht, daß die Krankenhausbetten mit einer zunehmenden Zahl chronischer Patienten belegt würden. Das wäre eine unglückliche Entwicklung nicht gerade für das Maudsley-Krankenhaus, aber doch für den Bezirksdienst gewesen. Offensichtlich mußten besondere Einrichtungen für die Rehabilitation der schwerer Behinderten geschaffen werden. Das übernahmen die Tagesklinik und die berufliche Wiedereingliederungsabteilung (VRU) — gemeinhin bekannt als „Rehabilitationswerkstätte" — sowie die stationäre Abteilung von St. Francis. Nur schwer behinderte Patienten wurden von den anderen Stationen versorgt.

Sie wurden sowohl von der Ambulanz als auch vom DRO überwiesen. In der Rehabilitationspraxis trachtete die Tagesklinik danach, Milieutherapie und therapeutische Gemeinschaft zu kombinieren. Mit anderen Worten sie versucht, den Patienten zu helfen, ihren sozialen Rollen gerecht zu werden, indem sie ihnen nicht nur die notwendigen sozialen und instrumentalen Fertigkeiten vermittelt, sondern ihnen auch zur gleichen Zeit hilft, mit ihren emotionalen Reaktionen umzugehen. Neben täglich stattfindenden Gruppen, wo die Patienten lernen können, mit ihren familiären, sozialen und emotionalen Schwierigkeiten fertig zu werden, gibt es bezahlte industrielle Auftragsarbeit, die ihnen eine andere Rolle als die des Patienten ermöglicht. Hinzu kommt das Trainieren sozialer und anderer Fertigkeiten, die von Psychologen vermittelte Modifikation der Behinderung und heilpädagogische Erziehung durch Lehrer des örtlichen Instituts für Erwachsenenbil-

dung. Wenn die Durchsetzungsfähigkeit der Patienten ausreichend gebessert ist und er 30 Stunden in der Woche arbeiten kann, wird er in eine berufliche Wiedereingliederungsabteilung (VRU) verlegt.

Für den Dienst gilt die Abteilung als vollkommen, wenn alle Stufen von der Behandlung bis zur Rehabilitation und Wiedereingliederung vorhanden sind. Bei einer speziellen Evaluierung ergab sich jedoch ein weniger günstiges Bild, das wir im Abschnitt über Evaluierung erörtern werden.

Überschneidungen verschiedener Formen der Rehabilitation

Es ist beabsichtigt, daß zumindest einige der seelisch und körperlich Behinderten die gleichen Rehabilitationseinrichtungen des allgemeinen Bezirkskrankenhauses benutzen. Diese Tendenz, die Einrichtungen für die körperlich und geistig Behinderten gemeinsam zu benutzen, findet sich in wachsendem Maße in vielen anderen Rehabilitationsgebieten in Großbritannien. Sowohl die seelisch als auch die körperlich Behinderten haben immer die industriellen Rehabilitationsabteilungen des „Arbeitsministeriums" beansprucht. Aber das Personal in den industriellen Abteilungen hat oft das Gefühl gehabt, daß sie nur einen gewissen Teil der behinderten psychiatrischen Patienten behandeln konnten, und das ist vielleicht nicht überraschend, da ja diese Abteilungen auf körperliche Behinderungen ausgerichtet waren. Es ist dargestellt worden, daß chronisch schizophrene Patienten auf industriellen Rehabilitationsabteilungen von psychiatrischen Krankenhäusern aus der Zusammenarbeit mit körperlichen Behinderten Nutzen zogen.

Das Verhalten des Personals ist zwar unterschiedlich, aber es gibt kein vernünftiges Argument für die Trennung der körperlich und seelisch Behinderten, und es wird allgemein üblich, Tageszentren einzurichten, welche nicht nur die körperlich und seelisch Behinderten, sondern auch geistig Zurückgebliebene aufnehmen. Ein besonders gutes Beispiel dafür ist das Crosfield Centre in Croydon.

Im Einführungsabschnitt wurde betont, daß es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen körperlicher und psychiatrischer Rehabilitation bezüglich der Rollen und Aufgaben gibt. Der Unterschied ist größer im früheren Stadium der Rehabilitation und wird geringer, wenn das Wiedereingliederungsstadium erreicht ist. Es gibt deswegen wenig Argumente dafür, körperlich und seelisch Behinderte in dem frühen Stadium der Rehabilitation zu mischen, wenn sie auch einige Einrichtungen in unseren allgemeinen Bezirkskrankenhäusern gemeinsam benutzen werden. Es gibt keinen Grund, warum beide nicht dieselben ITO-, VRU- und IRU-Einrichtungen oder dieselben Tagesstätten benutzen sollten. Schließlich gibt das Arbeitsministerium keiner neuen beschützenden Werkstätte, die nicht für körperlich Behinderte, psychisch kranke Behinderte und Minderbegabte gemeinsam betrieben wird, finanzielle Unterstützung. Ein anderes Argument für das Mischen körperlich und geistig Behinderter liegt im Beitrag der Psychiatrie zur körperlichen Rehabilitation. Das wird im allgemeinen akzeptiert, und über die neuen Ausbildungswege in den Heilberufen wird viel diskutiert.

Das Rehabilitationspersonal

Unter anderem plant man, Verhaltenstherapeuten, Physiotherapeuten und Heilgymnasten zu einem einzigen Heilberuf zusammenzufassen. Innerhalb dieses Berufes wäre Spielraum für weitere Spezialisierung. Gleichwohl gibt es bei den betroffenen Berufsgruppen Zweifel, ob ein umfassender Beruf, selbst mit Spielraum für Spezialisierung, den Patienten die beste Versorgung bieten würde. Die derzeit ausgebildeten *Verhaltenstherapeuten* können den Patienten nicht immer eine geeignete Arbeit anbieten bzw. so anbieten, daß sie psychologisch wachsen und reifen können. Wie Main einmal gesagt hat, „da ist ein wenig Magie in der Aktivität um der Aktivität willen, den Patienten mir nichts, dir nichts nach der Mystik der Macht der Kinderstube auszurichten oder in ein Ritual von verhaltenstherapeutischen Aktivitäten ohne Beziehung zu seiner industriellen Vergangenheit und Zukunft einzuspannen." Und doch versucht man es oft, wenn nicht im Glauben an die Magie der Aktivität, so doch zumindest an die Magie der Kreativität. Wenn man ermutigt wird, kann man jedoch berufsausbildende Werkstätten einrichten und auf diesem Wege die Zahl der Patienten, denen man helfen kann, vergrößern. (4) Unglücklicherweise gibt es einen „endemischen Mangel" an Beschäftigungstherapeuten im Gesundheitsdienst. (62) Daran sind zum Teil die unangemessenen Gehälter schuld. Wir sind der festen Ansicht, daß wir Weiterbildungskurse in psychiatrischer Beschäftigungstherapie mit sehr viel mehr Betonung nicht der Ausbildung in Psychiatrie, sondern in Psychologie und Soziologie, brauchen.

Gleichzeitig diskutiert der „Central Council for Education and Training in Social Work" (etwa: Zentralrat für Erziehung und Ausbildung in der Sozialarbeit) über die angemessene Ausbildung für das Personal von Tagesstätten. Hierbei denkt man daran, daß nach abgeschlossener Ausbildung entweder Kinder, alte Menschen, körperlich Behinderte, psychisch Behinderte oder Minderbegabte zu betreuen sind. Tagesstätten, die von lokalen Behörden oder freien Körperschaften verwaltet werden, spielen eine sehr bedeutende Rolle in der Rehabilitation derjenigen Behinderten, die zu behindert sind, um wieder an einem Arbeitsplatz eingegliedert zu werden.

Wir haben im vorangegangenen auf den Bericht über die Ausbildung in der *Sozialarbeit mit Behinderten* (56) hingewiesen. Das ist vielleicht eine gute Gelegenheit, um darauf hinzuweisen, daß kürzlich eine bemerkenswerte Reorganisation der Sozialarbeit in Großbritannien stattgefunden hat, so daß unsere örtlichen Behörden nun „Social Service Departments" (Sozialdienstabteilungen) haben (7, 8). Diese neuen Abteilungen entstanden aus der Überlegung von Sozialarbeitern und der Regierung, daß heute Sozialdienste nicht nur für gewisse Arten so-

zialer Probleme und die Schwierigkeiten von besonderen Altersgruppen verantwortlich sind. Man fand, daß menschliche Bedürfnisse nicht so willkürlich eingeteilt werden können und so wurde beschlossen, solche ehemaligen Spezialisierungen der Sozialarbeit, wie psychische Gesundheit, Kinderfürsorge und Sozialhilfe, aufzugeben und in einer Abteilung mit einheitlichem Dienst aufgehen zu lassen. Die Sozialarbeiter begrüßten diese neue Unabhängigkeit sehr, integrierten ihre Berufsvereinigungen und ihre verschiedenen Ausbildungswege und übernahmen eigene Abteilungen in den lokalen Behörden, als die Änderung durch das Sozialdienstgesetz von 1971 in Kraft trat. Während einige das Verschwinden der ehemaligen Sozialarbeiter für psychische Gesundheit und Psychiatrie bedauern, stellen die neuen Abteilungen ein nützliches soziales Gegengewicht zu den mehr medizinisch orientierten psychiatrischen Diensten dar. Aber die Abteilungen sind neu und noch überwiegend mit ihren eigenen inneren Problemen und mit den Schwierigkeiten der Ausbildung und des Personals beschäftigt, so daß einige Zeit vergehen wird, bis sie ihren vollen Beitrag zur psychischen Gesundheit und zur Rehabilitation in der Gemeinde leisten können. Die lokalen Behörden richten Tagesstätten mit Betreuung für viele der „neuen" behinderten Langzeitpatienten ein. Um die Darstellung noch zu komplizieren: Seit April 1974 unterstehen auch alle Sozialarbeiter im Krankenhaus diesen Social Service Departments. Wenn diese vereinheitlichten Departments mit den Bezirksgesundheitsbehörden zusammenarbeiten können, müßte es möglich sein, eine gute Teamarbeit bei der Rehabilitation zustande zu bringen. Viele Psychiater meinen jedoch, daß der Rückzug der Sozialarbeiter aus dem medizinischen Bereich eine effektive Kooperation unmöglich gemacht hat. Es scheint, daß diese Überzeugung eher die Schwierigkeiten der Ärzte bei der Arbeit *für* und *mit* Sozialarbeitern widerspiegelt als das Vertrauen in die selbständige Arbeit von Sozialarbeitern. Ohne Zweifel erschwert die Verwaltungsdiskontinuität zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten die Zusammenarbeit, obwohl diese Behinderung durch richtiges Vorgehen zu bewältigen wäre. Wie auch immer die Dienste jedoch eingerichtet sind, wird es immer einen gewissen Bruch geben und es wäre besser, einen gemeinsamen Sozialdienst zu haben. Wir arbeiten zunehmend mit Familien und kümmern uns um Menschen und Probleme, die früher nicht zum unmittelbaren Arbeitsbereich des traditionellen psychiatrischen Krankenhausdienst gehörten.

Die Stellung der Schwestern wurde weniger beachtet. Die psychiatrischen Dienste leiden an einem ernsten Mangel an psychiatrisch ausgebildetem Pflegepersonal, aber dennoch stellen Krankenschwestern einen großen Teil des Personals der Krankenhauswerkstätten. Die Untersuchungen des King's Fund über industrielle Therapie in psychiatrischen Krankenhäusern ergaben, daß das Pflegepersonal als Anleiter in den Werkstätten der psychiatrischen Krankenhäuser vorherrschte und so der Eindruck entstand, daß die industrielle Therapie Teil der pflegerischen Aufgaben sei. (62). Die von der Untersuchung betroffenen Abteilungen, wurden zu annähernd 60 % von erfahrenem Pflegepersonal, zu 25 % von Beschäftigungstherapeuten und nur 14 % von Industriefachleuten geleitet. Insgesamt betrachtet wirkt die Leitung und die personelle Ausstattung in vielen bestehenden Werkstätten so, als sei die Arbeit nicht wirklich industriell, sondern diene als Mittel, Langzeitpatienten nützlich zu beschäftigen und nicht zur Vorbereitung auf die Rückstellung in die Gemeinde.

Die Anstellung von *Industriefachleuten* an Krankenhäusern des National Health Service war schwierig, weil es keine Laufbahn für sie gibt. Es war jedoch möglich, einige heranzuziehen und zu halten, indem man sie nach dem Tarif der Verwaltung einstufte. Das Tunbridge-Komitee hat vorgeschlagen und empfohlen, daß dieses Personal vom Arbeitsministerium abgestellt werden sollte (54). Das Komitee sah jedoch ein, daß das Pflegepersonal wohl noch einige Zeit die industrietherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern versorgen muß. Die Krankenschwester hatte augenscheinlich einen wichtigen Platz im psychiatrischen Rehabilitationsteam, den sie noch nicht voll eingenommen hat, obwohl sie wahrscheinlich dabei ihren besten Beitrag in der Gruppentherapie auf der Abteilung oder in der Familientherapie in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern oder anderen Mitgliedern des Teams leisten kann. Wenn das Pflegepersonal diese Aufgaben übernehmen soll, wäre eine spezialisiertere Ausbildung als derzeit nötig.

Wie steht es mit der Ausbildung von *Psychiatern*? Das Tunbridge-Komitee (54) meinte, daß die Organisation der neuen Dienste für die psychisch Kranken den Rat und die Leitung eines Psychiaters erfordert, der wirklich etwas von Rehabilitation versteht und die notwendigen Erneuerungen aus Kenntnis und Erfahrung heraus durchführen kann. Da die Bedingungen von Krankenhaus zu Krankenhaus und von Bezirk zu Bezirk variieren, ist die Schulung von Beratern der Ausarbeitung von Plänen oder Vorschlägen, die die Bedürfnisse der örtlichen Situation verfehlen, vorzuziehen. In der Untersuchung des King's Fund nahm man an, daß Werkstätten besser funktionieren würden, wenn ein Psychiater dafür verantwortlich wäre. Das Komitee schlug vor, vielleicht einen entsprechenden Kurs mit einer Dauer von etwa drei Monaten durch eine Ausbildungsinstitution einzurichten.

Obwohl ein oder zwei der Berater für die psychiatrische Rehabilitation eingestellt wurden, wurde bis jetzt kein Kurs eingerichtet.

Wiedereingliederung

Es ist schwierig, Wiedereingliederung von Rehabilitation zu trennen, denn es handelt sich um zwei Schritte in einem einzigen Prozeß. Deshalb kann man den Erfolg der Wiedereingliederung nicht beurteilen, ohne in einem gewissen Ausmaß die Rehabilitation, die ihr vorausging, zu beurteilen. Sie ist der letzte in einer Reihe vieler Schritte. Und auch die Wiedereingliederung kann man in Abschnitte gliedern. In Netherne hat Bennett im Jahre 1957

eine Wiedereingliederungsabteilung eingerichtet (2). Man versuchte dort, die Patienten im Krankenhaus auf die Wiedereingliederung vorzubereiten. Bei zufriedenstellender Bewertung des Patienten wurde er in eine IRU (= Industrielle Rehabilitationsabteilung) verlegt, die dem Wiedereingliederungsdienst des Arbeitsministeriums angehört. Nach weiterer Vorbereitung und Bewertung dort wird der Behinderte zum DRO weitergeleitet. Dieser Aufenthaltsabschnitt stellt wiederum eine Phase der Wiedereingliederung dar. Wie berichtet, versuchten, Netherne, St. Wulstan's und Glenside wie auch Cheadle Royal Hospital ihre Patienten auf die Wiedereingliederung vorzubereiten. Glenside Hospital ging mit Hilfe der Bristol ITO weiter und schuf eine Einrichtung außerhalb des Krankenhauses, die die Kluft zwischen der Krankenhaus-Rehabilitation und der Wiedereingliederung überbrückte.

Im Maudsley/Camberwell-Dienst haben wir uns mit dem Problem anders auseinandergesetzt, indem wir eine kleine anspruchsvolle VRU einrichteten (6). In der Tagesklinik bemüht man sich um wechselseitige Angleichung des Verhaltens des Behinderten und der Erwartungen seiner Umgebung. Gleichzeitig beginnen wir, den Behinderten auf die Arbeit vorzubereiten. Die bezahlte Arbeitszeit wird langsam von 20 auf 30 Stunden pro Woche angehoben, wobei wir den Grad der Besserung seines Sozialverhaltens beobachten. In diesem Abschnitt liegt das Interesse weniger auf der Arbeitskapazität als auf der wachsenden Verantwortung, dem wachsenden Vertrauen und der Bereitschaft, die Rolle eines Berufstätigen zu akzeptieren. Aber wir stimmen mit Early dahingehend überein, daß anders als bei Kurzzeiterkrankungen, Langzeitpatienten nicht arbeitsunfähig sind und im weiteren sogar eine Ganztagsbeschäftigung übernehmen können. Man braucht Zeit, um sich normale Arbeitsgewohnheiten anzueignen (24).

Man könnte hinzufügen, daß man Erfahrung braucht, und daß diese in einer nahegelegenen normalen Arbeitsumgebung erworben werden sollte. Deshalb wird der Patient in die VRU weitergeleitet. Dort kann das Personal sowohl die Fähigkeiten als auch die Behinderungen des Patienten beurteilen. Der Patient kann sich auch selbst mit anderen Behinderten vergleichen und sein Verhalten vor dem Hintergrund einer Arbeitssituation, die seiner vorhergehenden Beschäftigung außerhalb des Krankenhauses ähnelt, einschätzen. Sowohl der Behinderte als auch das Personal bemühen sich jetzt mehr um Verhalten und Fertigkeiten als um Behinderungen oder Symptome. Die Krankenhaus-VRU scheint gegenüber der traditionellen IRU aufgrund ihrer Lage und ihrer Arbeitsweise gewisse Vorteile zu bieten. Da sie in der Nähe des Krankenhauses und der Heimat des Patienten liegt, besteht weniger die Gefahr des vorzeitigen Abbruchs der Rehabilitation; eine Gefahr, die mit der Entfernung zwischen der Heimat des Rehabilitanten und der IRU wächst. Man kann auch einzelne aufnehmen, wenn die Möglichkeit der späteren Wiedereingliederung in eine freie Arbeitsstelle unsicher oder sogar unwahrscheinlich erscheint. Obwohl diese Kandidaten nicht von den Rehabilitationsdiensten des Arbeitsministeriums angenommen werden, kommen schließlich viele gut zurecht. In der VRU kann die Dauer der industriellen Rehabilitation des Ex-Patienten seinen Bedürfnissen angepaßt werden, während er in der IRU an einem vorgegebenen Kursus teilnimmt.

Es ist hier nicht der Platz, alle Einzelheiten des Übergangs von Rehabilitation und Wiedereingliederung darzustellen. Das Ziel dieser Abteilungen, seien es die IRU's des Arbeitsministeriums, das Maudsleys VRU, oder das Bristol ITU, ist nicht, auf einen bestimmten Beruf vorzubereiten. Vielmehr bemühen sich alle darum, den Patienten ein gutes Verhältnis zur Arbeit, günstige Arbeitsgewohnheiten, und die Übernahme einer Rolle in der Arbeitswelt zu vermitteln.

Es ist nebenbei erwähnenswert, daß die *berufsbezogene Ausbildung* bis heute in der psychiatrischen Rehabilitation in Großbritannien eine sehr kleine Rolle gespielt hat. Es gibt dafür verschiedene mögliche Erklärungen:

Vielleicht könnte der „alte" Behinderte aus dem psychiatrischen Krankenhaus nichts damit anfangen. Vielleicht sind die psychisch Behinderten, denen diese Dienste etwas nützen würden, nicht bekannt oder sie wenden sich nicht an die Rehabilitationsdienste. Es mag noch andere Gründe geben und es ist möglich, daß man die berufsbezogene Ausbildung mehr heranziehen wird, wenn die psychisch Behinderten früher in Behandlung kommen. Zusammengefaßt gibt es mehrere Modelle für die 3. oder 4. Stufe zwischen der Kliniks-Rehabilitation und der Wiedereingliederung. Erstens die Dienste des Arbeitsministeriums, wo die seelisch Behinderten genau wie die körperlich Behinderten Hilfe erhalten. Dann das Modell von Maudsley, einer abgetrennten Abteilung unter der Schirmherrschaft des psychiatrischen Krankenhauses, die nur sehr wenige körperlich Behinderte zusammen mit seelisch Behinderten aufnehmen kann. Schließlich das Modell der Bristol ITU, einer freiwilligen Organisation unabhägig vom Krankenhaus und Arbeitsministerium. ITU's in anderen Teilen von Großbritannien stellen ziemlich verschiedene Einrichtungen zur Verfügung. Dies wollen wir in einem späteren Abschnitt besprechen. Zunächst müssen wir die Wiedereingliederungsdienste des Arbeitsministeriums untersuchen.

Dienste des Arbeitsministeriums

Da das Arbeitsministerium Dienste für alle Behinderten unterhält, beschäftigen sich diese eher mit Wiedereingliederung als mit Rehabilitation. Natürlich ist Wiedereingliederung das Ziel der meisten Rehabilitationsdienste, auch wenn es nicht immer erreichbar ist. Das Ministerium ist außerdem zuständig für beschützende Arbeitsmöglichkeiten, für das Beschäftigungskontingent und Arbeitsplätze für diejenigen, die auf dem offenen Arbeitsmarkt keine Stelle finden. Es ist auch für die industrielle Rehabilitation zuständig, aber es handelt sich dabei in Wirklichkeit um Wiedereingliederungsdienste oder vorbereitende Wiedereingliederungsdienste, denn die Voraussetzung für die industrielle Rehabilitation ist, daß der Betreffende nach 10 Wochen eines sol-

chen Kurses wieder arbeitsfähig sein wird. Das Ministerium führt auch berufsbezogene Ausbildung in Regierungsausbildungszentren (GTC) durch. Diese Maßnahmen stützen sich auf den Bericht des Tomlinson-Komitees über die Rehabilitation und Wiedereingliederung Behinderter (52) und das daraus hervorgegangene Gesetz über die Beschäftigung Behinderter (1944) (Disabled Persons Employment ACT). Die Maßnahmen wurden 1956 überprüft und leicht abgeändert. Der Tomlinson-Bericht stützte sich auf Erfahrungen in der Kriegszeit, und setzte voraus, daß ein großer Anteil der Behinderten unter normalen Bedingungen voll einsatzbereit sei. Man stellte fest, die einzige befriedigende Form von Wiedereingliederung für einen Behinderten sei eine Anstellung, die er als Arbeiter im normalen Wettbewerb mit den Kollegen übernehmen und ausführen könne. Deshalb war das Hauptziel, Behinderten zu helfen, „im Rahmen ihrer Fähigkeiten zu arbeiten". Man legte Wert darauf, daß die Arbeitsstellen ihren Fähigkeiten am besten entsprachen.

Das Tomlinson-Komitee stellte fest, daß die Behinderungen durch Verletzung, Krankheit oder angeborene Mißbildung nicht die einzigen Behinderungen bei der Arbeitsaufnahme darstellten. Aber es meinte, daß „das öffentliche Empfinden ihre besondere Behandlung wünsche." Das Komitee meinte auch, daß die vielfältigen Probleme anderer, schwer zu vermittelnder Gruppen kaum zu bewältigen seien. Von Tomlinson wurde Behinderung als ein Zustand definiert, der auf einem schweren, objektivierbaren und definierbaren Kern körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung beruht. Langsam hat sich jedoch die Meinung über die Bedingungen der Behinderungen gewandelt und viele Gruppen, z. B. die Alkoholiker, die man vor 25 Jahren nicht als behindert angesehen hätte, werden jetzt als behindert betrachtet. Es ist nicht nur die Schädigung, durch die man körperliche oder seelische Behinderung definieren kann, denn man weiß, daß Verhalten und Motivation oft über die wirklichen Möglichkeiten eines Behinderten entscheiden, eine Anstellung zu bekommen und zu behalten.

Als man bemerkte, daß sich diese Wandlungen durchsetzten, beschloß das Arbeitsministerium 1970, seine Maßnahmen zur Hilfe Behinderter zu überprüfen und gab eine Reihe von Empfehlungen zu diesem Thema heraus (19, 20, 21). Die Veröffentlichungen über Wiedereingliederungsmaßnahmen, das Arbeitsplatzkontingent und beschützende Arbeitsplätze sind bereits erschienen und eine weitere über industrielle Rehabilitation und Ausbildung wird gegenwärtig erwartet. Im Ministerium glaubt man, daß dieser Wandel in der Definition der Behinderung zwei wichtige Konsequenzen hat. „Erstens führt er zur Verwischung des Unterschieds zwischen Behinderten und anderen Benachteiligten. Einerseits gibt es gewisse übereinstimmende Arbeitsplatzmerkmale für Menschen mit altersbedingten psychischen oder nervösen Schäden und einigen anderen benachteiligten Gruppen; andererseits müssen wir zunehmend die Beschäftigungsprobleme unbeschäftigter Behinderter entweder in Beziehung zu persönlichen oder psychologischen Problemen, oder in Beziehung zu ungünstigen Bewegungen auf dem Arbeitsmarkt, sehen, die vor allem ältere und einfache Arbeiter treffen." So wird es zunehmend schwieriger, Behinderte und andere Benachteiligte zu unterscheiden, da sie viele Beschäftigungsprobleme gemeinsam haben. Soweit psychisch Kranke betroffen sind, meint das Ministerium, „kommt die Zunahme psychotischer Patienten auf dem Arbeitsmarkt teilweise dadurch zustande, daß die stationäre Behandlung psychischer Krankheiten zurückgeht, daß durch Psychopharmaka und andere Therapien, es vielen ernsthaft Kranken ermöglicht wird, ein fast normales Leben außerhalb des Krankenhauses zu führen. Oft schließt sich ambulante oder tagesklinische Weiterbehandlung (manchmal durch Krankenschwestern oder Sozialarbeiter) an, und wenn nötig ein Aufenthalt in Heimen oder Gemeinschaftswohnungen. Die Entwicklung geht in Richtung gemeindeorientieter psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, die schließlich an die Stelle des spezialisierten psychiatrischen Krankenhauses treten sollen" (20).

Das Ministerium fährt fort:

„Da viele, die zu irgendeiner Zeit an einer psychischen Krankheit leiden, ohne Schwierigkeiten an ihre früheren Arbeitsplätze zurückkehren können, brauchen die Behinderten Beistand, eine Beschäftigung zu erlangen und zu behalten. Im Ministerium weiß man auch, daß man erst die Probleme, die damit zusammenhängen, richtig einzuschätzen beginnt. Das ist nicht überraschend, weil die Psychiater jetzt erst dieselben Einsichten gewinnen. Anscheinend gibt es kaum Zweifel, daß viele Patienten, die an die Dienste des Ministeriums überwiesen werden, bezüglich ihrer Behinderungen nicht adäquat beurteilt wurden, inadäquat rehabilitiert wurden und nicht umfassend auf eine Beschäftigung oder wenigstens auf die Anforderungen in den Einrichtungen des Ministeriums vorbereitet wurden. Die Wichtigkeit dieser Vorbereitung wurde in einer Studie über industrielle Rehabilitation von schizophrenen Langzeitpatienten betont. (69) Die Patienten von zwei psychiatrischen Krankenhäusern wurden an eine IRU des Arbeitsministeriums überwiesen. Die Ergebnisse lassen schließen, daß Unterschiede in der vorbereitenden Sozialtherapie der zwei Krankenhäuser zu unterschiedlichem Verhalten auf der IRU führten. Die Patienten des Krankenhauses A hatten es sehr schwer, in die IRU zu gehen, kein Geld für Alkohol auszugeben, und auf der Abteilung zurechtzukommen usw. Man könnte dies durch das mangelnde Vertrautsein mit alltäglichen Vorgängen erklären, an die die Patienten des Krankenhauses B gewöhnt wurden, schon bevor sie in die IRU gingen." Wenn diese Resultate auch aufmerksam aufgenommen wurden, so muß man doch zugeben, daß die Mehrzahl der britischen psychiatrischen Kliniken noch keine systematischen Versuche unternommen hat, Patienten im Hinblick auf ihre Arbeitsleistung, bezüglich der Sorge für sich selbst und ihre Bedürfnisse der Fähigkeit ihre Wünsche vorzutragen und Pläne für die Zukunft zu entwerfen, vorzubereiten; obwohl dies in einigen Häusern, wie bereits dargestellt, sehr gut durchgeführt wird.

Ein wichtiger Teil des Wiedereingliederungsdienstes des Arbeitsministeriums ist der DRO, [disablement

resettlement officer], der den registrierten Behinderten hilft, passende Arbeit zu finden. Er ist insbesondere beauftragt, das Register der Behinderten zu führen, die Arbeitsplatzkontingenz zu verwalten, und die Verbidnung mit anderen örtlichen Wiedereingliederungseinrichtungen für Behinderte zu pflegen. Bei Eignung kann der DRO jemanden zur Schulung oder an eine IRU vermitteln. Der DRO ist also der Beamte für die Verteilung der Behinderten und seine Aufgabe erfordert etwas Vertrautheit mit medizinischen Konzepten und mit den speziellen Forderungen des Behindertengesetzes. Im Ministerium meint man, daß nach der neuen Definition der Behinderung nur für einen kleinen Teil der gegenwärtig im Behindertenregister (DPR) Enthaltenen ein hochspezialisierter Verteilungsmodus notwendig sein wird, um die richtige Arbeit zu vermitteln. Für den Rest ist nur „gewöhnliche" Vermittlung nötig, obwohl man die Behinderung natürlich berücksichtigen muß. So erscheint diese Einrichtung des Ministeriums für diese „gewöhnlichen" Vermittlungsaufgaben überqualifiziert, aber vielleicht nicht ausreichend qualifiziert für die schwierigeren. DRO's müssen sich an eine entsprechende Beurteilungseinrichtung wenden können und dies ist besonders notwendig bei seelisch Behinderten. Das Ministerium scheint z. Zt. zu erörtern, ob es nicht wünschenswert wäre, einen spezialisierten Wiedereingliederungsdienst für alle mit besonderen Arbeitsproblemen, seien sie behindert oder benachteiligt, zu planen. Wenn die Benachteiligten von einem spezialisierten Wiedereingliederungsdienst profitieren können und wenn sie auch viele der Arbeitsprobleme der Behinderten haben, wäre der dafür erforderliche spezialisierte Dienst vielleicht sehr ähnlich dem spezialisierten Dienst für Behinderte und sollte auf eine gemeinsame Grundlage gestellt werden. Ein solcher kombinierter Wiedereingliederungsdienst brauchte vor allem eine effektive Beurteilungseinrichtung. Es ist bemerkenswert, daß der Dienst des Arbeitsministeriums in dieser Beziehung wieder dem Gesundheitsministerium-Dienst voraus ist, denn die Krankenhaus-Rehabilitationsdienste haben noch keine Überlegungen angestellt, wie man den Bedürfnissen der neuen „benachteiligten" Behinderten, der Alkoholiker, Drogenabhängigen, Obdachlosen und der geistig behinderten Straftäter nachkommen könnte. Wenn dieser Entwurf des Arbeitsministeriums akzeptiert wird, stellt die Beurteilung der Behinderung eine definitive Forderung an die Psychiatrie dar. Bisher wurden seelische Behinderungen und ihre Beurteilungen mit medizinischen Begriffen konzipiert und formuliert. Diese nützen wenig bei der Auseinandersetzung mit Patienten, deren Hauptstörung in Begriffen wie Persönlichkeit, Verhalten, Motivation und Unfähigkeit zur sozialen Integration gesucht werden muß.

Beschützende Arbeitsplätze

Wenn die Wiedereingliederungsdienste des Ministeriums auch noch so gut funktionierten, wären doch nicht alle seelisch Behinderten in der Lage, eine Stelle auf dem freien Arbeitsmarkt zu bekommen und zu halten. Eine Möglichkeit, dem abzuhelfen, war die Forderung, an jeden Arbeitgeber mit mehr als 20 Angestellten, 3 % Behinderte zu beschäftigen. Gegenwärtig wird dieses Vorgehen aus einer Reihe von Gründen angegriffen, aber man weiß noch nicht, wie die Regierung darüber entscheiden wird. (19) Durch das Behindertengesetz werden bestimmte Arten von Beschäftigung für Behinderte reserviert. Zwei Beschäftigungen waren immer und sind noch heute dafür festgesetzt, die des Personenfahrstuhlführers und Parkplatzwärters. Diese reservierte Beschäftigung hat noch nie einen wesentlichen Beitrag zur Beschäftigung der Behinderten bedeutet. Gegenwärtig sind nur etwa 4 000 oder vielleicht auch weniger Behinderte auf diese Weise beschäftigt und darunter sind wahrscheinlich nur wenige seelisch Behinderte. Beschützende Arbeitsstätten haben wohl eine längere Geschichte als die meisten anderen Formen der Wiedereingliederung von Behinderten. In jüngerer Zeit gewinnt der Gedanke Raum, daß beschützende Arbeitsstätten industrielles Niveau erreichen und Langzeit oder sogar Dauerbeschäftigung anbieten sollten; analog den Möglichkeiten in der freien Industrie, aber unter besonderen Bedingungen. (21)

Das Tomlinson-Komitee meinte, daß nur Behinderungen, die Beschäftigung unter gewöhnlichen Bedingungen ständig oder für eine wesentliche Periode verhindern, beschützende Arbeitsplätze erforderten. Das Behindertengesetz gab dem Arbeitsminister die Möglichkeit, beschützende Arbeitsplätze aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren, seien es die der Ortsbehörden, freiwilliger Organisationen oder einer besonderen Gesellschaft, die zu diesem Zweck gegründet wurde und als Remploy Limited bekannt ist. Obwohl die beschützenden Arbeitsplätze stetig zunahmen, von etwa 10 500 Plätzen 1957 auf 13 500 1973, gab es niemals genug Plätze für seelisch Behinderte. Die Anzahl der Patienten an verschiedenen beschützenden Arbeitsplätzen ist in Tabelle V angegeben.

Nach meiner Meinung wäre es nicht schwierig, 8 000 seelisch Behinderte zu finden und damit alle Stellen von Remploy zu besetzen, wenn die psychiatrischen Patienten rehabilitiert und ordentlich vorbereitet würden. Ekdawi (30) stützt seine Zahlenangaben auf Erfahrungen in Netherne und gibt eine kleinere Zahl an. Betrachtet man Tabelle V, so hat es den Anschein, daß wenige seelisch Behinderte (im Unterschied zu geistig Behinderten) in beschützenden Werkstätten der lokalen Behörden beschäftigt sind. Einige sind in Werkstätten unabhängiger freier Körperschaften beschäftigt, insbesondere die EX-Services Mental Welfare Association's Thermega Factory, die Bristol ITO und Cheadle Royal Industries (3). An allen beschützenden Arbeitsplätzen besteht heute die Tendenz, körperlich, seelisch und geistig behinderte Arbeiter zu beschäftigen. Eine Trennung wird entschieden abgelehnt. Die beschützenden Werkstätten der Croydon Borough's Crosfield hat diesen Grundsatz übernommen und das werden auch die Werkstätten tun, die die Camberwell Rehabilitation Association Limited einrichten möchte. Andere Formen beschützender Arbeit wurden erfolgreich von Dr. Eearly in Bristol erprobt; er hat Grup-

Tabelle V

Jahr	Sehende Patienten in Werkstätten für Sehende		Sehende in Blindenwerkstätten	Sehende insgesamt in allen Werkstätten	Blinde in Blindenwerkstätten	Gesamtzahl
	Remploy	Lokale Behörden und freiwillige Körperschaften				
	1	2	3	4	5	6
1957	6 083	782	32	6 897	3 809	10 706
1965	6 823	1 650	372	8 845	3 626	12 471
1973	7 959 *)	2 505	660 *)	11 124	2 318 *)	13 442

*) Zahlenangabe von März 1973

*) Zahlenangabe von Mai 1973

Entnommen: Department of Employment, 1973 (21).

pen ausgesuchter ehemaliger Patienten unter besonderer Anleitung zur Arbeit bei örtlichen Arbeitgebern, wie der Tabakfirmen von WD. und H. O. Wills geschickt. Vor ihrer Einteilung in Arbeitsgruppen in der Industrie werden sie in den ITO-Werkstätten erprobt. ITO handelt in jeder Beziehung als Arbeitgeber. Die betreffenden Firmen bezahlen ITO für die tatsächlich geleistete Arbeit. Davon ziehen sie ihr die Kosten für die Leitung durch das Pflegepersonal und die Verwaltung ab. Diese Summe wird nach dem Unterstützungsplan des Arbeitsministeriums erstattet.

Das Ministerium hat die gegenwärtige Organisation der beschützenden Arbeitsplätze erörtert und neue Möglichkeiten aufgezeigt. Einerseits hätten die örtlichen Behörden gesetzliche Mittel, neben ihren anderen Sozialdiensten beschützende Arbeitsstätten zu schaffen, wie Erholungsstätten und andere Beschäftigungseinrichtungen. Sie können dies entweder selbst oder über freiwillige Körperschaften oder eine nationale Einrichtung tun und man könnte zu diesem Zweck Remploy umformen und der Kontrolle der öffentlichen Behörden unterstellen. Die andere Möglichkeit wäre, die Zuständigkeit vollständig der Zentralregierung zu übertragen, die sie dann Remploy delegieren würde. Die Organisation würde vergrößert und ihre Funktionen ausgedehnt und alle beschützenden Werkstätten, ausgenommen die der freien Körperschaften, würden von ihr betrieben werden. Die Erörterung des Beitrags des Arbeitsministeriums zur Rehabilitation und Wiedereingliederung der Behinderten wird durch den Mangel entsprechender Statistiken erschwert. Es gibt eine Menge Zahlen über die „Behinderten in der Bevölkerung" insgesamt; aber diese Zahlen sind nicht so aufgeschlüsselt, daß man die seelisch Behinderten davon trennen könnte. Sogar wenn man Zahlen über seelisch Behinderte bekommt, ist es unmöglich anzugeben, wie viele dieser Patienten schwerbehinderte Langzeitpatienten der psychiatrischen Krankenhäuser sind, die zur „Spät"-Rehabilitation kommen und wie viele leichtere, aber auch weniger konstante seelische Behinderungen aufweisen und frühzeitig zur Rehabilitation kommen. Bevor wir Resultate vergleichen und Schlußfolgerungen ziehen können, brauchen wir viel feinere Maßstäbe für Behinderung und Einrichtungen zur Beurteilung. Gegenwärtig sind diese nur für schizophrene Patienten bis zu einem gewissen Grade vorhanden. Noch wichtiger ist die Tatsache, daß Rehabilitation und Wiedereingliederung nicht allein vor der Behinderung abhängen, sondern auch von den verbleibenden kompensatorischen Fähigkeiten und auch hier fehlt es uns an adäquaten Maßstäben. Eines scheint jedoch klar: Obwohl viele seelisch Behinderte wieder in freie Arbeitsstellen eingegliedert werden können, besteht doch ein Bedarf an beschützenden Arbeitsplätzen, dem noch nicht abgeholfen ist. (3)

Die Wiedereingliederungsdienste des Arbeitsministeriums sind auf körperliche Behinderung zugeschnitten. Sie sind ziemlich unflexibel bezüglich der Zeitspanne, die sie für Rehabilitation zugestehen, sie sind nicht ausreichend mit den Krankenhausdiensten integriert, um einen flexiblen und allmählichen Übergang von einem Dienst zum anderen oder die Unterbrechung und Wiederaufnahme der Kurse zu gestatten. Der DRO wurde heftig — vielleicht zu Unrecht — kritisiert, und es wurden viele Vorschläge für einen ärztlich kontrollierten Wiedereingliederungsdienst im Krankenhaus gemacht. Dies wurde von Tun-bridge-Komitee (54) geprüft, aber verworfen. In jüngster Zeit hat das Ministerium selbst begonnen mit Wiedereingliederungsbeamten, die allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern beigeordnet wurden, zu experimentieren. Ein solcher Wiedereingliederungsbeamter ist dem Mapperley-Hospital beigeordnet und einen teilen sich das Maudsley Hospital und das King's-College-

Hospital in London. Nach unserer Erfahrung ist es wichtig, daß der DRO über adäquate Beurteilungseinrichtungen verfügen kann, bevor er die Verteilung der Behinderten übernimmt. Dazu muß eine realistische Arbeitsumgebung vorhanden sein; seelische Behinderungen betreffen auch die Rollenübernahme und können nicht beurteilt werden, solange der Behinderte nicht gezwungen ist, eine realistische Rolle auszufüllen.

Industriearbeit

Über die Bedeutung von Arbeit in psychiatrischen Krankenhäusern gibt es häufig unterschiedliche Ansichten. Manchmal benutzt man sie dazu, Behinderungen vorzubeugen, manchmal benutzt man sie zur Beurteilung, manchmal, um eine Beschäftigung anzubieten. Deshalb ist es wichtig, im Frühstadium der Rehabilitation „bezahlte und realistische Beschäftigungstherapie" abzugrenzen. Hier hat der Beschäftigte noch die „Patientenrolle". Oder die bezahlte Arbeit kann als Ganztagsbeschäftigung benutzt werden, wenn der Betreffende nicht mehr im Krankenhaus ist, aber keinen normalen Lohn erhält. Dies ist *„beschützende Arbeit"*, und die Rolle ist die des „behinderten Patienten". Schließlich kann der Behinderte angestellt werden und einen normalen, aber subventionierten Lohn erhalten. Dies ist *„beschützende Anstellung"*, und die Rolle ist die eines „Behinderten Arbeiters". Bezahlte Auftragsarbeit wurde erstmals zum Training geistig Behinderter von Tizard und O'Connor eingesetzt (59). Sie meinten, daß die damals etablierten Übungsmethoden den Behinderten nicht für eine Beschäftigung außerhalb der Institution vorbereiteten. Etwas später wurde der Gedanke bezahlter Auftragsarbeit von anderen Mitgliedern der MRC-Social Psychiatry Unit aufgegriffen, die eine Versuchswerkstatt im Banstead-Krankenhaus einrichteten. (11) Der Gedanke an eine Werkstatt für geistig Behinderte war nicht ganz neu, denn die Ex-Services Mental Welfare Society stellt schon seit 1927 normal bezahlte Arbeit für psychisch kranke, ehemalige Patienten zur Verfügung. So gelangte die bezahlte Auftragsarbeit zu meiner Zeit in das psychiatrische Krankenhaus, als man Anstrengungen unternahm, alte Mißstände zu beseitigen, den natürlichen Bedürfnissen der Patienten entgegenzukommen, die Gewohnheiten des Personals zu verändern und eine anregende Umgebung anzubieten. Sie stellte einen kräftigen Einschnitt, sowohl im Bereich des Krankenhausbetriebes als auch in bezug auf die Rolle des einzelnen Patienten dar. Sobald man Auftragsarbeit, die entsprechend den Verhältnissen in der freien Industrie bezahlt wird, im Krankenhaus einführt, wird der Patient mit unsichtbaren, aber sehr starken Kräften der Außenwelt in Beziehung gesetzt. Der Wandel wird beschleunigt, denn durch die bezahlte Auftragsarbeit wird der arbeitende Patient mit wirklichen Arbeitern in der Industrie außerhalb des Krankenhauses verglichen; er erhält die gleiche Summe Geldes wie sie für die gleiche Arbeit. Sofort wandelt sich die Rolle des Patienten. Er ist kein „arbeitender Patient" mehr, sondern ein „Arbeiter, der Patient ist". Die Veränderungen für das Krankenhauspersonal sind nicht weniger wichtig. Auch sie müssen ihre Ansichten und ihre Rollen ändern. Es ist überraschend, wie unterschiedlich Verwaltungsbeamte Patienten betrachten, die Geld verdienen können. Und wenn diese Patienten Schreib- oder Forschungsarbeit für Ärzte verrichten, sehen diese ihrerseits die Patienten in einem neuen Licht. Der Patient selbst hat die Möglichkeit, seine eigenen Fähigkeiten kennenzulernen und seine Selbsteinschätzung entsprechend zu verändern. Es ist wahr, daß die Bezahlung am Anfang sehr niedrig war. Das kam daher, daß die Arbeit oft schlecht bezahlte „Heimarbeit" war. Es war die einzige Arbeit, die die Arbeitgeber den Krankenhäusern für psychisch Kranke anvertrauten. Aber die Bezahlung wurde an die Leistung des Patienten angepaßt, ohne Rücksicht auf sein Verhalten oder die Meinung anderer. Folglich konnte der Patient vorher sagen, welchen Verdienst er aufgrund seiner Arbeitsleistung bekommen würde; und das war ungewöhnlich in den psychiatrischen Krankenhäusern jener Zeit. Die niedrige Bezahlung war vielleicht von weniger Bedeutung, weil aufgrund der Bestimmungen über Krankheit und andere staatliche Versicherungsleistungen die Patienten nur ein Maximum von 2 £ verdienen konnten. Alles, was darüber hinaus verdient wurde, mußte dem Fond zurückgegeben werden; es durfte nicht einmal für das Krankenhaus oder andere Verbesserungen für Patienten verwandt werden. Wir werden dies ausführlicher in einem späteren Abschnitt erörtern. Dann wird sich zeigen, daß dieses Geld unter gewissen Voraussetzungen zugenommen hat.

Wie gesagt, es handelte sich oft um eine einfache und sich wiederholende Arbeit und dies könnte, oberflächlich betrachtet, als Nachteil erscheinen. In Wirklichkeit muß man bei der „Spät"-Rehabilitation ein großes, relativ einfaches Arbeitsangebot für hunderte von Patienten machen. In psychiatrischen Krankenhäusern in der ganzen Welt hat sich eine große Anzahl von Patienten mit schweren Behinderungen angesammelt, die zu komplexen Aufgaben nicht fähig ist. Bei Arzt, Schwestern und mittelmäßigen Beschäftigungstherapeuten besteht die Tendenz, diese Arbeiten als sich wiederholend und langweilig zu verachten. Das ist ein großer Fehler. Für viele Hunderte von Patienten waren das die einzigen Arbeiten, die sie ausführen konnten. Sie freuten sich darüber, ebenso wie über die Möglichkeit, bezahlt zu werden und die Stunden auszufüllen, die sie sonst Jahr für Jahr unbeschäftigt — abgesehen von ihren Halluzinationen und ihrem Wahn — auf den Stationen verbrachten. (67)

Viele psychiatrische Krankenhäuser arbeiten mit Industriearbeit. Wansbrough und Miles haben 1967 an alle psychiatrischen Krankenhäuser in England und Wales mit mehr als 100 Betten einen Fragebogen geschickt. Es waren insgesamt 122 Krankenhäuser. Hundert hatten Industriearbeitsabteilungen und nur 22 hatten keine; 74 Krankenhäuser haben den Fragebogen in allen Einzelheiten tatsächlich beantwortet.

Tabelle VI stellt Einzelheiten der Arbeitsbedingungen dar und zeigt, daß ein Viertel aller Patienten mit Industriearbeit beschäftigt war. Es ist vielleicht ein bißchen schwierig, einige der anderen Zahlen zu ak-

Tabelle VI

Arbeitsbereiche der Patienten in 74 (an der Untersuchung beteiligten) Krankenhäusern

Art der Arbeit	männliche Patienten		weibliche Patienten		Gesamtzahl der Patienten	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Industrielle Therapie	7 644	*33,0*	5 529	*20,9*	13 173	*26,5*
2. Hausarbeiten	5 101	*22,1*	6 677	*25,2*	11 778	*23,7*
3. Beschäftigungstherapie	4 660	*20,2*	10 846	*40,8*	15 506	*31,2*
4. im Krankenhaus beschäftigt	4 146	*17,9*	2 691	*10,1*	6 837	*13,8*
5. andere	1 575	*6,8*	800	*3,0*	2 375	*4,8*
insgesamt ...	23 126	*100,0*	26 543	*100,0*	49 669	*100,0*

Entnommen: Wansbrough, N. and Miles, A., 1968 (62).

zeptieren, da nirgendwo hervorgeht, daß es auch unbeschäftigte Patienten gibt.

Netherne-Hospital hatte eine sehr hochentwickelte industrielle Therapie und andere Beschäftigungsformen. Die Zahlen von dort zeigen ein ziemlich abweichendes Bild. (70) Es geht daraus natürlich hervor, daß viele Patienten über 65 oder 70 körperlich oder geistig gebrechlich und völlig unfähig für eine Arbeit oder sogar für eine Beschäftigung waren.

Tabelle VII

Beschäftigung und Nichtbeschäftigung im Netherne-Krankenhaus, 1968 (Gesamtzahl der Patienten 1 533)

	Männer		Frauen	
	unter 60 Jahre	über 60 Jahre	unter 60 Jahre	über 60 Jahre
	in %			
leben im Krankenhaus, arbeiten außerhalb	*12,3*	*1,7*	*12,5*	*1,0*
industrielle Auftragsarbeit im Krankenhaus	*36,9*	*10,1*	*24,3*	*3,5*
Gelegenheitsarbeiten im Krankenhaus	*23,4*	*26,4*	*21,1*	*9,3*
Hausarbeiten im Krankenhaus	*7,6*	*9,0*	*11,0*	*15,9*
entlohnte Beschäftigung insgesamt	*80,2*	*47,2*	*68,9*	*29,7*
nichtangestellt und unbeschäftigt	*11,1*	*28,7*	*14,2*	*36,4*
Anzahl der Patienten in unbezahlter Beschäftigungstherapie	*8,8*	*24,3*	*16,9*	*34,0*
Gesamtzahl der unbeschäftigten Patienten	*19,9*	*52,9*	*31,1*	*70,4*
Gesamtzahl der beschäftigten und unbeschäftigten Patienten in absoluten Zahlen	342	178	408	605

Entnommen: Wing, J. K. and Brown, G. W., 1970 (70).

Arbeitsbeschaffung

Den größten Teil der Arbeit in psychiatrischen Krankenhäusern im ganzen Land kann man als leichte Zusammensteckarbeiten und als Werkbankarbeiten bezeichnen. Einige Krankenhäuser bieten Auftragsarbeiten für den Krankenhausdienst selbst an und unter diesen Umständen ist es wichtig zu beachten, daß die Arbeit richtig eingeschätzt, berechnet und bezahlt wird. Nur wenige Krankenhäuser fertigen und verkaufen ihre eigenen Produkte. Einige haben genug bezahlte Büroarbeit. Diese Art der Arbeit wird für seelisch behinderte „Schreibtischarbeiter" dringend benötigt. (6,29) Besucher unserer Werkstätten fragen immer nach den Problemen der Arbeitsbeschaffung, und man hat häufig eine Zentralorganisation für die Arbeitsbeschaffung für eine Anzahl von Krankenhäusern vorgeschlagen (27 und 54). Überraschenderweise ist das nicht wirklich praktikabel, denn derjenige, der die Belieferung organisiert, möchte dem Arbeitgeber nicht verantwortlich sein, wenn die Arbeit aus einem der betroffenen Krankenhäuser nicht ordnungsgemäß ausgeführt ist. Er möchte nicht die peinliche Aufgabe haben, die Kritik der Arbeitgeber an Leiter von Abteilungen weitergeben zu müssen, über die er keine direkte Kontrolle hat. Es ist viel leichter an Arbeit zu kommen als die meisten annehmen. Die Schwierigkeit besteht in Wirklichkeit darin, sie zu behalten. Und dies hängt davon ab, ob die Abteilung in der Lage ist, innerhalb gewisser Zeitgrenzen und auch in einer für den Arbeitgeber akzeptablen Qualität zu arbeiten. Zweifellos hängt ein guter Teil von den Fähigkeiten und der Erfahrung des Abteilungsleiters ab. Wansbrough und Miles (62) konnten zeigen, daß eine leichte Handelsrezession und Krediteinschränkung im Jahre 1969 keine Auswirkung auf die Arbeitsversorgung der industriellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser hatten.

Personalausstattung der Abteilungen

Wenn man die Personalausstattung erörtert, ist es notwendig zu unterscheiden, auf welcher Stufe der Rehabilitation die jeweilige Werkstätte arbeitet. Dadurch bestimmt sich die Art der angemessenen Personalausstattung von selbst. In frühen Stadien der Rehabilitation, wenn die Arbeit, auch die bezahlte Auftragsarbeit, als Beschäftigung eingesetzt wird, sind Beschäftigungstherapeuten oder ihre Helfer, oder Krankenschwestern ganz brauchbare Leiter. Aber im Laufe der Rehabilitation kommt der Patient in eine Situation, wo die Arbeit dazu dient, seinen Zustand zu verbessern oder ihn voll zu rehabilitieren. Auf dieser Stufe ist Personal wichtig, das die Arbeitsvorgänge, Bedingungen und Gewohnheiten der Industrie kennt.

Während der letzten Jahre neigte man dazu den Arbeitsbereich bei der Rehabilitation eines Patienten außerhalb des Krankenhauses zu legen. Vielleicht hat diese Neigung mit der Politik der Regierung zu tun, die psychiatrischen Krankenhäuser abzuschaffen und die gesamte psychiatrische Versorgung in allgemeine Bezirkskrankenhäuser zu verlagern. Es ist offensichtlich schwieriger, die notwendigen Werkstätten in einem allgemeinen Bezirkskrankenhaus als in einem psychiatrischen Krankenhaus einzurichten. Immer noch ist es nur eine Minderheit der Psychiater, die Arbeit als wesentlichen Teil der Behandlung des Patienten von Anfang an betrachten oder die erwägen würden, daß ein Arbeitsraum bei der Rehabilitation und Behandlung so wichtig sei wie irgendeine Bettenstation. Dies wurde nur in einem Krankenhaus — in St. Wulstans verwirklicht. Viele würden jedoch die Ansicht teilen, daß wir auf psychiatrischen Krankenhausabteilungen oder in psychiatrischen Krankenhäusern Arbeit brauchen, aber daß kein Patient dort auf lange Sicht arbeiten sollte (54).

Bezahlung

Die Bezahlung der Arbeit im Krankenhaus wurde bereits erörtert. Dies ist eine komplizierte Frage, denn das Recht des Patienten, das Geld, das er verdient hat, zu behalten, hängt von seiner Situation gegenüber der Versicherung und anderen Sozialträgern ab. Dies wiederum hängt davon ab, ob er ehemals beschäftigt war, oder wie lange er unbeschäftigt war und ob er versichert ist. Patienten in Krankenhäusern können nur bis zu max. 4,50 £ pro Woche verdienen, wenn sie Versicherungsleistungen erhalten. Als Tagesklinik-Patienten und während sie zu Hause oder in Wohnheimen wohnen, können sie zusätzliche Leistungen neben dem Krankengeld erhalten; und zwar bis zu 2 £ pro Woche. Diese Beträge, die Patienten, die Unterstützung erhalten, verdienen können, nennt man „the disregard" (Freibeträge). Diese Beschreibung ist sehr vereinfacht, denn in der Praxis sind die Bestimmungen kompliziert und vieles andere muß in Betracht gezogen werden, so die Ersparnisse oder der Verdienst der anderen Familienmitglieder. Einer der Vorteile der ITO ist, daß es außerhalb des NHS liegt und die Bestimmungen flexibler gehandhabt werden können. Wansbrough hat einen sehr ausführlichen Bericht über diese Vertrags- und Bezahlungsfragen in psychiatrischen Krankenhaus-Abteilungen verfaßt. (63) Aber was in der klinischen Praxis am meisten zählt, ist, daß Patienten bezahlt werden. Die meisten Patienten können akzeptieren, daß sie nicht alles erhalten, was sie verdienen, vorausgesetzt, das System ist gerecht. Da die Bezahlung sich direkt nach den Leistungen des Patienten richten sollte, scheint die Bezahlung pro Stück am besten. Wansbrough und Miles haben in einer früheren Untersuchung (62) gezeigt, daß weniger als 20 % der Patienten in den 74 Krankenhäusern, die Fragebogen ausfüllten, so bezahlt wurden. Die üblichste Weise der Bezahlung war die „Anerkennungsgebühr". Viele beklagten, daß die 2 £ Grenze ein leistungshemmender Faktor für die Patienten sei. Dies hängt zu einem gewissen Ausmaß vom Patienten ab und besonders davon, wie lange er wahrscheinlich zu behindert ist, um entweder eine freie oder eine beschützende Beschäftigung aufzunehmen.

Der Hauptfehler des Plans ist die Annahme, daß es einen Zeitpunkt geben muß, an dem die Fähigkeit

des Patienten zu arbeiten und zu verdienen, unvereinbar wird mit dem Zustand, als Arbeitsunfähiger behandelt zu werden. (53) Wie Early, (26) einer der großen Vorkämpfer auf diesem Gebiet, sagt, „kann man keinen solchen Zeitpunkt bestimmen. Arbeitsunfähigkeit ist kein Dauerzustand und Arbeitsunfähigkeit ist auch ein relativer und wandelbarer Zustand". Er hebt hervor, daß wir bei der Rehabilitation versuchen, dem Patienten durch gestufte Schritte vorwärts zu helfen und daß dies auch bei der Bezahlung berücksichtigt werden sollte. Er empfiehlt, wie auch andere, ein gestuftes System, wonach mit der Zunahme der Verdienstmöglichkeiten des Patienten die staatliche Unterstützung allmählich in gleichem Ausmaß verringert würde. Bisher ist es noch nicht möglich gewesen, ein solches System zu erstellen.

Bei beschützenden Arbeitsplätzen leisten das Arbeitsministerium oder die lokalen Behörden Ausgleichszahlungen nach festgesetzten Sätzen. Dies ist wiederum eine komplizierte Angelegenheit. Wie die Lage sich im September 1973 darstellte, ist in der Informationsschrift des Arbeitsministeriums über „beschützende Arbeitsstätten für Behinderte" zusammengefaßt (21).

Evaluierung

1955 sagte Sir Aubrey Lewis, daß „in England und ich glaube auch anderswo, die Rehabilitation auf Glaube, Hoffnung und auf Faustregeln beruht ... Wenn man für jemand die Rehabilitationspläne in den Himmel wachsen läßt, kann dies eine Energieverschwendung bedeuten, die sich keine Gemeinde wirklich leisten kann." (41) Das ist eine freimütige Äußerung und seit dieser Zeit hat eine Anzahl direkt mit Lewis Verbundener sich mit der Evaluation der Rehabilitation beschäftigt. Aber 1967 gab Goldberg zu bedenken, daß wir „noch nicht an dem Punkt angekommen sind, an dem irgendeine Gruppe von Patienten wegen der Befürchtung, Energie zu verschwenden, mit Recht von einem Programm ausgeschlossen werden könnte". (38)

Eine der Schwierigkeiten bei dieser Art Forschung besteht darin, Übereinkunft über die Kriterien effektiver Rehabilitation zu erreichen. Ist es die Anzahl der entlassenen Patienten? Die Anzahl der in Beschäftigungen Wiedereingegliederten? Die Verminderung der Behinderung? Die Möglichkeit eines befriedigenderen Lebens? Kostenersparnis für das Krankenhaus, die Krankenversicherung oder den Staatshaushalt? In den meisten Untersuchungen wurde als Erfolgskriterium die Wiedereingliederung benutzt.

So hat Freudenberg in Netherne (33) Langzeit- und Kurzzeit-Patienten, die die Rehabilitations- und Wiedereingliederungsabteilung durchliefen, mit Kontrollpatienten, die von anderen Ärzten behandelt wurden und das Rehabilitationsprogramm nicht durchlaufen hatten, verglichen. Die Zahlen sind nicht eindeutig, aber Freudenberg behauptet, daß Patienten nach Durchlaufen des Rehabilitationsprozesses signifikant konstantere Arbeitsergebnisse haben als die Kontrollgruppe. Auch Ekdawi (30) untersuchte die Ergebnisse der Netherne-Wiedereingliederungsabteilung in den Jahren 1959—1967. Von den 367 Lang- und Kurzzeit-Patienten (30 % blieben weniger als 2 Jahre), die der Abteilung zugewiesen wurden, sind 139 entlassen worden und arbeiteten (38 %). Er verglich dies mit einer anderen Untersuchung von Miller und Dawson, die fanden, daß nur 20 % von 1 082 entlassenen Patienten 1 Jahr nach der Entlassung noch beschäftigt waren (43). Noch 90 % der aus der Wiedereingliederungsabteilung Entlassenen waren in der Nachuntersuchungsperiode von 2 bis 8 Jahren beschäftigt, verglichen mit der Nachuntersuchung nach 5 Jahren von Brown u. a. (10), die fanden, daß 55 % der schizophrenen Patienten nicht beschäftigt waren. Wing u. a. haben in einer Reihe von Untersuchungen die Wiedereingliederung von chronisch schizophrenen Patienten verfolgt. In der ersten Untersuchung wurde eine Gruppe von schizophrenen Langzeit-Patienten aus dem Long Grove-Krankenhaus, die an eine örtliche IRU geschickt wurde, mit einer gemischten Gruppe verglichen, die nicht in eine IRU geschickt wurde (65). In einer zweiten Untersuchung wurden zwei Gruppen chronisch schizophrener Patienten aus zwei Krankenhäusern (Long Grove und Netherne) in eine IRU geschickt (69). Ich werde Wings Erörterung der Ergebnisse zitieren, ohne auf Einzelheiten des Experiments einzugehen: „Die Entlassungszahlen aus dem Krankenhaus waren nicht so ermutigend wie die Beschäftigungszahlen. Nur 17 der 45 Patienten (38 %) befanden sich bei der Nachuntersuchung außerhalb des Krankenhauses . . . Aber es waren keine speziellen Heime vorhanden, die dieselben beschützenden Lebensverhältnisse anbieten konnten, wie Remploy und Thermega (Ex-Services-Mental Welfare) beschützende Arbeitsbedingungen zur Verfügung stellen." Netherne scheint allmählich erreicht zu haben, daß eine sehr große Zahl der Entlassenen beschäftigt war und konstante Arbeitsergebnisse hatte.

Eine weitere Untersuchung über die Wiedereingliederung sehr ähnlicher Patienten im Kontakt mit psychiatrischen Diensten in Camberwell wurde von Wing, L. et al (75) unternommen. Es handelte sich nicht um stationäre Patienten, aber sie wurden diagnostiziert als Patienten, die seit einem Jahr oder länger an einer funktionellen oder organischen Psychose litten. Sie waren unbeschäftigt und zwischen 18 und 54 Jahre alt. Von 75 Patienten, die diesen Kriterien entsprachen, wollten nur 28 an der Untersuchung teilnehmen. Sie wurden einer Untersuchungs- und einer Kontrollgruppe zugeordnet. Die Untersuchungsgruppe wurde in der Tagesklinik und später in der VRU solange aufgenommen, wie es der zuständige Arzt für notwendig hielt.

Die Kontrollgruppe wurde nicht aufgenommen, aber ihre Therapeuten im Maudsley-Krankenhaus konnten jedes andere Rehabilitationsprogramm, das sie für angemessen hielten, durchführen. Zur Zeit der Nachuntersuchungen arbeiteten nur vier Patienten aus der Kontrollgruppe und vier in der Untersuchungsgruppe. Drei in der Untersuchungsgruppe und vier in der Kontrollgruppe hatten versucht zu

arbeiten, konnten die Beschäftigung aber nicht durchhalten. Beim Abschluß der Untersuchung, als die Gesamtveränderung ihres Sozial- und Beschäftigungsverhaltens anstelle des Kriteriums Beschäftigung beurteilt wurde, zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen. Wenn man diese Untersuchung mit der direkt vorhergehenden vergleicht, stellt sich heraus, daß von den 17 leicht kranken Schizophrenen in der Untersuchung drei arbeiteten, einer unbezahlt arbeitete und einer eine beschützende Beschäftigung hatte — zusammen 29 %. In der früheren Untersuchung (69) arbeiteten jedoch ein Jahr nach der Entlassung von 45 leicht kranken Schizophrenen 30 % und 22 % hatten einen beschützenden Arbeitsplatz. Wie kann man sich diesen Unterschied erklären? Ein wichtiger Punkt ist, daß diese Patienten zu Hause lebten und täglich behandelt wurden. Sie konnten sich leichter der Mitarbeit entziehen als die, die im Krankenhaus lebten, denn der Tagesklinikpatient muß sich jeden Tag neu zur Aufnahme entschließen. Fünf Patienten der Untersuchungsgruppe verließen auf eigenen Wunsch in den ersten Tagen oder Wochen nach der Aufnahme die Klinik und das verringerte die Gruppe auf neun Patienten. Die Patienten, die im Krankenhaus lebten, wurden außerhalb der Arbeitsstunden angeleitet, während die Patienten, die zu Hause lebten, nicht so versorgt wurden. Es ist sogar möglich, daß einige ältere Verwandte sich der Rückkehr des Patienten zur Arbeit wiedersetzten, als sie sich daran gewöhnt hatten, ihn zu Hause zu haben, mit ihm zusammen zu sein, und sich die Hausarbeit machen zu lassen. Es war augenfällig, daß die Patienten bezüglich der sozialen Anpassung ernster behindert waren als die meisten der Patienten, die in guten psychiatrischen Kliniken lebten. Es ist sicher, daß es einen Unterschied gab und daß die Rehabilitation in der Tagesklinik und der VRU nicht so erfolgreich war, obwohl nach meiner Meinung die Einrichtungen und das Personal nicht schlechter als in den zuvor beschriebenen MRC Untersuchungnen waren. Deshalb ist es wirklich notwendig, noch einmal zu erörtern, wie man die Rehabilitation solcher Patienten außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses betreiben sollte. Ein recht einleuchtender Punkt ist die Notwendigkeit, auch die Verwandten, ebenso wie die Patienten, in diese Form der Rehabilitation einzubeziehen. Lorna Wing (74) meinte, daß die Wiedereingliederung zwischen 1964 und 1972 wegen des Ansteigens der Arbeitslosenzahlen schwieriger gewesen sei. Auch einer jüngsten und bis jetzt unveröffentlichten Untersuchung von Morgan und Cheadle (45) geht hervor, daß das so sein könnnte. Early zeigte anhand der Resultate der ITO Bristol von 1966 bis 1970 (27), daß von 377 Zugewiesenen 37 % in Beschäftigung waren. 25 % auf dem offenen Arbeitsmarkt und 12 % in beschützenden Arbeitsplätzen. In der gesamten 11jährigen Periode 1960—1970 wurden 42 % in die freie Industrie oder beschützende Arbeitsplätze vermittelt. Cheadle und Morgan (14) berichten, daß von den ersten 200 Patienten, die in St. Wulstan's aufgenommen wurden, 82 (41 %) in die Gemeinde wieder eingegliedert wurden. Im Zusammenhang mit dem über „Mehrfach"-Rehabilitationsversuche in der Psychiatrie Ausgeführten, bemerken Cheadle und Morgan, daß ein Anteil rückfällig wird und wieder aufgenommen werden muß. Die meisten derjenigen, die wiederaufgenommen wurden, wurden später ein zweites Mal entlassen und tatsächlich in manchen Fällen ein drittes, viertes, fünftes oder sechstes Mal. Von den 82, die nicht mehr im Krankenhaus waren, wurden 52 nur einmal und 30 mehr als einmal behandelt. Diese Patienten waren vor der Aufnahme im St. Wulstan's 1 bis 36 Jahre (im Mittel 10,2 Jahre) in einem psychiatrischen Krankenhaus gewesen. Bei der Evakuierung der Rehabilitation im Sinne von Wiedereingliederung muß man die Schwere der Behinderung der Rehabilitanten berücksichtigen, sowie die Beschäftigungsmöglichkeiten und die Entfernung vom Rehabilitationskrankenhaus, mit dessen Hilfe der Patient wieder eingegliedert werden soll. Cheadle et al (1967) (13) wagten eine Voraussage über die Wiedereingliederung nach dem Kriterium der Arbeitsleistung. Nach ihren Befunden war das Ergebnis besser als erwartet, wenn die Wiedereingliederung innerhalb 20 Meilen Entfernung vom Krankenhaus stattfand, aber schlechter als erwartet, wenn sie außerhalb der 20-Meilenzone stattfand. Insgesamt scheint es, daß in gut geführten psychiatrischen Krankenhausabteilungen mit einem guten Rehabilitationsprogramm etwa 40 % der leicht behinderten Patienten (vergleichbar mit den schizophrenen Untergruppen Ia, Ib, Ic der Wing-Skala) (66) in freie oder beschützende Arbeitsplätze wiedereingegliedert werden können. Aber die Wiedereingliederung der „alten" chronischen Patienten ist beim nichtstationären Vorgehen, das mehr auf die neuen „Behinderten" zugeschnitten ist, nicht so erfolgreich.

Während die Wiedereingliederung das üblichste Kriterium für Rehabilitation ist, haben Wing und Brown valide und verläßliche Maßstäbe von klinischer Krankheit oder Behinderung benutzt und zu entsprechend verläßlichen und validen Maßstäben des sozialen Umfeldes in Beziehung gesetzt. Sie konnten zeigen, daß Veränderungen im sozialen Umfeld des psychiatrischen Krankenhauses zu Besserungen sowohl der primären als auch der sekundären Behinderungen von schizophrenen Langzeitpatienten in Beziehung gesetzt werden konnten (70). Die Wichtigkeit dieser Erlebnisse kann man nicht genug betonen. Psychische Behinderungen kann man nur durch ständige Aufmerksamkeit und Bemühung verhindern. Man kann sie nicht durch Beseitigung der psychiatrischen Krankenhäuser, durch medikamentöse Behandlung, durch Familientherapie oder durch gemeindepsychiatrische Bemühungen allein verhindern.

Bei der Rehabilitation ist die sorgfältige Einschätzung und intelligente Anwendung psychiatrischer Erkenntnisse wie auch aller anderen anwendbaren Therapien erforderlich, wenn Behinderungen vermieden, die Anpassung bewahrt oder die Wiedereingliederung erreicht werden sollen. Wing und Brown haben nach Überprüfung der Resultate ihrer Untersuchung gesagt, daß die sozialen Behandlungsmaßnahmen, die vom Personal des psychiatrischen Krankenhauses durchgeführt wurden,

einen Wert haben, daß der Verlauf schizophrener Erkrankungen im Krankenhaus, wie auch außerhalb, beeinflußt werden kann, und daß man auch die heilsame Lehre daraus ziehen kann, daß die Anstrengungen aufrecht erhalten werden müssen und daß Reform selbst eine natürliche Entwicklung in sich birgt. Dieser Hinweis kann auch eine Lehre und eine Warnung für Sozialpsychiater sein, die, was notwendig ist, viel Aufmerksamkeit auf die Probleme außerhalb des Krankenhauses verwenden.

Man fühlt sich an Herman Simon erinnert, der sagte: „Leben ist niemals beständig oder still. Entweder kommen wir durch Nutzung unserer Fähigkeiten voran oder wir fallen zurück, wenn wir sie nicht einsetzen" (58). Wing und Brown fahren fort, „Rehabilitation bleibt sowohl einer der notwendisten als auch einer der lohnendsten Aspekte der Psychiatrie, und ihre wissenschaftlichen Grundlagen fangen an, biologische, psychologische und soziale Forschung auf eine Weise einzubeziehen, die sich als Modell für andere Bereiche der Medizin erweisen könnte".

Man hat noch nicht versucht, psychiatrische Rehabilitation bezüglich der Kosteneffektivität zu untersuchen. Cheadle und Morgan (14) wollen jedoch in Kürze eine Untersuchung veröffentlichen, die die Kosten für die psychiatrischen Rehabilitationsdienste im St. Wulstan-Krankenhaus für die ersten 200 nacheinander aufgenommenen Patienten über einen Zeitraum von 10 Jahren veranschlagt. Sie fanden, daß die Unterhaltskosten in St. Wulstan's etwa 70 % höher lagen als die durchschnittlichen Kosten der Krankenhäuser, aus denen die Patienten stammten, die gesamten Nettokosten der in die Untersuchung einbezogenen Rehabilitanten jedoch um 6 % geringer waren, als die Unterbringung aller 200 Patienten während der zehn Jahre in ihren vorherigen Krankenhäusern gekostet hätte. Dr. Morgan (45) teilte mir mit, daß ein Wirtschaftswissenschaftler, der die Zahlen überprüfte, sie für eine Unterschätzung hielt, weil die indirekten Kosten nicht veranschlagt wurden (31).

Schlußfolgerungen

Es ist nicht leicht zusammenzufassen, was in Form von endgültigen Schlußfolgerungen und Empfehlungen gesagt wurde. Aber einiges scheint klar. Erstens: die Effektivität der Rehabilitation und Wiedereingliederung der behinderten Geisteskranken. Was kann man erwarten? Sicherlich gibt es sowohl für den Patienten als auch für den Dienst einen Gewinn, aber reicht dies aus, um Kosten und Anstrengungen lohnend zu machen? Und was ist lohnend? Der Nutzen wurde in einem vorhergehenden Abschnitt erörtert und es ist klar, daß dieser zwar signifikant, aber nicht groß ist. Aber dies scheint uns nicht wichtig zu sein, solange es vorangeht. Kleine Einsparungen oder kleine Gewinne bedeuten eine sehr große Änderung sowohl für die Patienten als auch für die Dienste. Das wollen Wing und Brown (70) und Simon (58) anscheinend sagen. Sie betrachten die Rehabilitation so ähnlich, wie eine Gestalt von Charles Dickens, Mr. Micawber, seine wirtschaftlichen Verhältnisse betrachtet. Er sagte: „jährliches Einkommen 20 £, jährliche Ausgaben 29 £ 19 Schilling und 6 Pence, Ergebnis Reichtum. Jährliches Einkommen 20 £, jährliche Ausgaben 20 £, 0 Schilling, 6 Pence, Ergebnis Elend". Bei der Rehabilitation versuchen wir jenen zu helfen, die trotz oder manchmal durch die Behandlung behindert wurden. Man versucht immer aus einer schlechten Sache das Beste zu machen. Man kann und darf nicht zuviel erwarten. Es ist genug, wenn der Anteil der schwerbehinderten Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus signifikant vermindert werden kann und daß von den Gebesserten, ein signifikanter Anteil wiedereingegliedert werden kann. Es ist auch wichtig, daß sogar in einem so kleinen, relativ unökonomisch betriebenen Krankenhaus wie St. Wulstan's Rehabilitation und Wiedereingliederung noch eine begrenzte, aber merkliche finanzielle Einsparung ergeben (14).

Die meisten der psychiatrischen Patienten, die als behindert angesehen werden, befinden sich in psychiatrischen Krankenhäusern und die meisten britischen Psychiater geben zu, daß die Rehabilitation im psychiatrischen Krankenhaus beginnen muß. Verschiedene Wege der Rehabilitation im Krankenhaus wurden beschrieben und es ist klar, daß das Krankenhaus jedenfalls seine Struktur verändern mußte, um die verschiedenen Formen der „Milieu-Therapie" und bezahlte Auftragsarbeit anbieten zu können. Das heißt nicht, daß die Rehabilitation nicht „auf kleinen Abteilungen" oder in den „Bezirksdiensten" beginnen könnte oder sollte, falls diese dazu geeignet sind. Aber diese Formen der Rehabilitation werden niemals Erfolg haben, wenn sie die psychiatrische Krankenhaus-Rehabilitation vernachlässigen oder zu umgehen suchen. Solange das psychiatrische Krankenhaus noch besteht, wird das Personal in kleineren Abteilungen oder Bezirksdiensten — wenn es mit schwierigen behinderten Patienten konfrontiert wird — zu dem Glauben neigen, daß man nichts tun kann. Man möchte solche Patienten gerne in psychiatrische Krankenhäuser verlegen, wo durch einen Rest von nichtrehabilitierten chronischen Patienten das Vorurteil, daß man nichts tun kann, bestätigt wird. Nur wenn die psychiatrischen Krankenhäuser Rehabilitation betreiben, wird das Personal auf kleinen angesehenen Abteilungen anfangen, seine eigenen Verplichtungen auf dem Gebiet der Rehabilitation ernst zu nehmen. Es ist nicht leicht mit der Rehabilitation im psychiatrischen Krankenhaus anzufangen.

Denn obwohl die gemachten Erfahrungen leicht zugänglich sind, liegen Hindernisse zu ihrer Verwirklichung in den Gewohnheiten der Ärzte und des anderen Personals. Man wird nicht leicht den notwendigen multidisziplinären Zugang akzeptieren, noch wird man Aufgaben übernehmen wollen, die von geringem medizinischen Wert zu sein scheinen. Die Situation wird durch die Notwendigkeit nicht erleichtert, daß man nicht nur im psychiatrischen Krankenhaus, sondern in seinen rückständigen Stationen beginnen muß, um Patienten zu helfen, deren Schwierigkeiten, die älteren Psychiater nicht immer

interessieren. Deshalb erschien es als ein Fehler, zuviele Einrichtungen für industrielle Wiedereingliederung und die Vorbereitung darauf nach dem Modell unseres Arbeitsministeriums zu errichten, bevor die Behinderungen der Patienten auf den rückständigen Stationen in psychiatrischen Krankenhäusern in Angriff genommen werden. Die „psychiatrische" oder „medizinische" Phase der Rehabilitation dauert vielleicht zwei- oder dreimal solange wie die Vorbereitungs- und Wiedereingliederungsstufen zusammengenommen. Die Einrichtungen für die Kliniks-Rehabilitation sollten proportional größer sein.

Die Frage nach der regionalen und überregionalen Organisation psychiatrischer Rehabilitation ist schwer zu beantworten. Es wurde nur ein regionales psychiatrisches Rehabilitations-Krankenhaus errichtet (St. Wulstan's) und das wird wahrscheinlich nicht wiederholt. Andererseit arbeiten einige Dienste des Arbeitsministeriums auf regionaler oder überregionaler Ebene. Im allgemeinen besteht die Tendenz, Dienste auf Gebiets- oder Bezirksebene für die Bedürfnisse einer Bevölkerung von etwa 300 000 einzurichten. Die Pro's und Contra's der zentralisierten oder dezentralisierten Leitung beschützender Werkstätten wurden erörtert und sind in der Informationsschrift des Arbeitsministeriums über beschützende Arbeitsplätze zusammengefaßt (21). Es gibt keine zentrale Organisation, die Wohnmöglichkeiten bereitstellt. Wahrscheinlich wäre dies auch nicht günstig. Eine der besten Möglichkeiten sind Wohngemeinschaften. Dies ist eine flexiblere, sparsamere, weniger sozial desintegrierende und im allgemeinen befriedigendere Möglichkeit. Es hat Rufe nach einer zentralen Organisation der Rehabilitation und nach einem Minister für Behinderte gegeben. Im letzten Jahr hat der frühere Gesundheitsminister David Ennals, gesagt „keiner von uns kann mit den Maßnahmen für die geistig Behinderten, für die psychisch Kranken, und für die körperlich Behinderten zufrieden sein. Wir wissen, daß wir mehr Mittel, bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Abteilungen der staatlichen und örtlichen Behörden und einen weit effektiveren Rehabilitationsdienst benötigen. Es ist an der Zeit, einen Minister für die Behinderten zu ernennen." Diese Meinung wurde von der Labour Party aufgegriffen und seit der letzten Wahl sitzt ein Minister für Behinderte im Gesundheitsministerium. David Ennals meinte, diese Ernennung sei unbedingt notwendig gewesen. „Die psychisch und körperlich Behinderten haben viele und verschiedenartige Bedürfnisse — entsprechend der Art und dem Ausmaß ihrer Behinderung. Sie brauchen Behandlung, Rehabilitation, Fahrzeuge, Haushaltshilfen, besonders geartete Unterkünfte, Rampen, Lifts und andere Zugangsarten zu öffentlichen Gebäuden, Beschäftigungsanleitung eine Anstellung, Umschulung, beschützende Werkstätten, häuslichen Beistand, Renten und Unterstützungen, Ausbildungsmöglichkeiten . . . Eine sehr unvollständige Liste, aber ich habe schon die Einrichtungen erwähnt, die den lokalen Behörden und mindetens 6 Ministerien unterstehen.

Die heutige Form der Versorgung Behinderter ist inadäquat, fragmentarisch und unkoordiniert". Es ist noch zu früh, um sagen zu können, inwieweit ein Minister bei einer so schwierigen Koordinationsaufgabe Erfolg haben kann oder haben wird.

Es gibt kaum einen Grund, warum beschützende Einrichtungen für dauernd geistig Behinderte, wie Werkstätten und Heime, nicht von eigenen Organisationen unterhalten werden sollten, vorausgesetzt, die körperlich Behinderten werden darin eingeschlossen. Jedoch gibt es Schwierigkeiten beim Anwerben von Personal mit dem erforderlichen Interesse und Erfahrung, welches seine Aufmerksamkeit allein den Bedürfnissen der dauernd Behinderten widmen könnte, und dabei sowohl sein Interesse als auch seine Fachkenntnisse beibehalten kann. In mancher Hinsicht scheint es am besten zu sein, die zwei Dienste miteinander zu verknüpfen, um so die Entstehung eines abgetrennten Dienstes für „chronische" zu verhindern.

Der geschätzte Bedarf an Einrichtungen für Patienten von Camberwell, die zu schwer behindert sind, um wiedereingegliedert werden zu können, wurde im Text zitiert. Man sollte betonen, daß sich diese Angaben z. Zt. nur auf Camberwell beziehen. Sie werden sich nicht nur ändern, weil die Einwohnerzahl und -zusammensetzung sich ändern wird, sondern weil frühzeitigere und aktivere Rehabilitation größere Auswirkungen haben wird, und weil bald wenig Arbeit zu Verfügung stehen wird. Dies zeigt, daß wir mit der Planung für die Rehabilitation von seelisch Behinderten für sich eine sich wandelnde Situation planen müssen. Behandlung und Pflege werden sich wahrscheinlich außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses abspielen, denn die seelisch Behinderten werden mehr und mehr von der Allgemeinheit akzeptiert. Die große Schwierigkeit besteht darin, einen Rehabilitationsdienst einzurichten, der den Patienten begleitet. Dr. Early's Organisation für industrielle Therapie bietet ein Modell an. Bezogen auf englische Verhältnisse wird es am besten als freie Einrichtung betrieben, aber es gibt keinen Grund, weshalb man es nicht als eine staatliche Einrichtung betreiben sollte. Es kann als nützliche dritte oder vierte Stufe in der Vorbereitung des Patienten auf die Arbeit ein Verbindungsglied zwischen dem Krankenhaus und den Beschäftigungseinrichtungen darstellen. Es kann auch ein Verbindungsglied zwischen den Tagesstätten und Wohneinrichtungen der lokalen Behörden für die dauernd Behinderten sein. Man kann annehmen, daß es die vielen an der Rehabilitation beteiligten Dienste effektiver auf der örtlichen Ebene koordinieren könnte, als ein Minister für Behinderte auf nationaler Ebene. Das Vorgehen der ITO ist flexibel. Sie kann neue Modelle anregen und entwickeln, um wechselnden Umständen Rechnung zu tragen.

Sie kann die gesetzlich vorgeschriebenen Dienste ergänzen, Versorgungslücken ausfüllen und nichtberücksichtigten örtlichen Bedürfnissen nachgehen. Bei geeignetem Aufbau könnte sie das Interesse und die Mitarbeit von Industriellen und anderen Kräften der der Gemeinde gewinnen und einsehen. Sie könnte auch andere Funktionen übernehmen. Man hat z. B. festgestellt, daß der Einsatz von Werkstätten und Arbeit in den neuen psychiatrischen Abteilungen

der allgemeinen Bezirkskrankenhäuser abgelehnt wird und daß man meint, die gesamte erforderliche Arbeit sollte außerhalb des Krankenhauses angeboten werden. Obwohl wir mit dieser Absicht nicht übereinstimmen, kann die ITO, wenn nötig die Unzulänglichkeiten des Krankenhauses in dieser Beziehung ausgleichen. Wir haben auch die Ansichten des Arbeitsministeriums über die Notwendigkeit von Beurteilungseinrichtungen für psychisch behinderte und sozial nicht angepaßte Patienten berücksichtigt. Auch hier wäre ein Betätigungsfeld für die ITO. Sie wurde auch für die Versorgung mit Wohnmöglichkeiten eingesetzt (28). Zwei abschließende Fragen müssen noch beantwortet werden. In Großbritannien gibt es keine finanzielle Unterstützung für diejenigen geistig behinderten Patienten, die an normalen Arbeitsplätzen unterdurchschnittliche Leistungen erbringen. Das soll angeblich am Widerstand der Gewerkschaften liegen, der von der Befürchtung getragen wird, daß solche Unterstützungen dazu dienen könnten, die Höhe des Verdienstes zu drücken. Aus nicht vollständig geklärten Gründen spielt die berufliche Umschulung keine große Rolle bei der Rehabilitation seelisch Behinderter.

Auch wenn sich bei der Frührehabilitation herausstellt, daß hier ein Bedürfnis besteht, könnten dies die bestehenden Ausbildungszentren leicht übernehmen.

Literatur

1. Ahrenfeldt, R. H. (1958). Psychiatry in the British army in the Second World War. London: Routledge and Kegan Paul.
2. Bennett, D. H., Folkard, S. and Nicolson, A. (1961). Resettlement Unit in a Mental Hospital. Lancet 2, p. 539—541.
3. Bennett, D. H. and Wing, J. K. (1963). Sheltered workshops for the psychiatrically handicapped. Chap. 27 in Trends in the Mental Health Service, eds. Freeman, H. and Farndale, J. London: Pergamon.
4. Bennett, D. H. (1966). Future trends in psychiatric occupational therapy. Proc. IVth Int. Congress W. F. O. T. London: Excerpta. Medica Foundation.
5. Bennett, D. H., Birley, J. L. T., Hailey, Anthea M. and Wing, J. K. (1972). Non-residential services for the mentally ill, 1964—1971. In: Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell Register 1964—1971, eds. Wing, J. K. and Anthea Hailey. London: O. U. P.
6. Bennett, D. H. (1972). Principles underlying a new rehabilitation workshop, p. 275—282. In: Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell Register 1964—1971, eds. Wing, J. K. and Anthea Hailey. London: O. U. P.
7. Bennett, D. H. and Wing, L. (1972). Social Work Services. In: Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell Register 1964—1971, eds. Wing, J. K. and Anthea Hailey. London: O. U. P.
8. Bennett, D. H. (1973). Community mental health services in Britain. Amer. J. Psychiat., 130, 1065—1070.
9. Brown, G. W. (1960). Length of hospital stay and schizophrenia: a review of statistical studies. Acta Psychiat. and Neurol. Scand. 35, 414—430.
10. Brown, G. W., Bone, M., Dalison, B. and Wing, J. K. (1966). Schizophrenia and Social Care. London: O. U. P.
11. Carstairs, G. M., O'Connor, N. and Rawnsley, K. (1956). Organisation of hospital workshop for chronic psychotic patients. Brit. J. prev. soc. Med. 10, 136.
12. Catterson, A. G., Bennett, D. H. and Freudenberg, R. K. (1963). A survey of long-stay schizophrenic patients. Brit. J. Psychiat. 109, 750—757.
13. Cheadle, A. J., Cushing, D., Drew, C. D. A. and Morgan, R. (1967). The measurement of work performance in psychiatric patients. Brit. J. Psychiat. 113, 841.
14. Cheadle, A. J. and Morgan, R. (1974). The Economics of Rehabilitation. Brit. J. Psychiat. (awaiting publication).
15. Clark, D. H. (1964). Administrative Therapy. London: Tavistock.
16. Cumming, J. and Cumming, E. (1962). Ego and Milieu. New York: Atherton Press.
17. Cumming, E. (1969). Therapeutic Community and Milieu Therapy can be distinguished. Int. J. Psychiat. 7, 204.
18. Cumming, E. (1971). Three issues affecting partnership among mental health agencies. Hosp. J. Comm. Psychiat. 22, 33—37.
19. Department of Employment (1973). The Quota Scheme for Disabled People. Consultative Document.
20. Department of Employment (1972). Resettlement policy and services for disabled people. Discussion Paper.
21. Department of Employment (1973). Sheltered employment for disabled people. Consultative Document.
22. Early, D. F. (1960). The industrial therapy organisation (Bristol). A development of work in hospital. Lancet 2, 754.
23. Early, D. F. (1965). Domestic Resettlement, Chapter 18. In: Psychiatric Hospital Care, Ed. Freeman, H. London: Bailliere Tindall and Cassell.
24. Early, D. F. (1965). Economic Rehabilitation, Chapter 19. In: Psychiatric Hospital Care, Ed. Freeman, H. London: Bailliere Tindall and Cassell.
25. Early, D. F. and Magnus, R. V. (1968). The industrial therapy organisation (Bristol) 1960—1965. Brit. J. Psychiat. 2, 1—13.
26. Early, D. F. (1970). The right to earn a living. Ment. Hlth. (Summer Number) 37—40.
27. Early, D. F. (1973). Industrial therapy organisation 1966—1970, Social Psychiatry 8, 109—116.
28. Early, D. F. (1973). Bristol Industrial Therapy Housing Association: a contribution to domestic resettlement. Brit. med. J. 2, 491—494.
29. Ekdawi, M. Y., Rogers, W., Slaughter, R. S. and Bennett, D. H. (1968). A patients record office in a mental hospital occupational programme. Brit. J. Psychiat. 114, No. 515, 1305—1306.
30. Ekdawi, M. Y. (1972). The Netherne resettlement unit: results of ten years. Brit. J. Psychiat. 121, 417—424.
31. Fein, R. (1958). Economics of Mental Illness. New York: Basic Books.

32. Freudenberg, R. K. (1962). Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. Nervenarzt 33, 165—172.

33. Freudenberg, R. K. (1967). Theory and practice of the rehabilitation of the psychiatrically disabled. Psychiat. Quart. 41, 698—710.

34. Garratt, F. N., Lowe, C. R. and McKeown, T. (1957). Investigation of the medical and social needs of patients in mental hospitals — Part I. Brit. J. prev. soc. Med. 11, 165.

35. Gastager, H. (1969). Frührehabilitation und Spätrehabilitation von Psychosen. Psychother. Psychosom. 17, 34—41.

36. Godber, C. (1972). Reasons for the increase in admission. In: eds. Wing, J. K. and Hailey, A. M. Evaluating a community psychiatric service. London: O. U. P.

37. Goffman, E. (1961). Asylums: Essays on the social situation of mental patient and other in-mates. New York: Doubleday. Anchor Books.

38. Goldberg, D. (1967). Rehabilitation of the chronically mentally ill in England. Social Psychiatry 2, 1—13.

39. Hailey, A. M. (1971). Long-stay psychiatric in-patients: a study based on the Camberwell Register. Psychol. Med. 1, 128—142.

40. Jones, M. (1952). Social Psychiatry: A study of therapeutic communities. London: Tavistock.

41. Lewis, A. J. (1955). Rehabilitation programmes in England. In: Elements of a Community Mental Health Programme. New York: Milbank Memorial Fund.

42. Main, T. F. (1946). The hospital as a therapeutic institution. Bull. Menninger Clin. 10, 66—70.

43. Miller, D. and Dawson, W. H. (1956). Effects of stigma on re-employment of ex-mental patients. Ment. Hyg., 49, 281.

44. Morgan, R., Cushing, D. and Manton, N. S. (1965). A regional psychiatric rehabilitation hospital. Brit. J. Psychiat., 111, 955.

45. Morgan, R. (1974). Personal Communication.

46. Morley, K. G. and Smith, J. A. (1967). The Crossfield Industrial Unit for the severely disabled and its place in Croydon's unified industrial work organisation. Pub. The British Council for the rehabilitation of the disabled.

47. National Association for Mental Health (1971). Community care provision for the mentally ill. MIND Report No. 4.

48. National Association for Mental Health (1973). Community care provision for the mentally handicapped and mentally ill adults. MIND Report No. 11.

49. National Association for Mental Health (1974). Co-ordination as chaos? The rundown of psychiatric hospitals. MIND Report No. 13.

50. Query, W. T. (1968). Illness, Work, and Poverty. San Francisco: Jossey-Bass.

51. Rapoport, R. N. (1960). Community as doctor. London: Tavistock.

52. Report of the Inter-Departmental Committee on the Rehabilitation and Resettlement of Disabled Persons (The Tomlinson Committee) (1943). Cmnd. 6415. London: H. M. S. O.

53. Report of National Insurance Advisory Council (1960). Cmnd. 964. London: H. M. S. O.

54. Report of a Sub-Committee of the Standing Medical Advisory Committee on Rehabilitation (1972). (The Tunbridge Report) London: H. M. S. O.

55. Report of a Working Party on the Remedial Professions (1973). (The McMillan Report) London: H. M. S. O.

56. Report of the Working Party on Training for Social Work with Handicapped People. Central Council for Education and Training in Social Work. Paper No. 5 (not yet published).

57. Rudolph, C. and Cumming, J. (1962). „Where are additional psychiatric services most needed?" Social Work 7, 15—20.

58. Simon, H. (1927). Aktivierte Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. I. Allg. Z. Psychiat. 87, 97. Simon, H. (1929). Aktivierte Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. II. Allg. Z. Psychiat. 90, 69.

59. Tizard, J. and O'Connor, N. (1950). The employability of high-grade mental defectives I and II. Amer. J. ment. Def. 54, 563 and 55, 144.

60. Wadsworth, W. V., Scott, R. F. and Tonge, W. L. (1958). A hospital workshop. Lancet 2, 896.

61. Wadsworth, W. V., Scott, R. P. and Wells, B. W. P. (1961). Employability of long-stay schizophrenic patients. Lancet 2, 593.

62. Wansbrough, N. and Miles, A. (1968). Industrial therapy in psychiatric hospitals. King Edward's Hospital Fund for London.

63. Wansbrough, N. (1971). Contract and pay questions in industrial therapy units. King Edward's Hospital Fund for London.

64. Wilson, A. T. M., Doyle, M. and Kelnar, J. (1947). Group techniques in a transitional community. Lancet 1, 735—738.

65. Wing, J. K. and Giddens, R. (1959). Industrial rehabilitation of male chronic schizophrenics. Lancet 2, 505.

66. Wing, J. K. (1961). A simple and reliable subclassification of chronic schizophrenia. J. ment. Sci. 107, 862—875.

67. Wing, J. K. and Freudenberg, R. K. (1961). The response of severely ill cronic schizophrenic patients to social stimulation. Amer. J. Psychiat. 118, 311—322.

68. Wing, J. K. (1963). Rehabilitation of psychiatric patients. Brit. J. Psychiat. 109, 635.

69. Wing, J. K., Bennett, D. H. and Denham, J. (1964). Industrial rehabilitation of long-stay schizophrenic patients. Medical Research Council Memo 42. London: H. M. S. O.

70. Wing, J. K. and Brown, G. W. (1970). Institutionalism and Schizophrenia. London: Cambridge University Press.

71. Wing, J. K., Bennett, D. H., Birley, J. L. T., Hailey, Anthea M. and Isaacs, A. D. (1972). Residential services for the mentally ill: developments, 1964—1971. In: Evaluating an community psychiatric service: The Camberwell Register 1964—1971. eds. Wing, J. K. and Hailey, Anthea. London: O. U. P.

72. Wing, J. K. and Hailey, Anthea M. (eds.) (1972). Evaluating a community psychiatric service: The Camberwell Register 1964—1971. London: O. U. P.

73. Wing, J. K. (1973). Problems of a developing psychiatric service. In: Policy for Action — a Symposium on the planning of a comprehensive district psychiatric service, eds. Cawley, R. H. and McLachlan, G. London: O. U. P.

74. Wing, L. (1972). The Camberwell Services. In: Approaches to Action, ed. McLachlan, G. London: O. U. P.

75. Wing, L., Wing, J. K., Stevens, B. and Griffiths, D. (1972). An epidemiological and experimental evaluation of industrial rehabilitation of chronic psychotic patients in the community. In: Evaluating a Community Psychiatric Service: The Camberwell Register 1964—1971, eds. Wing, J. K. and Hailey, A. M. London: O. U. P.

76. Wittkower, E. D. (1945). The war-disabled: the emotional, social and occupational situation. Brit. med. J. 1, 587—590.

Beitrag der Verhaltenstherapie zur Versorgung psychisch Kranker in der Bevölkerung

von

Prof. Dr. D. Schulte

Psychologisches Institut der Ruhr-Universität Bochum

I. Grundprinzipien der Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie ist eine vor ca. zwanzig Jahren in den angelsächsischen Ländern begründete neue psychologische Therapie, die in den letzten Jahren in Forschung und Praxis eine geradezu stürmische Entwicklung genommen hat.

Dabei bezeichnet der Begriff „Verhaltenstherapie" nicht nur verschiedene therapeutische Techniken, sondern in erster Linie einen bestimmten theoretischen und praktischen Ansatz zur Erklärung und Veränderung gestörten Verhaltens. *Verhaltenstherapie kann definiert werden als Anwendung der Ergebnisse, Methoden und Theorien der empirisch-experimentellen Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen,* vor allem der Lernpsychologie, *zum Zweck der Erklärung und Veränderung gestörten Verhaltens.* Der Begriff „Verhalten" wird in der Verhaltenstherapie sehr weit gefaßt; er umfaßt nicht nur motorisches Verhalten, sondern auch emotionale, kognitive und physiologische Prozesse und Reaktionen.

Folgende grundsätzliche theoretische Positionen sind für die Verhaltenstherapie kennzeichnend:

1 Verhaltensstörungen werden — wie „normales" Verhalten — durch spezifische Umgebungsbedingungen aufrechterhalten

Grundlage für die Entwicklung der Verhaltenstherapie waren in erster Linie die Ergebnisse der Lernpsychologie. Dieser Disziplin der Allgemeinen Psychologie geht es um den Nachweis der Variablen, die den Erwerb, die Aufrechterhaltung und Modifikation von Verhalten steuern. Bereits in den zwanziger Jahren zeigten erste Versuche, daß auch gestörtes (neurotisches und psychotisches) Verhalten den gleichen Gesetzen und Lernprinzipien unterliegt wie „normales" Verhalten. Im Gegensatz zu den Postulaten anderer psychotherapeutischer Schulen besteht demnach kein *grundsätzlicher* Unterschied zwischen gestörtem und normalem Verhalten. Die Lernpsychologie hat in langjähriger experimenteller Forschung den Nachweis erbracht, daß (menschliches) Verhalten zu einem bis dahin nicht erwarteten Ausmaß durch spezifische Umgebungsbedingungen gesteuert wird. Die Betonung der Relevanz von Umgebungsbedingungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung gestörten Verhaltens führte die Verhaltenstherapie zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem herkömmlichen „medizinischen Krankheitsmodell", welches die Ursachen menschlichen Verhaltens im wesentlichen in die Person (z. B. unverarbeitete Binnenkonflikte) lokalisierte. Nach dem sozialpsychologischen Krankheitsmodell der Verhaltenstherapie erlangen für ein Individuum aufgrund der jeweiligen Lernbedingungen im Laufe der Zeit bestimmte Aspekte (Reize) der Umgebung, vor allem das Verhalten von Sozialpartnern, für dieses Individuum spezifische verhaltenssteuernde Qualitäten.

Da die Verhaltenstheorie nicht *grundsätzlich* zwischen „gestörtem" und „normalem" Verhalten unterscheidet, sind die Änderungsprinzipien und Techniken, die in der Verhaltenstherapie zur Anwendung kommen, auch für die Modifikation „normalen" Verhaltens — zum Beispiel in der schulischen und familiären Erziehung — oder für die Modifikation anderer devianter Verhaltensweisen, vor allem bei Delinquenten und Straffälligen, geeignet. In diesen Fällen spricht man allerdings nicht von Verhaltens*therapie,* sondern von Verhaltens*modifikation.*

Dieser breite Anwendungsbereich der Verhaltensmodifikation erleichtert und fördert die Kooperation zwischen klinischen Institutionen und anderen sozialen Einrichtungen, wie Schulen, Sozialfürsorge usw.

2 Gestörtes Verhalten wird aufrechterhalten durch momentan gegebene Bedingungen der Umwelt

Aus dem sozialpsychologischen Krankheitsmodell der Verhaltenstherapie folgt, daß angeborene oder erworbene Persönlichkeitsmerkmale der Person Verhalten nicht unmittelbar determinieren, sondern die funktionale, verhaltenssteuernde Qualität von Umgebungsvariablen bestimmen. Verhaltensänderungen sind demnach prinzipiell zu erreichen entweder durch eine direkte Beeinflussung der entsprechenden Umgebungsvariablen oder durch eine Modifikation der funktionalen, verhaltenssteuernden Qualität dieser Variablen. Diese für ein Individuum spezifischen verhaltenssteuernden Qualitäten von Umgebungsaspekten sind in der Regel Folge langfristiger Lernprozesse, die gegebenenfalls bereits in der frühen Kindheit ihren Anfang genommen haben können. Die Therapie muß jedoch nicht

die ursprünglich verursachenden Bedingungen aufgreifen, sondern kann an den gegenwärtig bestehenden Bedingungen ansetzen, indem gewissermaßen der eventuell bereits sehr lange dauernde Lernprozeß „umgekehrt" wird.

Da die Verhaltenstherapie nicht an den „inneren Bedingungen" der Person, sondern an dem in der Regel beobachtbaren Verhalten ansetzt, führt eine Verhaltenstherapie immer auch zu einer Veränderung der Umgebungsbedingungen. Diese Umgebungsveränderung erfolgt entweder direkt durch eine entsprechende, im Therapieplan festgelegte Beeinflussung der äußeren Lebensbedingungen und/oder der Sozialpartner des Patienten. Darüber hinaus können durch eine Veränderung des Verhaltens des Patienten auch indirekt Veränderungen der Umgebung erreicht werden, indem der Patient selber nun anders auf seine Umgebung einwirkt und diese entsprechend anders auf ihn reagiert. Diese Wechselwirkung wird in der Verhaltensanalyse und Therapieplanung bereits berücksichtigt.

3 Verhaltensstörungen sind nicht Symptome zugrundeliegender Persönlichkeitsdefekte, sondern gelernte Verhaltensweisen

Die klassischen psychotherapeutischen Schulen folgerten aus der Kovarianz mehrerer Verhaltensstörungen (Symptome), daß diesen Symptomen eine gemeinsame, tieferliegende Ursache zugrundeliegen müsse. Das wiederholte Zusammentreten mehrerer Verhaltensstörungen kann jedoch auch darauf zurückzuführen sein, daß

a) zeitlich zurückliegende traumatische Ereignisse die Ausbildung mehrerer Verhaltensstörungen förderte,

b) daß bestimmte Umgebungsaspekte mehrere Verhaltensstörungen aufrechterhalten oder

c) daß einzelne Verhaltensstörungen zu spezifischen Veränderungen der Umgebung, vor allem der sozialen Umwelt führen, die wiederum die Ausbildung neuer, weiterer Verhaltensstörungen bedingt.

Wenn in der Verhaltenstherapie von einem „symptomzentrierten Vorgehen" gesprochen wird, so bedeutet das nicht, daß die Therapie nur an peripheren Erscheinungsformen der Störung ansetzt und die „Ursachen" unberücksichtigt läßt. Auch die Verhaltenstherapie versucht, die Ursachen psychischer Störungen zu beeinflussen — doch die Ursachen werden weniger in der Person, sondern vielmehr in der Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt gesehen.

Die Tatsache, daß in der Verhaltenstherapie „Gegenstand" der Behandlung nicht die gesamte Person des Patienten ist, sondern seine spezifischen Störungen und Auffälligkeiten, hat zur Folge, daß der Patient sich nicht als geisteskrank oder gescheitert erleben muß, da es ja manche Bereiche seiner Persönlichkeit (bzw. seines Verhaltens) gibt, die nicht gestört sind, auf die er eventuell sogar stolz sein kann.

4 Verhaltensänderung setzt Aktivitäten des Patienten voraus

Da die Verhaltenstherapie nicht verborgene, in der Person lokalisierte Prozesse zu verändern sucht, sondern die Beziehung zwischen Person und Umwelt, gewinnt die Person des Patienten in der Verhaltenstherapie eine zentrale Bedeutung. Verhaltensänderungen im Sinne von Erlernen oder Verlernen setzen Aktivitäten, aktives Handeln des Patienten voraus. In der Verhaltenstherapie wird daher der Patient von vornherein an der Planung und Durchführung der Therapie beteiligt. Es ist das Ziel, den Patienten so rasch wie möglich zu seinem „eigenen Therapeuten" werden zu lassen, das heißt, die therapeutische Fremdkontrolle in eine Selbstkontrolle des Patienten zu überführen. Voraussetzung dafür ist unter anderem die Kenntnis verhaltenstherapeutischer Grundprinzipien auf seiten des Patienten.

Die Behandlung momentaner Probleme versetzt den Patienten somit in die Lage, Ursachen für seine Störung zu erkennen und Prinzipien und Techniken kennenzulernen, mittels derer er später eventuell neu auftretenden Problemen frühzeitig entgegentreten kann. Insofern kann jede Verhaltenstherapie auch als Beitrag zur Prävention verstanden werden. Besonders deutlich wird das bei der Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen, da in diesen Fällen fast immer die Eltern eine aktive Rolle bei der Therapie übernehmen, oft sogar die gesamte Therapie unter Anleitung des Therapeuten durchführen. Die so erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten führen in der Regel zu einer Verbesserung der gesamten familiären Beziehungen.

Die für die Durchführung einer Verhaltenstherapie *notwendige* Transparenz ist von Kritikern gelegentlich als „Indoktrination" des Patienten bezeichnet worden. Bei dieser Ansicht wird übersehen, daß Theorien und Modelle menschlichen Verhaltens erheblich von alltagssprachlichen Modellen der Kausalität menschlichen Verhaltens abweichen können bzw. müssen — will man nicht naive, vorwissenschaftliche Modelle als Wahrheitskriterium postulieren.

5 Therapie als geplante und kontrollierte Einzelfallstudie

Wird Therapie als gezielte Ingangsetzung eines Lernprozesses verstanden, so ist dazu unter anderem notwendig,

a) das Therapieziel vorher festzulegen,

b) zu entscheiden, welche Methoden geeignet sind, das gegenwärtige Verhalten des Patienten in den angestrebten Zielzustand zu überführen, und

c) fortlaufend zu kontrollieren, ob tatsächlich eine Änderung des Verhaltens in Richtung des angestrebten Ziels erreicht wird. Therapiebegleitende Diagnostik, das heißt die fortlaufende objektive und exakte Registrierung der erzielten Veränderungen und ihrer Bedingungen, ist somit

eine notwendige Bedingung verhaltenstherapeutischer Praxis.

Dieser verhaltenstherapeutische Ansatz, der psychische Störungen als gelernte, unangepaßte Verhaltensweisen (bzw. Verhaltensdefizite aufgrund fehlender oder unzureichender Lernprozesse), die durch spezifische, momentan gegebene Umgebungsbedingungen aufrechterhalten werden, versteht, hat nicht nur zur Entwicklung einer Vielzahl effektiver und ökonomischer therapeutischer Techniken geführt, die einer spezifischen Indikationsstellung bedürfen, sondern kann bereits heute einen wichtigen Beitrag zur Prävention psychischer Störungen und zur Resozialisierung psychisch Kranker liefern.

II. Anwendungsbereich der Verhaltenstherapie

Zu Beginn der Entwicklung der Verhaltenstherapie stand die Entwicklung therapeutischer Techniken, die sich bei monosymptomatischen Störungen, vor allem Phobien als erfolgreich herausstellten. Inzwischen ist das Methodeninventar der Verhaltenstherapie bedeutend erweitert worden, und die Effektivität des verhaltenstherapeutischen Ansatzes konnte bei fast allen Bereichen psychischer Störungen unter Beweis gestellt werden.

Die Behandlung von *Neurosen* stellt einen Schwerpunkt der Verhaltenstherapie dar. Methoden der systematischen Desensibilisierung und der Reizüberflutung haben sich als effektive Verfahren der Angstbehandlung herausgestellt. Auch (angstreduzierende) Zwänge können durch diese Methoden behandelt werden. Techniken der Reaktionsverhinderung und Selbstkontrolltechniken haben sich ebenfalls bei der Behandlung von Zwangssymptomen, vor allem bei angstproduzierenden Zwangsgedanken, als effektiv erwiesen. Die Modelle der „gelernten Hilflosigkeit" und der Deprivation (sozialer) Verstärker lieferten die Grundlage für die Entwicklung effektiver therapeutischer Techniken zur Behandlung reaktiver Depressionen.

Durch die gezielte Kombination verschiedener verhaltenstherapeutischer Verfahren ist es möglich, auch komplexe, multisymptomatische Neurosen erfolgreich zu behandeln.

Für die Behandlung einzelner, oft isoliert auftretender *Verhaltensstörungen* wurden verschiedene Spezialtechniken entwickelt. So werden für die Behandlung des in der Literatur oft als therapieresistent beschriebenen Stotterns Erfolgsraten von über 70 Prozent berichtet. Tics und andere psychomotorische Störungen (z. B. Schreibkrampf) können ebenso verhaltenstherapeutisch behandelt werden wie die verschiedenen Eßstörungen, zum Beispiel die anorexia nervosa. Das gleiche gilt für Enuresis, Enkopresis, Lern- und Leistungsstörungen und Störungen im Kontaktbereich.

Vor allem durch die Entwicklung der Methoden des Biofeedback haben sich in den letzten Jahren erfolgversprechende verhaltenstherapeutische Methoden zur Behandlung *psychosomatischer Störungen* ergeben. Dies gilt vor allem für psychogene Störungen des Herz- und Kreislaufsystems.

Sexuelle Verhaltensstörungen — sowohl Perversionen wie Fetischismus und Exhibitionismus als auch Kohabitationsstörungen — werden zunehmend mit verhaltenstherapeutischen Techniken behandelt. Die Therapie von Kohabitationsstörungen setzt in der Regel bei beiden Partnern an und ist oftmals Bestandteil einer umfassenderen Ehetherapie (Kommunikationstherapie).

Eine Ausweitung der in die Behandlung einbezogenen Personen im Rahmen der Verhaltenstherapie zeigt sich auch bei der Behandlung *kindlicher Verhaltensstörungen*. Eltern-Kind-Therapie und Modifikationsprogramme, die in Schulklassen durchgeführt werden können, machen besonders deutlich, daß die Verhaltenstherapie zunehmend die Praxis, Klinik bzw. das Labor verläßt und eine unmittelbare Veränderung der natürlichen Bedingungen des Patienten anstrebt.

Besondere Erfolge hat die Verhaltenstherapie bei der Behandlung bzw. Förderung *retardierter Kinder* erzielen können. Mit Hilfe der operanten Methode der sukzessiven Annäherung gelang der Aufbau von Sprechverhalten bei Mutisten, die Entwicklung von Sozialverhalten und relativer Selbständigkeit bei Autisten und die intellektuelle und motorische Förderung beispielsweise mongoloider Kinder. Auch zur Förderung und Rehabilitation *geistig behinderter Erwachsener* können verhaltenstherapeutische Techniken eingesetzt werden. Wenn auch bei diesen Erscheinungsbildern mit verhaltenstherapeutischen Methoden keine vollständige Heilung erzielt werden kann, so gehen die erzielten Verbesserungen doch weit über die Erfolge anderer Therapien hinaus.

Ermutigende Erfolge konnte die Verhaltenstherapie auch bei der Behandlung von *Suchtkranken* nachweisen. Dabei werden in der letzten Zeit die engen, symptomzentrierten Behandlungsansätze (z. B. Aversionstherapie) zunehmend aufgegeben zugunsten umfassenderer Therapieprogramme, die beispielsweise die Förderung des Sozial- und Arbeitsverhaltens mit einschließen. Das gilt nicht nur für die Behandlung von Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, sondern auch für die Behandlung von Alkoholikern.

Bei der stationären Behandlung *schizophrener* Patienten hat die Verhaltenstherapie einen wichtigen Beitrag zur Resozialisierung dieser Kranken geleistet. Durch die Einrichtung spezieller Stationen nach dem Prinzip der Münz-Ökonomie gelang eine Förderung der Aktivitäten und der Selbständigkeit dieser Patienten. Diese Erfolge konnten — in Grenzen — auch bei chronisch Schizophrenen erreicht werden, die schon seit vielen Jahren hospitalisiert waren. Darüber hinaus ist in einer Reihe von Einzeluntersuchungen nachgewiesen worden, daß auch spezifische Einzelsymptome, vor allem Störungen des Denkens, mit verhaltenstherapeutischen Methoden effektiv beeinflußt werden können.

Einen wichtigen Beitrag zur Resozialisierung kann die Verhaltenstherapie auch bei Patienten mit *exogenen Psychosen* liefern. In diesen Fällen setzt die Therapie nicht an den primären Störungen und ih-

ren Ursachen an, sondern ist auf die Behandlung der Folgeschäden zentriert.

Dieser grobe Überblick macht deutlich, daß die Verhaltenstherapie bereits heute, ungefähr zwanzig Jahre nach ihrer Entstehung, einen wichtigen Beitrag zur Prävention, Behandlung und Resozialisation psychisch Kranker zu liefern imstande ist. Die rapide Entwicklung der internationalen Forschung auf diesem Bereich läßt erwarten, daß die Bedeutung der Verhaltenstherapie in nächster Zeit noch zunehmen wird. Bereits heute gibt es fünf amerikanische und europäische Fachzeitschriften für Verhaltenstherapie. Die Anzahl der Monographien zur verhaltenstherapeutischen Forschung und Praxis nimmt ständig zu. Auf dem Hintergrund dieses Bedeutungszuwachses der Verhaltenstherapie scheint es notwendig zu überprüfen, wie der Einsatz der Verhaltenstherapie in der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland verbessert werden kann.

III. Einsatz der Verhaltenstherapie in der Versorgung psychisch Kranker

Infolge des Bemühens der Verhaltenstherapeuten, den Patienten bei der Behandlung aktiv zu beteiligen und die Umwelt des Patienten möglichst umfassend in die Behandlung miteinzubeziehen, ist es notwendig, den Patienten möglichst nicht oder nur kurzzeitig aus seinem normalen Sozialverband herauszunehmen. Ein Schwergewicht der verhaltenstherapeutischen Tätigkeit wird daher im extramuralen Dienst liegen. Das gilt in erster Linie für die ambulante Behandlung. Aus verschiedenen Gründen ist der Einrichtung von Ambulatorien und Gemeinschaftspraxen gegenüber der Einzelpraxis den Vorzug zu geben: Erfahrungen in den Vereinigten Staaten haben gezeigt, daß die Zusammenarbeit verschiedener Fachleute unterschiedlicher Kompetenz den effektiven und ökonomischen Einsatz der Verhaltenstherapie verbessern kann. Während die verhaltenstherapeutische Diagnostik, vor allem die Verhaltensanalyse und die Therapieplanung unbedingt von einem voll ausgebildeten ärztlichen oder psychologischen Verhaltenstherapeuten vorgenommen werden muß, kann die Durchführung bestimmter Standardtechniken (z. B. systematische Desensibilisierung) oder auch ein in-vivo-Training in der natürlichen Umgebung des Patienten von geschulten Mitarbeitern durchgeführt werden. Eine solche Arbeitsteilung ist allerdings erst in größeren ambulanten Einrichtungen sinnvoll. Darüber hinaus gewinnt der Einsatz von technischen Geräten und Hilfsmitteln in der Verhaltenstherapie zunehmend an Bedeutung. Die Einrichtung beispielsweise entsprechend ausgestatteter Beobachtungsräume ist nicht nur für die Verhaltensanalyse notwendig, sondern ist auch wichtig für das Training von Sozialpartnern des Patienten, zum Beispiel Eltern, Ehepartnern usw. Für Methoden der Verhaltensformung und des Selbstsicherheitstrainings ist eine Video-Anlage notwendig, um den Patienten unmittelbar mit den Aufzeichnungen seiner Verhaltensweisen und deren Veränderungen konfrontieren zu können. Eine entsprechend apparative Ausstattung ist auch Voraussetzung für die Durchführung von Biofeedback-Therapien.

Einen weiteren Schwerpunkt für den Einsatz der Verhaltenstherapie stellen die von der Sachverständigenkommission in ihrem Zwischenbericht empfohlenen halbstationären und flankierenden Einrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken, Heime usw. dar. Gerade diese Einrichtungen sind besonders geeignet, den für die Durchführung von Verhaltenstherapien notwendigen Kontakt zur normalen familiären und außerfamiliären Umgebung des Patienten schrittweise zu fördern. Der Aufbau von Verhaltensweisen zur stufenweisen Wiedereingliederung des Patienten in seine natürliche Umgebung kann in diesen Einrichtungen durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen wesentlich gefördert werden. Das gilt sowohl für den Aufbau bzw. die Förderung von sozialen Verhaltensweisen als auch für das Training der Arbeitsfähigkeit der Patienten und ihrer Selbständigkeit und Selbstsicherheit.

Der Aufbau halbstationärer Einrichtungen auch für die Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen ist aus der Sicht der Verhaltenstherapie von besonderer Dringlichkeit. Mehr noch als bei Erwachsenen spielt die soziale Umgebung der Kinder für die Aufrechterhaltung psychischer Störungen eine zentrale Rolle. Die Behandlung in Kinderkliniken oder ähnlichen stationären Einrichtungen kann nur zu vorübergehenden Erfolgen führen, solange es nicht gelingt, unmittelbaren Einfluß auf das Elternhaus und eventuell die Schule nehmen zu können. Die Einrichtung von therapeutischen Tages-Kinderstätten, angegliedert beispielsweise an Beratungsstellen oder Ambulatorien, in denen für eine gewisse Zeit die Therapeuten gemeinsam mit Eltern und Kindern arbeiten können, ist unbedingt erforderlich.

Wie bereits oben gezeigt, verlagert die Verhaltenstherapie ihre Behandlung zunehmend in die natürliche Umgebung der Patienten und bezieht darüber hinaus Bezugspersonen des Patienten in die Behandlung mit ein, indem sie entweder ebenfalls therapiert, zumindest beraten werden, oder indem sie zu „Kotherapeuten" ausgebildet werden. Dieser Gesichtspunkt muß bei den Überlegungen zur Finanzierung ambulanter Einrichtungen (unter anderem bei den Gebührenordnungen) berücksichtigt werden.

Um verhaltenstherapeutische Methoden in psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrischen Stationen von Allgemeinkrankenhäusern sinnvoll einsetzen zu können, bedarf es einiger grundsätzlicher Voraussetzungen: Um beispielsweise Selbständigkeit und Selbstversorgung langfristig hospitalisierter Patienten aufzubauen, müssen die äußeren Lebensbedingungen innerhalb der Klinik dem Patienten einen individuellen Bereich vorbehalten. Nur wenn die Möglichkeit gegeben ist, daß der Patient für einen Teilbereich seiner Versorgung eigene Verantwortung übernehmen kann, ist die Förderung von Selbständigkeit möglich. Um Kontaktverhalten aufbauen zu können, müssen die räumlichen und finanziellen Möglichkeiten für gemeinsames Spiel, gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Klinik usw.

gegeben sein. Schließlich und vor allem setzt eine sinnvolle verhaltenstherapeutische Behandlung in Kliniken eine ausreichende personelle Ausstattung voraus. Wie bereits zuvor erwähnt, können entsprechend geschulte Pfleger einen großen Teil der therapeutischen Aufgaben übernehmen. Um Beispielsweise Münz-Ökonomie-Programme auf Krankenhausstationen durchführen zu können, ist ein Verhältnis von einem Therapeuten zu drei, maximal vier Patienten Voraussetzung. Es kann nicht erwartet werden, daß die verhaltenstherapeutischen Möglichkeiten, deren Effektivität in einer Vielzahl empirischer Forschungsarbeiten nachgewiesen wurde, in der alltäglichen Praxis eines Krankenhauses eingesetzt werden können, bevor nicht diese notwendigen Grundvoraussetzungen geschaffen sind.

Die Einrichtung verhaltenstherapeutischer Stationen in Kliniken ist weiterhin erst dann sinnvoll, wenn gewährleistet ist, daß in entsprechenden halbstationären und flankierenden Einrichtungen eine weitere Förderung der Patienten möglich wird. Nur diese Einrichtungen sind in der Lage, die Patienten schrittweise näher an die natürlichen Umgebungsbedingungen heranzuführen, so daß die in der stationären Behandlung erzielten Besserungen gefestigt werden.

Die Tätigkeit von Verhaltenstherapeuten in Kliniken beschränkt sich nicht nur auf die Einrichtung und Betreuung entsprechender therapeutischer Stationen, sondern umfaßt auch eine gezielte Einzeltherapie verschiedener Problembereiche hospitalisierter Patienten. Diese Therapie kann eventuell als Ergänzung zu anderen (z. B. pharmakologischen) Behandlungen durchgeführt werden. Auch gruppentherapeutische Ansätze werden inzwischen von der Verhaltenstherapie angeboten. So hat sich beispielsweise herausgestellt, daß mittels eines Gruppen-Selbstsicherheitstrainings nicht nur das Sozialverhalten schwerstgestörter Patienten positiv beeinflußt werden kann, sondern daß mittels dieser Technik auch depressive Verstimmungszustände günstig beeinflußt werden können. Es ist allerdings anzumerken, daß bislang die Entwicklung verhaltenstherapeutischer Verfahren für Gruppen noch in den Anfängen steckt.

Ein ähnlicher Aufgabenbereich ergibt sich auch für Verhaltenstherapeuten, die in besonderen Einrichtungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche tätig sind. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, setzt die verhaltenstherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der Regel die Einbeziehung des Elternhauses in die Therapie voraus. Von daher ist zu fordern, daß in entsprechenden Kliniken Möglichkeiten geschaffen werden, die eine zeitweise Unterbringung der Eltern in der Klinik erlauben. Ein gemeinsames Training von Eltern und Kindern unter Bedingungen, die sich wesentlich von den normalen, oft schwierigen häuslichen Verhältnissen unterscheiden, hat sich als äußerst effektiv herausgestellt. In einigen wenigen Spezialkliniken in der BRD (z. B. in Mainz) sind bereits derzeit entsprechende Möglichkeiten geschaffen worden.

IV. Kombination der Verhaltenstherapie mit anderen Behandlungsformen

Aus den bisherigen Ausführungen wird bereits deutlich, daß die Einrichtung spezieller psychotherapeutischer bzw. verhaltenstherapeutischer Kliniken nicht sinnvoll ist. Verhaltenstherapie kann auf den gesamten Bereich der Behandlung psychisch Kranker einen mehr oder weniger wichtigen Beitrag leisten. Die von der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD in ihrem Zwischenbericht vorgeschlagene Staffelung der klinischen Einrichtungen und deren Ausrichtung an Standardversorgungsgebieten stellt einen günstigen Rahmen für den effektiven Einsatz der verschiedenen verhaltenstherapeutischen Möglichkeiten dar.

Die Kombination von Verhaltenstherapie mit anderen ärztlichen Behandlungen (z. B. psychopharmakologische Behandlung) wirft in der Regel keine grundsätzlichen Probleme auf. Für viele Bereiche, zum Beispiel bei der Resozialisierung von Patienten mit exogenen psychischen Krankheiten oder bei der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen ist eine solche Zusammenarbeit unbedingt notwendig.

Voraussetzung für den effektiven Einsatz der Verhaltenstherapie in den verschiedenen, von der Sachverständigenkommission in ihrem Zwischenbericht empfohlenen Einrichtungen ist jedoch die Schaffung ausreichender Personalstellen für Ärzte bzw. klinische Psychologen mit einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung. Obwohl Verhaltenstherapeuten sich bemühen, die Patienten möglichst frühzeitig aktiv an der Therapie zu beteiligen und obwohl es nicht nur möglich, sondern wünschenswert ist, daß Personen ohne eine volle verhaltenstherapeutische Ausbildung an der Durchführung der Therapie mitwirken, so muß trotzdem davon ausgegangen werden, daß ein Therapeut gleichzeitig — je nach sonstiger Belastung — nicht mehr als zehn bis fünfzehn Patienten allein betreuen kann. Die Verhaltenstherapie hat zwar nachweisen können, daß sie bei einer Vielfalt von Störungen relativ rasch zum Erfolg führt, doch oftmals setzen diese schnellen Erfolge einen intensiven Einsatz des Therapeuten voraus. Mittels der Methoden der Reizüberflutung können beispielsweise schwere Angstzustände, bestimmte Zwänge oder auch reaktive Depressionen in wenigen Sitzungen erfolgreich behandelt werden, doch diese Sitzungen dauern oft mehrere Stunden, und oftmals ist es notwendig, daß der Therapeut bei dieser Behandlung von einem Kollegen unterstützt wird. Durch den Einsatz entsprechend geschulten Pflegepersonals in ausreichendem Umfang kann allerdings die Zahl der Patienten, die von einem voll ausgebildeten Verhaltenstherapeuten betreut werden kann, erhöht werden.

Während die Kombination von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen mit anderen ärztlichen Behandlungen in der Regel keine grundsätzlichen Probleme aufwirft, stellt sich die Kombination mit anderen psychotherapeutischen Verfahren als schwieri-

ger dar. Das gilt nicht für die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie, sofern gewährleistet ist, daß beide Therapien durch unterschiedliche Therapeuten durchgeführt werden. Die gleichzeitige Durchführung tiefenpsychologisch fundierter Behandlungsmethoden und verhaltenstherapeutischer Techniken ist hingegen nicht möglich. Die theoretischen Unterschiede der beiden Therapierichtungen sind so gravierend, daß es bislang nicht einmal Therapeuten gibt, die beide Therapien umfassend beherrschen und anwenden können. Sowohl bei einer psychoanalytischen als auch bei einer verhaltenstherapeutischen Behandlung wird der Patient mit bestimmten Begriffen und Sichtweisen seiner Problematik konfrontiert. Aufgrund der großen theoretischen Unterschiede ist es für einen Patienten nicht möglich, beide Sichtweisen zu integrieren. Hinzu kommt, daß sich die Rolle des Patienten in der Psychoanalyse und in der Verhaltenstherapie weitgehend unterscheiden; die im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Behandlung erwarteten Aktivitäten und Initiativen des Patienten können sich bei einer analytischen Behandlung störend auswirken. Eine Kombination beider Therapien ist daher nicht möglich.

Bislang sind noch keine objektiven, wissenschaftlich begründeten Kriterien für die Indikation einer Verhaltenstherapie gegenüber anderen psychotherapeutischen Maßnahmen anzugeben. Die gelegentlich auch in der Literatur geäußerten Indikationskriterien sind nicht empirisch begründet; sie werden in der Regel aus dem theoretischen Modell einer Therapierichtung hergeleitet. Aufgrund der grundsätzlichen theoretischen Unterschiede zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie ist eine Bewertung beispielsweise der Verhaltenstherapie aus der Sicht der Psychoanalyse oder umgekehrt nicht möglich bzw. wissenschaftlich nicht haltbar. Eine beide Ansätze übergreifende Metatheorie, aus der unter anderem Hinweise für die Indikationsstellung abgeleitet werden könnten, gibt es bislang nicht. Auch die vergleichende Therapieforschung hat bislang keine Hinweise für eine begründete Indikationsstellung für Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie oder Psychoanalyse ergeben.

Während die Frage, ob bei einem vorliegenden Einzelfall eher eine Psychoanalyse oder eine Verhaltenstherapie indiziert ist, bislang nicht beantwortet werden kann, sind jedoch Aussagen darüber möglich, ob im Einzelfall die Verhaltenstherapie (oder die Psychoanalyse) erfolgversprechend eingesetzt werden können. Voraussetzung für diese Entscheidung ist für die Verhaltenstherapie eine ausführliche funktionale Verhaltensanalyse, das heißt eine Beschreibung und Erklärung der Problematik eines Patienten auf dem Hintergrund der funktionalen Verhaltenstheorie. Eine solche Verhaltensanalyse ist gleichzeitig Voraussetzung für die Indikationsstellung einzelner verhaltenstherapeutischer Techniken, das heißt für die verhaltenstherapeutische Therapieplanung.

V. Ausbildung von Verhaltenstherapeuten

Die ständig zunehmenden empirischen Untersuchungen zur Verhaltenstherapie und die daraus resultierende ständige Ausweitung des Anwendungsbereiches der Verhaltenstherapie geht einher mit einem großen Interesse für Ausbildung. Nach einer groben Schätzung wenden bereits heute über 1 000 klinische Psychologen und Ärzte in der BRD verhaltenstherapeutische Verfahren an. (Die Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie e. V. hat derzeit ca. 1 800 Mitglieder, davon ca. 700 Studenten.) Eine umfassende Ausbildung in Verhaltenstherapie können allerdings vermutlich nur 20 bis 30 % nachweisen. Das Interesse an einer entsprechenden Weiterbildung in Verhaltenstherapie bei den bereits berufstätigen Psychologen und Ärzten ist äußerst groß. Es kann davon ausgegangen werden, daß weit über 1 000 Berufspraktiker derzeit an entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten interessiert sind. In fast allen Städten der BRD haben sich lokale Arbeitskreise gebildet, die versuchen, durch Erfahrungsaustausch und gegenseitige Supervision ein Minimum an Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen. Fortbildungskurse von erfahrenen Verhaltenstherapeuten können nur sehr begrenzt angeboten werden.

Um die völlig unbefriedigende Ausbildungssituation in Verhaltenstherapie zu ändern, ist eine umfassende staatliche Förderung notwendig. Fast alle psychologischen Institute der Universitäten der Bundesrepublik erstellen derzeit aufgrund der Anforderungen der neuen Rahmenprüfungsordnung für die Diplom-Prüfung im Fach Psychologie Ausbildungspläne, die die Möglichkeit der Spezialisierung für das Fach Klinische Psychologie im zweiten Studienabschnitt (nach der Diplom-Vorprüfung) vorsehen. Einen Schwerpunkt der Ausbildung in klinischer Psychologie stellt in der Regel die Verhaltenstherapie dar. Es kann daher davon ausgegangen werden, daß in Zukunft der überwiegende Teil der Psychologen, die im Bereich der klinischen Psychologie tätig sein wollen, Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie bereits im Studium erlernen. Allerdings ist es unbedingt notwendig, daß die psychologischen Institute, vor allem die Abteilungen für klinische Psychologie, personell besser ausgestattet werden.

Die psychologischen Institute sind nicht in der Lage, den Studierenden ausreichende Erfahrungen bei der praktischen Anwendung der Verhaltenstherapie zu vermitteln. Dieser Teil der Ausbildung, also die praktische Arbeit unter Supervision, sollte nach Abschluß des Psychologiestudiums in den verschiedenen stationären oder halbstationären Praxiseinrichtungen vermittelt werden. Entsprechende Stellen für Ausbilder und Auszubildende müssen eingerichtet werden.

Die Ausbildung von Ärzten in Verhaltenstherapie bringt noch weitaus größere Probleme mit sich. Da die Verhaltenstherapie beschrieben werden kann als Anwendung der Ergebnisse, Methoden und Theorien der Psychologie, ist eine fundierte Ausbildung in den psychologischen Grundlagenfächern

Voraussetzung. Eine solche Ausbildung kann — trotz der Einführung des Faches Medizinische Psychologie in der neuen Aprobationsordnung für Ärzte — während des regulären Medizinstudiums kaum vermittelt werden. Es scheint daher notwendig zu sein, die Verhaltenstherapie-Ausbildung für Ärzte in die Facharzt-Ausbildung zu integrieren. Vorschläge für eine solche Verhaltenstherapie-Ausbildung werden derzeit von den beiden deutschen verhaltenstherapeutischen Gesellschaften entwikkelt.

Die Frage der Ausbildung von Sozialarbeitern, Heilpädagogen und verwandten Berufen ist derzeit noch völlig ungeklärt. Eine solche Ausbildung wäre wünschenswert, da — wie oben gezeigt — im Rahmen der Verhaltenstherapie eine Arbeitsteilung zwischen entsprechend ausgebildeten Personen unterschiedlicher Vorbildung möglich und wünschenswert ist.

Für den effektiven Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden in Kliniken ist eine entsprechende Schulung des Pflegepersonals notwendig. Möglichkeiten für diese Schulung sollten in den Kliniken errichtet werden.

Die Förderung der Ausbildungsmöglichkeiten in Verhaltenstherapie stellt derzeit ein zentrales Problem dar. Denn einerseits hat eine umfassende internationale Forschung inzwischen hinreichend belegt, daß die Verhaltenstherapie einen wichtigen Beitrag für die Behandlung psychisch Kranker liefern kann, und außerdem ist das Interesse am Erwerb entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten ausgesprochen groß, so daß sich auch in der Bundesrepublik Deutschland der Einsatz der Verhaltenstherapie erweitern ließe. Entscheidend beeinträchtigt wird diese Möglichkeit durch die fehlende staatliche Förderung einer entsprechenden Ausbildung und die noch immer bestehenden juristischen Hindernisse für den Einsatz von klinischen Psychologen und anderen nichtärztlichen Psychotherapeuten in der Heilbehandlung.

Die Versorgung und Rehabilitation der Hirnverletzten in der Bundesrepublik Deutschland

— Gegenwärtiger Stand und notwendige Maßnahmen —

von

I. Pampus

Aus dem Rehabilitationszentrum der Universität zu Köln
(Leiter: Prof. Dr. med. K.-A. Jochheim)

Gliederung

1 Einleitung

2 Statistische Daten

2.1 Angaben zur Häufigkeit von Schädelhirnverletzungen

2.2 Ursachen von Schädelhirntraumen

2.3 Geschlechts- und Altersverteilung

2.4 Zur Letalität und Schwere der Hirnverletzungen

3 Erste Hilfe und Transport

4 Akute Behandlungsphase
Neurochirurgische und chirurgische Behandlung

5 Postakute Behandlungsphase
Neurologisch-psychiatrische Behandlung und medizinische Frührehabilitation

6 Medizinische Langzeitrehabilitation

7 Die berufliche Rehabilitation Hirnverletzter

8 Werkstätten für Behinderte

9 Nachsorge am Arbeitsplatz

10 Pflegefälle — apallische Syndrome
und Hirnverletzte in psychiatrischen Landeskrankenhäusern

11 Hirnverletzte Kinder und Jugendliche

12 Die Arbeit der Verbände

13 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation
Kostenträger für Rehabilitationsleistungen und -maßnahmen

Anhang

Literaturangaben

1 Einleitung

An die Stelle der 80 000 Hirnverletzten, die nach dem 2. Weltkrieg in der Bundesrepublik Deutschland versorgt werden mußten, sind jetzt mehr und mehr die Verletzten getreten, die ihre Hirnschädigung im zivilen Leben, vor allem bei Verkehrsunfällen und auch Arbeitsunfällen erleiden. Mit der Vervollkommnung der neurochirurgischen Diagnostik und Behandlung sowie dem Ausbau der modernen Intensivpflege hat sich die Zahl der schwer und schwerst Hirngeschädigten, die überleben, erheblich erhöht. Gegenüber den Hirnverletzten des Krieges, bei denen es sich zumeist um Schußverletzungen handelte, sehen wir jetzt überwiegend gedeckte Schädelhirnverletzungen. Dabei treten bei langzeitig bewußtlosen Verletzten oftmals die Sekundärschäden durch Hirnödem und Hypoxie ganz in den Vordergrund. Damit hat sich auch das neurologische Schadensbild vielfach gewandelt. Hinzu kommen die allgemeinen Komplikationen nach langdauernder Bewußtlosigkeit, wie sie bei den Kriegsverletzten nicht gesehen wurden, und die Probleme der Mehrfachverletzung bei Verkehrsunfällen.

Stand unter den schwierigen Verhältnissen der Nachkriegszeit der Gesichtspunkt der Versorgung und Betreuung ganz im Vordergrund, werden jetzt zu Recht höhere Anforderungen gestellt und das Ziel in der vollen Reintegration des Hirnverletzten in die Gesellschaft gesehen. Das bedeutet Rückkehr in den früheren oder einen anderen, möglichst gleichwertigen Beruf, der oftmals erst Voraussetzung ist für die volle soziale Rehabilitation.

Die Rehabilitation schwer Hirnverletzter ist aber eine sehr langwierige und schwierige Aufgabe, die Zeit, Geduld und Sachkenntnis erfordert. Angeführt seien hier nur die bekannten hirnorganischen geistig-seelischen Veränderungen, die Neigung zu psychoreaktiven Verhaltensweisen, Gefahr von Sucht und Arzneimittelmißbrauch und schließlich die mögliche Entwicklung eines hirnorganischen Anfallsleidens.

Bei schwer Hirnverletzten ist mit langen Rekonvaleszenzzeiten zu rechnen. Es pflegt 2 bis 3 Jahre zu dauern, bis sich das Schadensbild stabilisiert hat und von einem bleibenden Defekt gesprochen werden kann. Diese Zeit muß in sinnvoller Weise mit gestufter Belastung in der medizinischen Frührehabilitation ausgefüllt werden, die später bei den Schwerverletzten in die Langzeitrehabilitation mit vorberuflicher Belastung übergeht. Die umfassende Rehabilitation des Hirnverletzten erfordert wie heute jede sachgemäße Rehabilitation eine enge Zusammenarbeit im Behandlungsteam unter Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten, Beschäftigungstherapeuten, Arbeitstherapeuten, Sozialarbeitern; darüber hinaus ein Zusammenwirken mit anderen Rehabilitationsdiensten, dem Kostenträger, dem Arbeitsamt, mit dem Betrieb, dem Hausarzt und der Familie.

Wie hier in der Bundesrepublik Deutschland die Lage in der Betreuung und Rehabilitation Hirnverletzter aussieht, und welche Lücken noch in der Versorgung bestehen, soll der vorliegende Bericht aufzeigen.

2 Statistische Daten

2.1 Angaben zur Häufigkeit von Schädelhirnverletzungen

Da in der Bundesrepublik Deutschland, abgesehen von den meldepflichtigen Infektionskrankheiten, keine *Morbiditätsstatistik* (Krankheitsstatistik) geführt wird, und es auch keine umfassende *Unfallstatistik* nach Verletzungsarten und Sitz der Verletzung gibt, fehlen genaue Angaben über die Zahl der Hirnverletzten für das Bundesgebiet. Auch eine umfassende *Behindertenstatistik* gibt es bisher nicht. Statistische Erhebungen über die Gesamtzahl der körperlich und geistig Behinderten sind bislang im Rahmen des Mikrozensus der amtlichen Statistik erfolgt. Die Schaffung einer Gesamtstatistik über Behinderte auf Bundesebene wird angestrebt. Die Novelle zum Schwerbeschädigtengesetz sieht eine umfassende Behindertenstatistik vor. Zur Zeit ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Einvernehmen mit der Bundesregierung darum bemüht, einzelne Teilstatistiken für die Verwendung in der Gesamtstatistik aufzubereiten (Sozialbericht der Bundesregierung 1973).

Die Schwierigkeit, eine umfassende Statistik zu erstellen, dürfte darin liegen, wer die Eingaben zu einer Dokumentation leistet und nach welchen Richtlinien sie erfolgen sollte. Die Widerstände gegen Einführung einer Meldepflicht Behinderter sind bekannt. Nach dem derzeitigen Stand dürfte es auch nicht möglich sein, eine amtliche Meldepflicht in der nächsten Zeit durchzusetzen. So bleiben wir hinsichtlich der Anzahl der zu versorgenden Hirnverletzten — Akutbehandlungsfälle und Dauerschäden — vorläufig noch auf Schätzungen und Hochrechnungen anhand großer Einzelstatistiken angewiesen.

Von neurochirurgischer Seite (Tönnis, Frowein u. a.) sind eingehende Erhebungen durchgeführt worden, die 1968 in der Monographie: „Organisation der Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen" veröffentlicht wurde. Nach den dort angestellten Berechnungen ist in der Bundesrepublik Deutschland jährlich mit 100 000 bis 200 000 Schädelhirnverletzungen zu rechnen, die einer stationären Behandlung bedürfen. Davon sind nach der Schätzung 15 % *schwer Schädelhirnverletzte;* das sind *15 000 bis 30 000* pro Jahr. Als schwere Schädelhirnverletzungen gelten hier: „offene Hirnverletzungen, gedeckte Schädelhirnverletzungen mit einer Bewußtlosigkeit von mehr als 2 Stunden Dauer oder Funktionsstörungen von mehr als vier Tagen, intrakranielle Hämatome und Verdacht, Arteria-Carotis-Sinus-Cavernosus-Aneurysmen, Liquorfisteln (chronische nasale oder otogene) Pneumatozelen, Meningitiden". Das sind die Kopfverletzten, die einer Überwachung auf der Wachstation, einer neurochirurgischen Spezialdiagnostik und neurochirurgischen Behandlung bedürfen.

In anderen eurochirurgischen Veröffentlichungen, so in den Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer (1970); werden sogar noch höhere Zahlen genannt, nämlich 30 000 bis 50 000 Schädelhirnverletzte pro Jahr, darunter etwa 10 000 Hirnblutungen. Diese Zahl gibt auch H. W. Pia (1973) an und schreibt, daß pro Jahr 10 000 bis 20 000 Schädelhirnverletzte operative Maßnahmen verlangen und 15 000 bis 20 000 Hirnverletzte sterben. Von H. W. Pia (1973) wird eine etwas andere Abgrenzung der schweren Schädelhirnverletzung gegeben, nämlich: „komplizierte Hirnschädel- und Schädelbasisverletzungen, Hirnnerven- und Nervenverletzungen, Verletzungene der Orbita, Verletzungen von Ohr und Nebenhöhlen, Verletzungen des Gesichtsschädels."

Nach E. Gögler (1971) beträgt die Zahl der stationär behandelten Schädelverletzten (hochgerechnet aus Bundesstatistik, berufsgenossenschaftlicher Aufschlüsselung, Ortskrankenkassenstatistik und 26 000 Unfallpatienten des eigenen klinischen Krankengutes) jährlich 175 000, darunter 24 000 Hirnkontusionen.

Gegenüber den neurochirurgischen Erhebungen ergaben neuere Berechnungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften wesentlich niedrigere Zahlen (Nickl 1970, Hymmen 1971 in: Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Verbesserung der Rehabilitation schwer Schädelhirnverletzter, unveröffentlicht). Hier wurden 9 000 bis 10 000 schwere Schädelhirnverletzungen pro Jahr errechnet und darauf verwiesen, daß nach diesen Berechnungen der Anteil schwerer Schädelverletzungen an der Gesamtzahl der Schädelhirnverletzten nicht 15 %, sondern nur 8 % betrage.

Wahrscheinlich ist es nicht zu hoch gegriffen, wenn von jährlich etwa 10 000 überlebenden schwer Schädelhirnverletzten in der Bundesrepublik ausgegangen wird, die einer Rehabilitationsbehandlung bedürfen.

2.2 Ursachen von Schädelhirntraumen

Die Hauptursache von Schädelhirnverletzungen sind heute zweifellos die *Verkehrsunfälle,* obwohl auch hier keine genauen Zahlen vorliegen. Aus großen Einzelstatistiken kann aber geschlossen werden, daß in den Industriestaaten etwa 70 % der Schädelhirntraumen durch Verkehrsunfälle verursacht sind und nur etwa 10 bis 15 % durch Unfälle am Arbeitsplatz, die restlichen durch Sport- und häusliche Unfälle infolge von Stürzen und durch Gewalttätigkeiten und Selbstmordversuche. (Barr und Ralston 1964, Gerstenbrand und Hoff 1963, Koslowski und Richter 1970, Miller und Jennett 1968, Reichel und Petermann 1968).

Durch Straßenverkehrsunfälle wurden in zehn Jahren von 1956 bis 1965 in der Bundesrepublik Deutschland 142 576 Personen getötet und über 4 Millionen verletzt, darunter 1,4 Millionen Schwerverletzte [1]) (Gögler 1968).

In den Jahren danach ist die Zahl der Verkehrstoten [2]) pro Jahr weiter gestiegen. 1970 wurde nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die traurige Rekordhöhe von 19 177 Toten und 531 189 Verletzten gezählt. 1971 war erstmals ein leichter Rückgang zu verzeichnen. 1972 [3]) betrug die Zahl der Verkehrstoten 18 793, die Zahl der Schwerverletzten lag mit 165 711 aber noch über der Zahl des Jahres 1970. Auf einen Toten im Straßenverkehr kommen 28 Verletzte, davon 17 Leicht- und 11 Schwerverletzte (K. H. Bauer 1960). In 70 % aller tödlichen Verkehrsunfälle ist ein Schädelhirntrauma die Haupttodesursache (Gögler 1968).

Nach großen Statistiken ist bei Verkehrsunfällen in etwa 70 % mit einem Schädelhirntrauma zu rechnen, bei Nichtverkehrsunfällen hingegen nur in etwa 20 %.

Für Rad- und Motorradfahrer ist die Kopfverletzung geradezu typisch. Bei Pkw-Fahrern ist bei $^3/_4$ der Verunglückten mit einem Kopftrauma zu rechnen. Unter den Fußgängern sind es vor allem Kinder und alte Leute, die in $^2/_3$ der Fälle Kopfverletzungen erleiden. (Gögler 1968, Tönnis und Frowein u. a. 1968).

40 % aller Verletzten mit schweren Schädelhirntraumen haben nach Tönnis, Frowein u. a. (1968) noch anderweitige Verletzungen. Während bei Verkehrsunfällen jeder dritte Verletzte — bei Pkw-Insassen sogar jeder zweite Verletzte — Mehrfachverletzungen aufweist, hat bei Nichtverkehrsunfällen nur jeder sechste Schädelhirnverletzte begleitende chirurgische Unfallfolgen. Nach einer Erhebung von M. H. Irving und P. M. Irving (1967) in England kamen bei Schädelhirnverletzten an begleitenden chirurgischen Verletzungen nach den häufigen Gesichtsläsionen an zweiter Stelle Gliedmaßenverletzungen, besonders der unteren Extremitäten vor, dann folgten Thoraxverletzungen, danach Wirbelfrakturen, begleitende abdominale Verletzungen waren dagegen seltener — Verkehrsunfälle sind in der Regel auch ungleich schwerer und vielgestaltiger als Arbeitsunfälle und weisen eine viermal so hohe Sterblichkeit auf (K. H. Bauer 1969, Nickl 1970).

Unter den *Arbeitsunfällen* in der gewerblichen Wirtschaft lag 1969 der Anteil der Unfallverletzten mit Verletzungen des Kopfes bei 10 % (Nickl 1970). Von diesen 10 % war nur in etwa ein Fünftel der Fälle das Kopftrauma mit einer Hirnverletzung verbunden. Unter den Hirnverletzten aber ist gegenüber anderweitig Verletzten der Anteil der Schwerbeschädigten besonders hoch; er betrug 33,6 %. Der Anteil der Unfälle im Straßenverkehr an der Gesamtzahl der Arbeitsunfälle lag bei 27 bis 28 % (Nickl 1970).

2.3 Geschlechts- und Altersverteilung

Männer sind nach allen großen Statistiken auch in Friedenszeiten sehr viel häufiger von Schädelhirntraumen betroffen als *Frauen.* Unter den Verkehrs-

[1]) Schwerverletzter im Sinne der Statistik ist der im Krankenhaus stationär behandelte Verletzte.

[2]) Zu den Verkehrstoten werden die Verletzten gezählt, die innerhalb von drei Wochen nach dem Unfall sterben.

[3]) Die Zahlen von 1972 sind vorläufige Angaben des Statistischen Jahrbuches 1973.

toten beträgt das Verhältnis von Männern zu Frauen 3 : 1. Nach der *Altersgruppierung* sind die jüngeren und mittleren Jahrgänge vor allem durch Schädelhirntraumen gefährdet. Nach einer Statistik von L. Koslowski und H. Richter (1970) waren im Krankengut der Freiburger Chirurgischen Universitätsklinik aus den Jahren 1948 bis 1973 41,9 % aller Hirnverletzten zwischen 15 und 30 Jahren. Dann nimmt die Häufigkeit mit steigendem Alter ab. Groß ist aber auch die Zahl der hirnverletzten Kinder. Über 10 % aller Toten und Verletzten im Straßenverkehr sind Kinder unter 15 Jahren (Roos 1970, Bläsig und Schomburg 1971). Nach E. Gögler (1971) ist jeder sechste bis siebente Schwerverletzte (15,2 %) im Verkehr ein Kind. Nach vorsichtigen Schätzungen durch die Ausführungsbehörden und Eigenunfallversicherungen werden 4 000 bis 6 000 Kinder pro Jahr hirnverletzt. (Walch 1972 — Bundeskonferenz des VdK).

2.4 Zur Letalität und Schwere der Hirnverletzungen

Unter den modernen neurochirurgischen Behandlungsmöglichkeiten ist die *Letalität* nach schweren Schädelhirntraumen zweifellos gesunken. Betrug bei schweren Hirnverletzungen die Sterblichkeitsquote früher 80 %, so konnte sie mit Einführung der Intensivbehandlung auf die Hälfte herabgesetzt werden (Kessel u. a. 1969). Sie liegt aber bei *schwer* Schädelhirnverletzten immer noch zwischen 40 bis 50 %. Doch überleben heute bedeutend mehr Schwer- und Schwersthirnverletzte als früher.

Mit der Zunahme des Straßenverkehrs und vor allem der gefahrenen Geschwindigkeiten hat nicht nur die Zahl, sondern auch die Schwere der Hirntraumen zugenommen. So wird verständlich, wenn nach Angaben von L. Koslowski und H. Richter (1970) im Krankengut der Freiburger Chirurgischen Universitätsklinik die Gesamtsterblichkeit der Schädelhirntraumen von 7,2 % nicht signifikant gesenkt werden konnte. In der BRD ist nach Metzel und Umbach mit einer Gesamtletalität der Schädelhirnverletzten von etwa 10 % zu rechnen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Letalitätsquote zu. 60 bis 70 % der Todesfälle nach Kopfverletzung sind bereits innerhalb der ersten 24 Stunden zu erwarten (Lewin 1966).

Daß die *gefahrenen Geschwindigkeiten* im Kraftwagenverkehr nicht nur einen Einfluß auf die Zahl, sondern auch auf die Schwere der Schädelhirntraumen hat, hatte schon K. H. Bauer (1960) festgestellt. So hat auch nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes (Rhein. Ärzteblatt, Heft 21/1973) seit Einführung der Geschwindigkeitsbegrenzung von 100 km/h am 1. Oktober 1972 auf Straßen ohne getrennte Richtungsfahrbahnen die Zahl der schweren Unfälle auf diesen Straßen abgenommen. Von Oktober 1972 bis März 1973 ging auf Außerortsstrecken die Zahl der Verkehrstoten um 13 % zurück, während auf den Bundesautobahnen das Risiko weiter zunahm. Die Zahl der tödlich verunglückten Personen stieg hier im gleichen Zeitraum um 13 % an.

Nicht unerwähnt bleiben darf der Einfluß des *Alkohols* auf die Unfallhäufigkeit. 27 % aller Verkehrstoten kommen auf das Konto der Trunkenheit am Steuer; das waren im Jahr 1970 5 160 Verkehrstote durch Alkohol (Gögler 1971).

3 Erste Hilfe und Transport

Auf die Bedeutung der *ersten Hilfe* und des *Transportes* bei Schädelhirnverletzten ist in den letzten Jahren wiederholt sehr eindringlich hingewiesen worden. (Richtlinien des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer 1970, Tönnis, Frowein u. a. 1968). Laufende Informationen der Ärzte über Sofortmaßnahmen am Unfallort, Entwicklung eines ärztlichen Unfallkoffers, Verbesserung der Ausbildung des Krankentransportpersonales, Erste-Hilfe-Kurse für Autofahrer sind die Bemühungen, auf deren Gewicht nicht genug hingewiesen werden kann.

Durch die Einrichtung von *Notarztwagen* in Großstadtgebieten (K. H. Bauer in Heidelberg, Friedhoff in Köln, Schürmann in Mainz, um nur einige der Initiatoren zu nennen) konnten beachtliche Erfolge erzielt werden, neuerdings durch Organisation von *Hubschraubereinsätzen* in Verbindung mit dem Notarztwagen (ADAC, Malteserhilfsdienst). Zu den Hubschraubereinsätzen ist allerdings kritisch zu bemerken, daß der Transport zwar schnell, aber auch wenig schonungsvoll ist. Gerade bei schwer Hirnverletzten sollte beachtet werden: wichtiger als der schnelle Transport ist die sachgerechte Versorgung vor und für den Transport. Es sei auch hier auf die Gefahr des Hirnödems als Folge von Transportschäden hingewiesen.

Die für die erste Hilfe am Unfallort und auf dem Transport wichtigen Maßnahmen: Freihalten der Atemwege, notfalls Beatmung, Schockbekämpfung, vegetative Dämpfung sind von neurochirurgischer Seite immer wieder eingehend dargestellt worden, so daß hier auf eine ausführliche Erörterung verzichtet werden kann.

Durch die sofort einsetzenden Maßnahmen kann zwar der primär gesetzte Hirnsubstanzschaden nicht beeinflußt werden, wohl aber können die sekundären Schäden infolge Hypoxie und Hirnödem vermieden, zumindesten gemindert werden. Durch eine Verbesserung der Versorgung am Unfallort und sachgemäßen Transport des Verletzten können die Sterblichkeit herabgesetzt und die Rehabilitationsfähigkeit zweifellos verbessert werden.

Der *Unfallrettungsdienst und Transport* Verletzter in der Bundesrepublik Deutschland ist aber noch immer nicht einheitlich organisiert und entspricht vor allem in vielen ländlichen Gegenden noch keineswegs dem Stand moderner medizinischer Erkenntnisse (Gesundheitsbericht der Bundesregierung 1971). Der Rettungsdienst liegt in der BRD weitgehend in den Händen freiwilliger Hilfsorganisationen (zu 67 %; davon 60 % Deutsches Rotes Kreuz, 4 % Arbeiter-Samariterbund, 2 % Malteser-Hilfsdienst, 1 % Johanniter-Unfallhilfe). Nur 25 % des Rettungs-

dienstes wird von den Berufsfeuerwehren ausgeführt, der Rest (8 %) wird von freien Unternehmern bestritten (Gögler 1971, Versen 1970). Die finanziellen Mittel der freiwilligen Hilfsorganisationen sind unzureichend, die staatlichen Zuschüsse begrenzt. Es fehlt die zentrale Organisation.

Von verschiedenen Seiten werden aber Bemühungen unternommen, zu einer einheitlichen Regelung auf Länderebene zu kommen. So haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften mit einem Muster eines Landesgesetzes Vorschläge zur Vereinheitlichung des Rettungswesens unterbreitet (Versen 1970).

In Nordrhein-Westfalen ist jetzt von der Landesregierung ein Gesetzentwurf des Arbeits- und Sozialministeriums verabschiedet worden, der für eine einheitliche und gleichwertige Versorgung größerer Gebiete sorgen soll durch die Schaffung zentraler Einsatzstellen, eines zentralen Bettennachweises und Zusammenarbeit der Krankenhäuser (mb Heft 12/1973). Ähnliche Bemühungen gibt es in anderen Bundesländern, z. B. Hessen und Bayern.

Die wichtigsten *Forderungen,* die nach übereinstimmender Meinung der Unfallexperten zur weiteren *Verbesserung des Rettungswesens* in der Bundesrepublik Deutschland zu stellen sind, sind kurz zusammengefaßt:

1. Verbesserung des Nachrichtensystems
2. Verbesserung der Erste-Hilfe-Ausbildung
3. Ausbau des Notfallarztsystems
4. Einrichtung einer Forschungs- und Dokumentationszentrale.

1. Zur Verbesserung des *Nachrichtensystems* sind zu fordern:
   a) Notrufsäulen an allen Autobahnen und Schnellstraßen
   b) münzfreier Notruf an öffentlichen Fernsprechern
   c) eine einheitliche Notrufnummer für das ganze Bundesgebiet
   d) regionale Notrufzentralen.
2. Zur Verbesserung der *Erste-Hilfe-Ausbildung* für Laien, Krankentransportpersonal und Ärzte:
   a) Erste-Hilfe-Ausbildung für *Laien* erfolgt schon heute in Kursen, die von den freiwilligen Hilfsorganisationen wie DRK, Johanniter-Unfallhilfe, Malteser-Hilfsdienst durchgeführt werden. Für Führerscheinbewerber ist Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kursus bereits Pflicht, diese Regelung sollte aber ausgedehnt werden auf alle Autofahrer mit der Auflage zur Wiederholung in bestimmten Zeitabständen. Auch in den Schulen sollte Erste-Hilfe-Unterricht als Pflichtfach eingeführt werden.
   b) Verbesserungen in der Ausbildung von *Rettungssanitätern.* Hierfür sind bundeseinheitliche Ausbildungsrichtlinien nötig. Ferner muß das Berufsbild des Notfallsanitäters endlich aufgewertet werden (Gögler 1971) durch Regelung der Ausbildung und entsprechende finanzielle Honorierung. Neben der verbesserten Ausbildung muß auch die Gewähr der Fortbildung gegeben sein.
   c) Verbesserung der *ärztlichen Erste-Hilfe-Ausbildung.* Einbau der „Erste-Hilfe am Umfallort" als Pflichtfach in das Studium, sowie Erste-Hilfe-Kurse als Auffrischungskurse im Rahmen der ärztlichen Fortbildung.
3. Ausbau des *Notfallarztsystemes* wie es vorbildlich in einer Reihe von Städten bereits existiert. Nach den Angaben von E. Gögler (1971) ist die Aufstockung des Kraftfahrzeugbestandes mit 40 % Rettungswagen nötig (gegenüber 2,1 % zum damaligen Zeitpunkt).
4. Einrichtung einer *Forschungs- und Dokumentationszentrale* für die Bundesrepublik Deutschland. Wie wichtig der Ausbau des Rettungswesens ist, sei abschließend noch durch einige Zahlen dokumentiert: In der Bundesrepublik Deutschland sterben jährlich etwa 200 000 Menschen an Notfallfolgen. Von diesen könnten nach einer Untersuchung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften 20 000 noch leben, wenn rechtzeitig Hilfe zur Stelle gewesen wäre (Gögler 1971).

   12 % der Todesfälle auf dem Transport ereignen sich durch Verlegung der Atemwege.

4 Akute Behandlungsphase

Neurochirurgische und chirurgische Behandlung

Alle *schwer* Hirnverletzten (siehe Definition von Tönnis, Frohwein u. a. 1968) sollten in einer neurochirurgischen Klinik oder Abteilung aufgenommen werden können zur speziellen Diagnostik und Behandlung. Das wichtigste Erfordernis ist der Ausschluß einer lebensbedrohlichen Komplikation, insbesondere einer intrakraniellen Blutung, die das Rüstzeug einer neurochirurgischen Abteilung erfordert (Röntgen, Serienangiographie, EEG, Echo). Jeder bewußtlose Hirnverletzte gehört heute zur Überwachung und Behandlung auf eine Wachstation. „Das Behandlungsziel ist" — wie Tönnis Frohwein u. a. (1968) schreiben — „die Normalisierung von Atmung, Kreislauf, Tonus und Temperatur, das Untersuchungsziel die Erkennung vitaler Komplikationen".

Die Autoren wiesen darauf hin, daß zu der Zeit (1968) nur 10 bis 15 % der Schwerhirnverletzten frühzeitig der speziellen neurochirurgischen Untersuchung und Behandlung zugeführt werden könnten. Durch eine Spätbehandlung aber werde bei Komplikationen die Letalität verdoppelt und die Häufigkeit der Invalidität teilweise um das Zehnfache erhöht. Diese nicht zwangsläufigen Verletzungsfolgen müßten bei wenigstens 13 % des Gesamtkrankengutes schwerer Schädelhirnverletzungen in Anrechnung gebracht werden. Bei wenigstens 2 000 bis 4 000 Schädelhirnverletzungen pro Jahr könnten lebensbedrohliche Verspätungen vermieden werden. Schon

damals forderten die Autoren sehr eindringlich den Ausbau neurochirurgischer Kliniken oder neurochirurgischer Abteilungen an Allgemein-Krankenhäusern. Sie errechneten, daß für die Bundesrepublik 165 derartige Spezialstationen mit einem Mindestmaß an diagnostischer und therapeutischer Ausrüstung zur Versorgung Schädelhirnverletzter notwendig sei, auf etwa 350 000 Einwohner eine Spezialstation. (Ist-Bestand zu der Zeit 32 neurochirurgische Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland). Dabei wurde eine Durchschnittsdistanz von 50 km der einzelnen Abteilungen voneinander gefordert, je nach Bevölkerungsdichte in Ballungsräumen weniger, in ländlichen Gebieten mehr. Denn auch im Notarztwagen ist ein Transport schwer Hirnverletzter über 50 km Entfernung nicht zu empfehlen, da mit Transportschäden, vor allem der Entwicklung eines Hirnödems zu rechnen ist. (Guth und Wruhs 1970).

In der Zwischenzeit hat sich die Situation noch nicht wesentlich gebessert. Zur Zeit gibt es nach einer neuesten Aufstellung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften in der Bundesrepublik Deutschland 42 neurochirurgische Abteilungen oder Kliniken mit einer Gesamtbettenzahl von 1 480. Nach den Berechnungen von Ugruimov sind auf 10 000 Einwohner ein neurochirurgisches Bett zu fordern, das sind etwa 1 % der Akutbetten (Pia 1973). Demnach müßte die Zahl der neurochirurgischen Betten verdreifacht werden auf rd. 5 000.

Auch wieder besteht wie beim Rettungswesen eine Unterversorgung vor allem in den weniger dicht besiedelten Gebieten.

Es mag sein, daß sich die Zahl der von den Neurochirurgen geforderten Spezialeinrichtungen, nach den neuesten Berechnungen der Berufsgenossenschaften, als zu hoch erweist. R. Hymmen (1971) hat darauf hingewiesen, daß vor allem die Fehlbelegung zu der Knappheit neurochirurgischer Betten führt. Denn die neurochirurgischen Abteilungen stehen fortwährend vor der Schwierigkeit, wohin sie die Patienten nach abgeschlossener neurochirurgischer Diagnostik und Behandlung verlegen sollen (Schürmann 1968 und 1972). Immerhin bleibt die Forderung bestehen, vor allem in den gänzlich unterversorgten Gebieten Spezialstationen einzurichten.

Über die derzeitige Verteilung der Neurochirurgischen Kliniken und Abteilungen im Bundesgebiet gibt die Abbildung 1 im Anhang Auskunft (nach einer Zusammenstellung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften aus den „Empfehlungen zur Verbesserung der Rehabilitation schwer Schädelhirnverletzter", in Vorbereitung).

5 Postakute Behandlungsphase

Neurologisch-psychiatrische Behandlung und medizinische Frührehabilitation

Nach der akuten neurochirurgischen oder chirurgischen Behandlungsphase sollte der schwer Hirnverletzte — je nach dem Schadensbild — in *psychiatrische* oder *neurologische Weiterbehandlung* verlegt werden. Kontusionspsychosen und auch Verletzte mit schweren aspontanen Durchgangssyndromen nach langdauernder Bewußtlosigkeit oder vorwiegend amnestischen Zustandsbildern im Sinne eines Korsakow-Syndroms müssen auf einer psychiatrischen Wachstation betreut werden. Wird das Schadensbild mehr durch neurologische Störungen bestimmt, wie Lähmungen, Koordinations- und Sprachstörungen, erfolgt die Behandlung auf einer neurologischen Abteilung. Verletzte mit einer einfachen Contusio cerebri gehören heute, wie auch H. W. Pia (1973) schreibt, nicht mehr auf die chirurgische Station. Sie sollten sobald als möglich — d. h. nach Ausschluß von Komplikationen — in neurologische Behandlung übernommen werden.

Von neurochirurgischer Seite wird aber immer wieder darauf hingewiesen, welche Schwierigkeiten die Verlegung der schwer Hirnverletzten nach abgeschlossener neurochirurgischer Behandlung macht. Noch immer ist es heute die Regel, daß der Verletzte ins Heimatkrankenhaus, zumeist auf eine chirurgische Abteilung, zurückverlegt wird (Pia 1973, Schürmann 1968 und 1972).

Die chirurgischen Stationen sind jedoch zur Weiterbehandlung Schädelhirnverletzter in aller Regel ungeeignet, da sie von ihrer Struktur her nicht die notwendigen Behandlungen anbieten können. Auf der anderen Seite werden auch hier chirurgische Akutbetten blockiert, wobei die Kostenseite noch gar nicht in Betracht gezogen ist.

Eine Auszählung über die Weiterverlegung hirnverletzter Patienten (Contusio cerebri und offene Hirnverletzungen, keine intrakraniellen Hämatome) der Neurochirurgischen Universitätsklinik Köln in den letzten 3 Jahren 1971 bis 1973 ergab, daß von

144 Verletzten über 15 Jahre

21 Patienten in psychiatrische Behandlung (Wachsaal)

26 Patienten in neurologische Behandlung

10 Patienten in die Chirurgische Universitätsklinik wegen schwerwiegender Mehrfachverletzungen

11 Patienten in andere Fachkliniken wegen spezieller Verletzungen (7 Fälle in die Zahn- und Kieferklinik)

42 Patienten in das Heimatkrankenhaus (Chirurgische Abteilung)

verlegt und

34 Patienten direkt nach Hause entlassen wurden.

---

144 Patienten

Etwa die Hälfte aller schwer Hirnverletzten (76/144) wurde also ins Heimatkrankenhaus (42 F.) oder nach Abschluß der Diagnostik und operativen Behandlung (z. B. Hebung von Impressionsfrakturen) in hausärztliche Weiterbehandlung entlassen, zumeist zu einem relativ sehr frühen Zeitpunkt. Dabei sind in Köln die Verhältnisse insofern noch sehr günstig, als die Universitäts-Nervenklinik im Hause jederzeit dringend indizierte psychiatrische und neurologische Weiterbehandlung übernehmen kann.

Von *95 hirnverletzten Kindern unter 15 Jahren* (Contusio cerebri und offene Hirnverletzungen, keine intrakraniellen Hämatome) wurden 1971 bis 1973

44 Patienten in eine Kinderklinik

7 Patienten in die Chirurgische Universitätsklinik oder andere Fachkliniken wegen anderweitiger Verletzungen

23 Patienten in das Heimatkrankenhaus (Chirurgische Abteilung) verlegt und

21 Patienten direkt nach Hause entlassen.

---

95 Patienten

Bei weiterer Besserung müßte die Behandlung des Hirnverletzten von einer *Nachsorge-* oder *Rehabilitationsklinik* übernommen werden, damit die für die Wiedereingliederung notwendigen Übungs- und Trainingsmaßnahmen durchgeführt werden können. Krankengymnastische Behandlung und vegetatives Training, Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie als vorberufliche Trainingsmaßnahme, psychologische Betreuung und Möglichkeiten der Leistungsüberprüfung sind für den Behandlungsplan zu fordern, ebenso wie etwaige sozialfürsorgerische Hilfen. Diese Behandlungsmöglichkeiten aber sind in den derzeitigen Akutkrankenhäusern nicht gegeben. Allgemeine Rehabilitationsabteilungen, angegliedert an Universitätskrankenhäuser, Großkliniken und Allgemeinkrankenhäuser sind von Experten bereits seit Jahren gefordert (Wissenschaftsrat 1960, Europarat 1967, Deutsche Forschungsgemeinschaft 1968, Prognosstudie 1971, Jochheim 1971) und haben sich im Ausland, z. B. England, Schweden und USA, längst bewährt. In der Bundesrepublik sind sie bisher aber bis auf Ausnahmen nicht eingerichtet, noch nicht einmal ernsthaft geplant.

Der Vorteil einer Rehabilitationsabteilung im Verbund mit einem Klinikum gegenüber selbständigen Rehabilitationskrankenhäusern liegt in der engen Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen. Dies ist für Hirnverletzte besonders wichtig, da in der

Tabelle 1

Gruppe	Durchschnittliche Dauer der klinischen Behandlung in Wochen	Durchschnittliche Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen in Wochen	Durchschnittlicher Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme nach dem Trauma in Monaten	Quote der Rückkehr ins Arbeitsleben
I *Bewußtlosigkeit bis zu 1 Tag* Bewußtseinstrübung bis zu 1 Woche und/oder mittelschweres Durchgangssyndrom bis zu 3 Wochen	7	16½	6	7/9
II *Bewußtlosigkeit bis zu 1 Woche* Bewußtseinstrübung bis zu 3 Wochen und/oder mittelschweres Durchgangssyndrom bis zu 3 Monaten	8	16	8	13/17
III *Bewußtlosigkeit mehr als 1 Woche* Bewußtseinstrübung mehr als 3 Wochen und/oder mittelschweres Durchgangssyndrom mehr als 3 Monate	15	20½	12	12/8
IV *Bewußtlosigkeit mehr als 3 Wochen* Bewußtseinstrübung mehr als 2 Monate und/oder mittelschweres Durchgangssyndrom mehr als 6 Monate	26	5	entfällt	keiner

Dauer der Rehabilitationsbehandlung und Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme gegliedert nach der Schwere der Anfangssymptomatik bei 48 Hirnverletzten

postakuten Phase noch *neurochirurgische Komplikationen* auftreten können, die eine spezielle Diagnostik notwendig machen. Auch die *allgemeinen Komplikationen* nach langdauernder Bewußtlosigkeit erfordern oft noch die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen, z. B. Orthopädie, Urologie. Hinzu kommt die Nachbehandlung bei den häufigen *Mehrfachverletzungen* durch den Chirurgen.

Die medizinischen Rehabilitationsstätten im Verbund mit Akutkrankenhäusern müssen nach dem Bedarf der Patienten geplant werden, die mit verbleibenden Schäden aus dem Krankenhaus entlassen werden. Nach Schätzungen des Europarates (1967) sind dies etwa 20 bis 25 % aller aus stationärer Krankenhausbehandlung entlassenen Patienten.

Der Bedarf an Rehabilitationsbetten betrüge demnach etwa 1/4 des Bestandes an Akutbetten. Das würde andererseits natürlich auch eine Einsparung an Akutbetten bedeuten. Für Hirnverletzte, die in allgemeinen Rehabilitationsabteilungen behandelt werden, ist nach diesen Überlegungen eine spezielle Bedarfsplanung nicht notwendig. Als Beispiel einer in das Akutkrankenhaus integrierten Rehabilitationsabteilung sei hier das Rehabilitationszentrum der Universität zu Köln angeführt. (Jochheim und Koch 1968, Koch und Jochheim 1974).

Ein nicht geringer Teil Schädelhirnverletzter mit weitgehend rückbildungsfähigen neurologischen und psychischen Ausfallserscheinungen kann zweifellos auch über eine allgemeine Rehabilitationsabteilung beruflich wieder eingegliedert werden durch gestufte körperliche und geistige Belastung und Arbeitstraining. Der Vorteil gegenüber dem Spezialinstitut liegt hier in der räumlichen Nähe zum Wohnort des Verletzten, die die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arbeitsamt, mit dem Betrieb und der Familie und die Gestaltung der Nachsorge erleichtert.

Auch bei komplikationslosen gedeckten Schädelhirntraumen im Sinne einer Contusio cerebri bestehen in der Regel noch über Wochen und Monate nach dem Trauma vegetative Regulationsstörungen, die die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Durch gezielte Trainingsmaßnahmen kann die Rekonvaleszenzzeit verkürzt werden, vor allem kann den bekannten psychischen Fehlentwicklungen vorgebeugt werden, die sich aus dem Trainingsverlust und daraus resultierenden mißglückten Arbeitsversuchen ergeben, wenn man die Verletzten mit einer entsprechenden Schonzeit sich mehr oder weniger selbst überläßt. Als Richtlinie mag gelten, daß bei allen Schädelhirntraumen, die mit einer Bewußtlosigkeit von mehr als zwei Stunden Dauer einhergehen oder einer Bewußtseinstrübung von mehr als einem Tag, eine Rehabilitationsbehandlung erfolgen sollte, die auch ambulant durchgeführt werden kann.

Eine Aufstellung über 48 Hirnverletzte, die wir im Rehabilitationszentrum der Universität Köln betreut haben, gibt Auskunft über die durchschnittliche Behandlungsdauer und den Zeitpunkt, zu dem mit Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden kann, je nach der Schwere des Hirntraumas (Tabelle 1).

6 Medizinische Langzeitrehabilitation

Allgemein hat sich bei uns in der Bundesrepublik die Ansicht durchgesetzt, daß die Langzeitrehabilitation schwer Hirnverletzter in Spezialinstituten erfolgen sollte. Dies wird auch aus der historischen Entwicklung verständlich, war in Deutschland doch seit jeher die Sonderbetreuung für Hirnverletzte selbstverständlich. Erinnert sei an die Spezialkliniken des 1. Weltkrieges (Walter Poppelreuter), die Sonderlazarette des 2. Weltkrieges, die Hirnverletztenheime der Nachkriegszeit. Die Forderung nach einer Spezialbehandlung für schwer Hirnverletzte hat auch ihre Berechtigung. Die Vielfalt der möglichen neurologischen Störungen: Lähmungen, Koordinationsstörungen, Hirnnervenausfälle, Syndrome der Aphasie, Apraxie und Agnosie und hirnorganische Anfälle, wie auch die hirnorganischen Veränderungen auf geistig-seelischem Gebiet mit der bekannten Gefahr seelischen Fehlverhaltens und neurotischer Reaktionen, erfordern spezielle Kenntnisse und Erfahrungen nicht nur von den behandelnden Ärzten, sondern auch von den nichtärztlichen Mitarbeitern des Rehabilitationsteams. Bei diesen vielfältigen Störungen sind gezielte Behandlungsmaßnahmen notwendig; Krankengymnastik, funktionelle Übungsbehandlung, vegetatives Training, Sport, Sprachheilbehandlung, geistige Schulung (das sogenannte Hirntraining nach Schmieder), vorberufliches Arbeitstraining, unter Umständen psychotherapeutische Maßnahmen.

Nach einer jüngsten Aufstellung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften gibt es in der Bundesrepublik derzeit 17 Einrichtungen, die für die medizinische Langzeitrehabilitation Hirnverletzter in Frage kommen (siehe Anhang Abbildung 2 und Tabelle I). Diese sogenannten Einrichtungen der Stufe 2, die zum Teil aus den Hirnverletztenheimen der Nachkriegszeit hervorgegangen sind, entsprechen aber noch keineswegs alle in ihren Behandlungsaktivitäten und ihrer personellen Besetzung den Anforderungen, die heute an Rehabilitationskliniken für Hirnverletzte zu stellen sind (siehe Anhang Tabellen II und III). In einigen Häusern werden noch überwiegend Kurbehandlungen durchgeführt, wobei physiotherapeutische und balneologische Maßnahmen ganz im Vordergrund stehen.

Die *Behandlunsgzeit* in den Einrichtungen der Stufe 2 wird von manchen erfahrenen Experten, wie Dr. Walch, mit 6 bis 18 Monaten angegeben, wegen der sehr langen Erholungszeiten schwer Hirnverletzter. Nach ärztlicher Erfahrung ist erst zwei bis drei Jahre nach dem Unfall mit einer Stabilisierung vor allem des psychischen Befundes zu rechnen. Doch hat es sich als sinnvoll erwiesen, eine stationäre Rehabilitationsbehandlung schwer Hirnverletzter in der Regel auf drei Monate zu begrenzen, um dann nach einem Intervall von einigen Monaten die stationäre Behandlung noch einmal, möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt noch ein drittes Mal, wieder aufzugreifen. Durch eine derartige fraktionierte Behandlung wird der Zusammenhalt der Familie nicht gefährdet und sie wirkt sich günstig auf die Motivation des Verletzten aus. Diese Erfahrung

bestätigte auch K. Walter (1965) aus der früheren Rheinischen Landesklinik für Hirnverletzte in Bonn.

Ein Nachteil der Behandlung Hirnverletzter in Spezialinstituten mag in den ungünstigen psychologischen Einflüssen gesehen werden, die sich aus dem Zusammensein vieler Verletzter der gleichen Schädigungsart ergeben, wie sie in den Hirnverletztenheimen der Nachkriegszeit oft beobachtet wurden, gerade bei Hirnverletzten mit der bekannten Neigung zu psychoreaktiven Versagenszuständen auf dem Boden der hirnorganischen Wesensänderung. Doch kann derartig ungünstigen Auswirkungen durch eine straffe psychologische Führung von vornherein weitgehend begegnet werden.

Es scheint nicht sinnvoll, die Spezialeinrichtungen zur Rehabilitation Hirnverletzter mit *Pflegeabteilungen* zu belasten, denn ihre Aufgabe ist es, gezielt auf eine berufliche und soziale Rehabilitation hinzuarbeiten, was eine aktive, ermutigende Atmosphäre im Hause voraussetzt. Auch ist es nicht wünschenswert, im selben Institut *Kur- und Heilbehandlungen* für „Auffrischungsfälle" durchzuführen. Die psychologische Führung von Patienten, die eine berufliche Wiedereingliederung anstreben und von Patienten, die eine Erholungskur machen, zusammen in einer Einrichtung ist sehr schwierig. In den Spezialinstituten zur medizinischen und vorberuflichen und auch beruflichen Rehabilitation muß eine aktive Mitarbeit des Verletzten gefordert werden. Das ganztägige Arbeitstraining ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie und es widerspricht der Zielvorstellung einer solchen Einrichtung, etwa den Verletzten selbst entscheiden zu lassen, ob er an der angebotenen Arbeitstherapie teilnehmen oder lieber spazierengehen möchte.

Wie ein Spezialinstitut zur Rehabilitation Hirnverletzter heute strukturiert sein sollte, ist in einer Aufstellung im Anhang wiedergegeben (Tabelle IV). Als Modell mag hier angeführt werden die Neurologische Klinik — Institut für Rehabilitation — Bad Homburg v. d. Höhe (Leiter: Dr. K. Walch) oder die geplante Landesklinik für Hirnverletzte in Brauweiler bei Köln. Als Mindestgröße für eine selbständige Spezialklinik sind aus Rentabilitätsgründen 120 bis 150 Betten anzusetzen. Die zu fordernden Behandlungsmöglichkeiten, räumliche Ausstattung und personelle Besetzung sind im Anhang aufgeführt. Die Spezialinstitute nehmen in der Regel nicht nur Hirnverletzte, sondern auch Hirngeschädigte anderer Ätiologie (nach Hirntumor-Operationen, cerebralen Gefäßkrankheiten, entzündlichen oder toxischen Hirnschäden) und auch Patienten mit anderweitigen Erkrankungen des Zentralnervensystems auf. Nach R. Walch beträgt der Anteil Hirngeschädigter nichttraumatischer Ätiologie in der Neurologischen Klinik Bad Homburg etwa 30 %.

Die Forderung — wie sie in den Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Rehabilitation schwer Schädelhirnverletzter aufgestellt wurde —, in jedem Bundesland (außer den Stadtstaaten Hamburg und Bremen) mindestens 1 Spezialinstitut für Hirngeschädigte nach dem vorliegenden Muster auszubauen, ist sicher zu unterstützen. Damit stünden dann insgesamt etwa 1 200 Betten für die Rehabilitation schwer Hirnverletzter zur Verfügung. Diese Kapazität wird allerdings nur dann ausreichen, wenn auch der Aufbau von allgemeinen Rehabilitationsabteilungen an den Akutkrankenhäusern in Angriff genommen wird.

7 Die berufliche Rehabilitation Hirnverletzter

Die berufliche Rehabilitation Behinderter — allgemein als Stufe 3 der Rehabilitation bezeichnet — wird in den *Berufsförderungswerken* durchgeführt.

Hier werden in modern konzipierten Ausbildungsstätten erwachsene Behinderte für einen neuen Beruf umgeschult. Angeboten werden Ausbildungen in kaufmännischen, Datenverarbeitungs- und Verwaltungsberufen sowie in gewerblichen und technischen Berufen. Die Ausbildung erfolgt internatsmäßig, sie dauert bis zur Stufe des Facharbeiters in der Regel 18 Monate.

Die Lehr- und Lernprogramme sind nach neuzeitlichen Gesichtspunkten aufgebaut und nutzen die modernen didaktischen Hilfen und Erkenntnisse der Erwachsenenpädagogik. Für die Behinderten müssen in den Einrichtungen daneben auch *ausbildungsbegleitende Dienste* vorhanden sein: ärztliche Betreuung, Krankengymnastik und Physiotherapie, Behinderten-Sport, psychologischer Dienst und soziale Betreuung.

Die Aufnahme in die Berufsförderungswerke erfolgt auf Vorschlag des Arbeitsamtes, nachdem ein Gesamtplan zur beruflichen Rehabilitation aufgestellt worden ist. Gegebenenfalls werden zur Absicherung vorher Maßnahmen der Arbeitserprobung oder Berufsfindung duchgeführt. Zuständig für den Bereich der beruflichen Rehabilitation ist gemäß § 62 des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Zu diesem Kompetenzbereich gehören außer den *Berufsförderungswerken* die *Berufsbildunsgwerke* für die Ausbildung behinderter Jugendlicher, *Spezialzentren* für sozialmedizinisch bedeutsame Erkrankungen und Behinderungen, in denen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation durchgeführt oder zumindest begonnen werden, und die *Werkstätten für Behinderte.*

Für diese vier Arten von Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation besteht bereits ein bundeseinheitlicher Plan, und die Bedarfserhebung sowie Klärung von Standort und Finanzierungsfragen sind bereits abgeschlossen. Zur Zeit gibt es im Bundesgebiet elf Berufsförderungswerke mit insgesamt etwa 6 000 Plätzen (siehe Anhang Tabelle V). Nach der Bedarfserhebung des BMA sind bis 1975 10 000 Umschulungsplätze für Behinderte notwendig, die erstellt werden sollen. Einmal werden die bestehenden Berufsförderungswerke weiter ausgebaut, daneben sind aber auch neue Umschulungsstätten vorgesehen (siehe Anhang Tabelle V). Angestrebt wird aus betriebswirtschaftlichen Gründen eine Größenordnung der Einrichtung von 450 bis 600 Plätzen, so daß nach Fertigstellung im Bundesgebiet 16 Berufsförderungswerke mit insgesamt 10 000 Plätzen und vier Sondereinrichtungen für Blinde, Quer-

schnittgelähmte und Rollstuhlfahrer zur Verfügung stehen.

Mit dieser Planung ist ohne weiteres auch der Bedarf an Umschulungsplätzen für Hirnverletzte gedeckt. Zu bedenken ist aber, daß die gestrafften Ausbildungsprogramme der Berufsförderungswerke abgestellt sind auf körperlich Behinderte mit voller geistiger Leistungsfähigkeit. Für die schwer Hirngeschädigten mit ihrem zumeist vorhandenen verlangsamten Auffassungs- und Reaktionsvermögen, der Merkfähigkeitserschwernis, Konzentrationsbeeinträchtigung und allgemein eingeschränkten Leistungsbreite würde eine derartige Ausbildung eine Überforderung bedeuten.

So kommen für eine Umschulung in den derzeitigen Berufsförderungswerken vorwiegend weniger schwer geschädigte Hirnverletzte in Betracht ohne schwerwiegende geistig-seelische Beeinträchtigungen.

Es kann sich hier um Verletzte handeln, die ihren früheren Beruf nicht mehr ausüben können, wenn es sich um körperliche Schwerarbeit, Berufe mit häufiger Bückarbeit oder Berufe, die Schwindelfreiheit erfordern, Schichtarbeit usw. gehandelt hat.

Hinzu kommt, daß nach einer Hirnverletzung erst nach Stabilisierung des Schadensbildes — das heißt aber in der Regel nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfallereignis — die berufliche Umschu-

Tabelle 2

Ausbildung und Umschulung Hirnverletzter in Berufsförderungswerken

Berichtsjahr 1972

Berufsförderungswerk	Zahl der Hirnverletzten	Gesamtzahl der Rehabilitanden	%-Anteil der Hirnverletzten	Ausbildungsberufe	Umschulungsmaßnahme abgebrochen
Bad Pyrmont	10	320	*3,1*	Büropraktiker (4), Buchhalter (2), Verwaltungsangestellte (4)	1/10
Berlin	7	315	*2,2*	Industriekaufmann (5), Elektroniker (2)	2/7
Birkenfeld	7		*1,2*	Radio- und Fernsehtechniker (1), Elektromechaniker (2), Bauzeichner (1), Bautechniker (2), Bürokaufmann (1)	2/7
Bookholzberg i. O. ..	5	300	*1,6*	Bautechniker (1), Elektromechaniker (1), Radio- und Fernsehmechaniker (1)	2/5
Dortmund	0	—	—	—	—
Goslar	0	—	—	—	—
Hamburg	6	1 320	*0,45*	Bautechniker (2), Büropraktiker (2), Elektroniker (2)	1/6 (4 noch in Ausbildung)
Heidelberg	60	1 378	*4,4*	—	—
Maximiliansau	10	375	*3,7*	Technischer Zeichner (1), Industriekaufmann (2), Elektromechaniker (3), Güteprüfer (3), Meß- und Regelmechaniker (1)	4/10
Michaelshoven	13	295	*4*	Bürokaufmann (6), Feinmechaniker (2), Elektroniker (4), Zahntechniker (1)	3/13
Schömberg	6	310	*1,9*	Industriekaufmann (3), Bauzeichner (1), Technischer Zeichner (1), Werkzeugmacher (1)	2/6

Berichtsjahr 1973
Die Zahlenangaben aus Heidelberg sind nur bedingt zu verwerten. Angeführt sind hier alle Behinderten mit der Haupt- oder Nebendiagnose: Contusio cerebri, offene Hirnverletzung und intrakranielles Haematom, ohne daß zu klären war, ob die HV-Folgen tatsächlich Grund der Umschulungsmaßnahmen waren. Angaben über die Art der Umschulungsberufe und die Erfolgsquote fehlen.

lung eingeleitet werden sollte. Erst nach wenigstens zwei Jahren ist es möglich, den verbleibenden Dauerschaden verbindlich einzuschätzen. Andererseits ist der Hirnverletzte vorher infolge der Leistungsbeeinträchtigung den Anforderungen der Ausbildung auch noch gar nicht gewachsen.

Die qualifizierte Umschulung für einen neuen Beruf muß also sorgfältig geplant und erwogen sein, damit es nicht zu Fehlschlägen mit all den bekannten ungünstigen psychologischen Folgeerscheinungen kommt.

Eine Umfrage, die wir bei den bestehenden elf Berufsförderungswerken durchgeführt haben, hat dann auch ergeben, daß bisher nur eine kleine Zahl Hirnverletzter in den Berufsförderungswerken umgeschult wird (siehe Tabelle 2). Bestrebungen gehen dahin, daß sich in Zukunft die Berufsförderungswerke auf die speziellen Probleme der Hirnverletzten einstellen sollten, mit besonderen, unter Umständen verlängerten Ausbildungsprogrammen, die die herabgesetzte Leistungsfähigkeit, Konzentrations- und Merkschwäche, verminderte Umstellfähigkeit und Verlangsamung des Hirnverletzten berücksichtigen.

Die Fortschritte in der Didaktik und Erwachsenenpädagogik — programmierte Lehr- und Lernsysteme, audiovisuelle Hilfsmittel — müßten auch den Hirngeschädigten zugute kommen. Noch fehlt es aber an Erfahrungen auf diesem Gebiet. Wahrscheinlich wird daher bei dem überwiegenden Teil der schwer Hirnverletzten die berufliche Rehabilitation — Rückkehr in den alten Beruf oder auch berufliche Neuorientierung — vorläufig in den Einrichtungen der Stufe 2 erfolgen müssen.

Angeführt seien hier die Umschulungskurse, die Dr. Walch in der Neurologischen Klinik — Institut für Rehabilitation Bad Homburg v. d. Höhe — eingerichtet hat.

8 Werkstätten für Behinderte

Ist der Hirnverletzte für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr oder noch nicht wieder in der Lage, so ist die Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte anzustreben.

Die Werkstatt für Behinderte soll einen „geschützten Arbeitsplatz" bieten, an dem der Behinderte produktive Arbeit entsprechend seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten leisten kann.

Angeboten werden industrielle Tätigkeiten, vorwiegend Serienarbeit wie Maschinen- und Verpakkungstätigkeiten, Montagearbeiten, Kopier- und Druckereiarbeiten, u. ä. m. Die Werkstätten werden nach Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit geführt. Als Rechtsform für die Trägerschaft kommen eingetragene Vereine, gemeinnützige Gesellschaften, öffentliche Trägerschaften oder Stiftungen in Betracht.

Aus wirtschaftlichen Erwägungen muß die Werkstatt eine bestimmte Größe haben. Nur dann kann ein ausreichend differenziertes Arbeitsangebot bereitgehalten werden. Nur dann können auch die notwendigen „flankierenden Dienste" angeboten werden: ärztlicher, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienst. Am günstigsten scheint eine Werkstattgröße von 300 bis 400 Arbeitsplätzen zu sein.

Angeschlossen sollte auch ein Wohnheim — der „geschützte Wohnplatz" — sein für solche Behinderte, die nicht in der Familie betreut werden können.

Die Werkstatt bietet Dauerarbeitsplätze (versicherungspflichtige Dauerarbeitsplätze mit Lohnzahlung und nichtversicherungspflichtige Dauerarbeitsplätze mit Prämienvergütung), außerdem Plätze zum Arbeitstraining und Förderlehrgänge für Jugendliche.

Als Modell für eine Werkstatt für Behinderte mag hier angeführt werden die im Jahre 1969 in Köln-Braunsfeld eingerichteten „Gemeinnützigen Werkstätten Köln G.m.b.H.", aber ebensogut andere vorbildliche Einrichtungen, wie die schon seit längerem bestehenden Praunheimer Werkstätten in Frankfurt. Wenn die Werkstätten von der Bundesanstalt für Arbeit anerkannt und gefördert werden sollen, müssen sie den fachlichen Anforderungen des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) und den dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen entsprechen. Auch das vor der Verabschiedung stehende Schwerbehindertengesetz regelt die Förderung der Werkstätten für Behinderte. Bisher liegen diese Einrichtungen noch überwiegend in den Händen von Behindertenorganisationen („Lebenshilfe") oder kirchlichen Institutionen.

Nach dem Sozialbericht der Bundesregierung 1972 wird angenommen, daß in der Bundesrepublik Deutschland etwa 60 000 Arbeitsplätze in Werkstätten für Behinderte benötigt werden.

Mit finanzieller Hilfe der Bundesanstalt für Arbeit werden (laut Auskunft des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung) zur Zeit im Bundesgebiet 72 Werkstätten gebaut, im Zonenrandgebiet weitere 24, die mit Mitteln des Bundes nach dem Zonenrandförderungsgesetz errichtet werden (Selecta 51 vom 17. Dezember 1973).

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bereitet zusammen mit der Bundesanstalt für Arbeit eine Broschüre über Werkstätten für Behinderte — bestehende Einrichtungen und Bedarfsplanung — vor, die Mitte 1974 erscheinen soll.

Bei der Vielfalt der bestehenden, sehr unterschiedlich strukturierten Einrichtungen ist eine Koordinierung besonders wichtig. Das Bundesministerium und die Bundesanstalt haben daher 1973 eine „Zentrale Beratungsstelle für Werkstätten für Behinderte" eingerichtet.

Mit der Bedarfsplanung von 60 000 Plätzen ist auch der Bedarf gedeckt für die Versorgung der schwer Hirnverletzten, die einen „geschützten Arbeitsplatz" vorübergehend oder für dauernd nötig haben.

Für die sinnvolle Unterbringung Hirnverletzter in derartigen Werkstätten ist aber Voraussetzung, daß die Werkstätten tatsächlich den beschriebenen Forderungen entsprechen, was zur Zeit noch keines-

wegs überall gewährleistet ist. Es muß das Arbeitsangebot differenziert genug sein, um auch von einfachen Tätigkeiten mit fortschreitendem Trainingsniveau zu anspruchsvolleren Arbeiten kommen zu können. Vor allem muß die Möglichkeit gegeben sein, die Hirnverletzten mit anderen erwachsenen Behinderten in Gruppen zusammenzufassen, räumlich getrennt von den geistig behinderten Jugendlichen. Wenn diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, dürfte die Unterbringung Hirnverletzter in Werkstätten für Behinderte nicht zu realisieren sein. Dazu sind auch für Hirnverletzte die begleitenden Dienste, ärztliche, psychologische und soziale Betreuung sehr wichtig.

Ein Wohnheim, das der Werkstatt angegliedert ist, würde auch Hirnverletzten zugute kommen, die keine Aussicht auf eine Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben und alleinstehend sind oder nicht in der Familie betreut werden können.

Eine Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte ist vor allem bei *jugendlichen* schwer Hirnverletzten zu fordern. Erfahrungsgemäß spielt hier der durch die Beschäftigung geregelte Tagesablauf eine große Rolle für die pädagogische Führung der oftmals in ihrem sozialen Verhalten gestörten Jugendlichen. Auch aus medizinischer Sicht kann der geregelte Tagesablauf wesentlich zur Besserung beitragen, etwa bei bestehender Anfallsneigung, nicht zu sprechen von den psychologischen Gründen der sozialen Isolierung, die vor allem für die jugendlichen Verletzten sehr schwerwiegend sein kann.

Ferner kommt der Werkstatt sowohl für jugendliche wie für erwachsene Behinderte eine große Bedeutung zu für das Arbeitstraining, um im Verlauf der langwierigen Rehabilitation Zeiten der Untätigkeit und des damit verbundenen Trainingsverlustes zu vermeiden.

Bei Hirnverletzten mittleren Alters dürfte allerdings die Dauerbeschäftigung in der Werkstatt für Behinderte schwer zu erreichen sein. Vor allem, wenn die Verletzten hohe Renteneinkünfte haben — etwa BG-Rente und EU-Rente —, kann man nach allgemeiner Erfahrung kaum auf Bereitschaft hoffen, hier tätig zu werden.

9 Nachsorge am Arbeitsplatz

Der Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung des Hirnverletzten muß durch eine nachgehende Betreuung am Arbeitsplatz gesichert werden. Dazu gehören: Besichtigung des Arbeitsplatzes und Beratung des Vorgesetzten und der Mitarbeiter bei Arbeitsaufnahme des Verletzten, Überprüfung des Wiedereingliederungserfolges, und ferner ärztliche Kontrolluntersuchungen und gegebenenfalls Heilverfahren zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit.

Auch wenn die berufliche und soziale Wiedereingliederung voll gelungen scheint, kann es in der Folgezeit gerade bei Hirnverletzten immer noch zu Fehlschlägen kommen. So kann das Auftreten von *hirnorganischen Anfällen* zu einer Verschlimmerung des Leidens führen, wenn auch mit zunehmendem zeitlichem Abstand vom Unfallereignis das Anfallrisiko abnimmt. Andererseits gibt es auch Jahre nach dem Trauma noch *seelische Fehlentwicklungen.* Konflikte am Arbeitsplatz oder familiäre Schwierigkeiten können Anlaß werden zu Fehlreaktionen und seelischen Versagungszuständen. Auch kann bei der bestehenden psychischen und vasovegetativen Labilität *körperliche Überforderung, übermäßiger Alkoholkonsum* und *Schmerzmittelmißbrauch* zu Dekompensationen führen. Der schwer Hirnverletzte braucht — wenn man es so formulieren will — lebenslänglich zumindest zeitweise Betreuung und begleitende Hilfen.

In den gesetzlichen Bestimmungen der Rentenversicherung der Arbeiter (§ 1237 RVO) und Angestellten, der knappschaftlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 567 RVO), sowie in der Kriegsopferfürsorge und im Bundessozialhilfegesetz, sind die nachgehenden Maßnahmen als besondere Aufgabe aufgeführt.

Nach der 2. Novelle des BSHG vom 14. August 1969 sind die Gesundheitsämter stärker in die Beratung und Betreuung Behinderter einbezogen worden. Gemäß § 126 BSHG hat jedes Gesundheitsamt einen „Beratungsdienst für Behinderte" einzurichten. Richtlinien über Auskunfts- und Beratungsstellen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ausgearbeitet.

Nachgehende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges sind Teil der Rehabilitation. Dies ist in der Frankfurter Vereinbarung vom 1. September 1971 in § 9 ausdrücklich festgelegt — eine Vereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft über Zusammenarbeit und Verfahren bei der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter. Die nachgehenden Hilfen fallen damit in das Aufgabengebiet des zuständigen Rehabilitationsträgers.

Auch in dem Entwurf zum *„Harmonisierungsgesetz"* werden in § 3 die Rehabilitationsträger verpflichtet, Behinderten alle sachdienlichen Auskünfte über die Möglichkeiten zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zu erteilen und sie rechtzeitig und umfassend zu beraten. In § 11 ist die Hilfe zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme sowie Eingliederungshilfen an den Arbeitgeber aufgeführt.

In dem Gesetzentwurf zur *Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts* werden ebenfalls die Vorschriften über nachgehende Hilfen im Arbeitsleben weiter ausgebaut.

In der Praxis sieht es aber trotz der schon bestehenden gesetzlichen Regelungen so aus, daß die nachgehende Betreuung Behinderter allgemein und speziell auch der Hirnverletzten noch sehr lückenhaft und unvollständig ist. Sie wird von den einzelnen Rehabilitationsträgern mit sehr unterschiedlicher Intensität betrieben. Vorbildlich ist hier die Nachsorge der Berufsgenossenschaften, wo sie in den Händen der Berufshelfer liegt, die im Rahmen der Berufshilfe auch Hausbesuche und Betriebsbegehungen durchführen. Die Träger der Rentenversicherung

haben Sozialbetreuer eingesetzt, die entsprechende Funktionen ausüben sollen. Bei den Hirnverletzten des Krieges ist in der Nachkriegszeit unter den damaligen schwierigen Verhältnissen die nachgehende Betreuung der Schwerbehinderten in aufopferungsvoller Weise von den Fürsorge- und Hauptfürsorgestellen betrieben worden, die auch heute weiterhin die alten Kriegsverletzten betreuen neben den wenigen Nichtkriegsverletzten, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Eine nachgehende Betreuung der Zivilverletzten der heutigen Opfer von Verkehrs-, häuslichen oder anderen Unfällen findet aber praktisch nicht statt. Die Beratungsstellen der Gesundheitsämter werden bisher wenig besucht. Die Arbeitsämter werden zumeist erst dann eingeschaltet, wenn der Arbeitsplatz bereits verlorengegangen ist. Hier liegt noch ein weites ungelöstes Aufgabengebiet, die gesetzlich geregelten Forderungen einer nachgehenden Betreuung in die Praxis umzusetzen. Es bietet sich an, die Vertrauensleute der Schwerbeschädigten in den Betrieben, wie auch den werksärztlichen Dienst mehr in die Betreuung Behinderter am Arbeitsplatz einzubeziehen (Wickenhagen 1968).

Die soziale Beratung der Behinderten wird in der Bundesrepublik auch heute noch überwiegend von den *Selbsthilfeorganisationen* wahrgenommen. Für die Hirnverletzten sind dies die nach dem Kriege gegründeten bzw. wieder gegründeten Verbände: der Bund hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer (BHKA e. V.), aber auch der VdK und der Reichsbund. Über die Tätigkeit dieser Verbände wird noch zu berichten sein.

10 Pflegefälle — apallische Syndrome und Hirnverletzte in psychiatrischen Landeskrankenhäusern

Mit den Fortschritten der neurochirurgischen Behandlung und Intensivpflege überleben heute mehr schwerst Hirngeschädigte als in früheren Zeiten. Damit erhöht sich aber auch die Zahl der bleibend Pflegebedürftigen unter den Hirnverletzten.

Mit dem von E. Kretschmer (1940) geprägten Begriff *„apallisches Syndrom"*, der sich im deutschsprachigen Raum eingebürgert hat, ist ein Bild schwerster zerebraler Allgemeinschädigung gekennzeichnet, wie es gelegentlich nach schweren Hirnverletzungen, vor allem sekundären Hirnschäden infolge Hirnödem und Hypoxie gesehen wird.

E. Kretschmer hat das Krankheitsbild beschrieben mit den Worten: „Der Patient liegt wach da mit offenen Augen. Der Blick starrt geradeaus oder gleitet ohne Fixationspunkt verständnislos hin und her... Ansprechen, Anfassen, Vorhalten von Gegenständen erweckt keinen sinnvollen Widerhall. Die reflektorischen Flucht- und Abwehrbewegungen können fehlen... Trotz Wachsein ist der Patient unfähig zu sprechen, zu erkennen, sinnvolle Handlungsformen erlernter Art durchzuführen. Dagegen sind bestimmte vegetative Elementarfunktionen, wie etwa das Schlucken, erhalten. Daneben treten die bekannten frühen Tiefenreflexe, wie Saugreflex, Greifreflex hervor".

Ein apallisches Syndrom kann bei verschiedensten hirnorganischen Schäden auftreten, doch überwiegen heute der Zahl nach die traumatisch entstandenen apallischen Zustandsbilder. Das apallische Syndrom kann ein Durchgangsstadium sein, wobei es nach Wochen und Monaten doch noch zu einer Erholung mit Defektzustand kommt, oder der apallische Zustand bleibt stationär. Im Stadium des apallischen Syndroms können die Patienten jahrelang verharren, wenn durch gute Pflege interkurrente Erkrankungen vermieden werden können. Es sind Fälle von zehnjähriger Dauer eines apallischen Syndroms bekannt.

Bei den Patienten mit apallischem Syndrom haben sich die vitalen Funktionen — Atmung und Kreislauf — stabilisiert, so daß ein Verbleiben auf der Wachstation nicht mehr notwendig ist. Andererseits benötigen diese Kranken einen sehr hohen pflegerischen Einsatz, wenn sie nicht sehr rasch an interkurrenten Infekten versterben sollen.

Mit wie vielen Apallikern zu rechnen ist, kann nicht genau angegeben werden. Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen veranlaßte vor einiger Zeit eine Umfrage an den Krankenhäusern des Landes. Stichtag der Erhebung war der 31. Januar 1971. Insgesamt wurden 68 Apalliker gezählt (siehe Tabelle 3). Die

Tabelle 3

Gesamtzahl der Patienten mit apallischem Syndrom in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens (Stichtag 31. Januar 1971)

Regierungsbezirk	
Aachen	4 Patienten
Arnsberg	12 Patienten
Detmold	13 Patienten
Düsseldorf	20 Patienten
Köln	4 Patienten
Münster	15 Patienten
Gesamtzahl	68 Patienten
davon entfielen auf:	
Intensivstationen bzw. Anästhesie-Abteilungen	20 Patienten
Chirurgische Abteilungen	25 Patienten
Neuochirurgische Abteilungen	9 Patienten
Neurologische Abteilungen	5 Patienten
Kinderkliniken	7 Patienten
Psychiatrische Landeskrankenhäuser	2 Patienten
Gesamtzahl	68 Patienten

Patienten waren zumeist mehrere Monate, vereinzelt bis ein Jahr und länger, im Zustand des apallischen Syndroms. Die längste angegebene Dauer betrug über fünf Jahre. Nach Auskunft des Ministers laufen seit 1970 Bemühungen, eine Spezialstation für Apalliker zu schaffen. Bisher scheiterten die Bemühungen an dem zu fordernden hohen Personalaufwand (Bettenschlüssel 3 : 1). Jetzt sei es jedoch gelungen, einen Träger für diesen Plan zu gewinnen, und die Einrichtung einer speziellen Pflegestation für Apalliker mit 20 Betten werde in Angriff genommen.

Bei der Zusammenfassung dieser Kranken ist aber zu bedenken, daß die ausschließliche Betreuung langzeitig Bewußtloser für das Pflegepersonal aus psychologischer Sicht nicht unproblematisch ist. So erscheint es uns doch günstiger, diese Kranken mit auf allgemeinen Pflegestationen zu versorgen, was allerdings voraussetzt, daß Schwestern und Pfleger gut genug geschult und in ausreichender Besetzung vorhanden sind.

Neben den Kranken mit apallischem Syndrom gibt es aber auch eine große Zahl von Zuständen nach Schädelhirntraumen mit schweren neurologischen Ausfallserscheinungen, Lähmungen, Koordinationsstörungen und Sprachstörungen und schwerwiegenden psychischen Defektzuständen, die dauernd pflegebedürftig bettlägerig oder auf den Rollstuhl angewiesen bleiben und die nicht mehr zu einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte in der Lage sind. Derartige pflegebedürftige Kranke gehören sicher nicht in die psychiatrischen Landeskrankenhäuser, sondern in Pflegeabteilungen, die Neurologischen oder Neurochirurgischen Kliniken angegliedert sein sollten. Von den Hirnverletztenspezialinstituten — den Einrichtungen der Stufe 2 — unterhalten einzelne Häuser auch Pflegeabteilungen wie die Neurologische Klinik — Institut für Rehabilitation in Bad Homburg v. d. Höhe. Es war aber schon dargelegt worden, daß an sich Rehabilitationsstätten möglichst nicht mit Pflegefällen belastet werden sollten. Der Verbund von Pflegeabteilungen für Patienten mit Erkrankungen des Zentralnervensystems mit einem Akutkrankenhaus bringt auch hier den Vorteil der konsiliarischen Dienste und Mitbenutzung der diagnostischen Möglichkeiten. Genaue Angaben über die erforderlichen Bettenzahlen fehlen. K. Schürmann macht geltend, jedes Großklinikum von 1 500 bis 2 000 Betten benötige 60 bis 80 weitere Betten, um Schwerstbeschädigte im Anschluß an die neurochirurgische Erstversorgung unterbringen zu können (Walch, Bundeskonferenz des VdK 1972). Dabei handelt es sich nicht nur um Hirnverletzte, sondern auch um Patienten nach Hirntumor-Operationen, Gefäß- und entzündliche Hirnerkrankungen wie auch anderweitigen Schäden des Nervensystems.

Auf der anderen Seite haben wir die schwerst Hirnverletzten, bei denen die neurologische Symptomatik in den Hintergrund tritt, die aber schwerste psychische Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Dazu gehören die wenigen Hirnverletzten mit therapeutisch nicht zu beeinflussenden hirnorganischen Anfallsleiden, aber auch Verletzte, bei denen es auf dem Boden der organisch psychischen Veränderungen zu Trunksucht, Arzneimittelmißbrauch oder kriminellen Entgleisungen gekommen ist.

Die Zahl der Hirnverletzten, die wegen derartig schwerwiegender geistig-seelischer Störungen in psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebracht werden müssen, ist nicht groß. Die meisten auch schwer Hirnverletzten sind in der Familie, wenn die familiären Verhältnisse günstig sind, zu halten. In den sieben Rheinischen Landeskrankenhäusern und der Rheinischen Landesklinik für Geriatrie Marienheide waren am 31. Dezember 1971 (Stichtag) insgesamt 79 Hirnverletzte wegen „psychischer Störungen nach Hirnverletzung" — Diagnose 02 — (akute traumatische Psychosen und Dauerfolgen) untergebracht, 79 Hirnverletzte von insgesamt 12 255 psychiatrischen Patienten (d. h. der Anteil der Hirnverletzten unter allen psychiatrischen Patienten betrug nur 0,8 %). Nach der Altersgruppierung waren 34 der Hirnverletzten ($^{39}/_{79}$) zwischen 15 und 45 Jahren und 45 ($^{45}/_{79}$) zwischen 45 und 75 Jahren. Etwa die Hälfte der Hirnverletzten war länger als zwei Jahren untergebracht, 13 Patienten ($^{13}/_{79}$) sogar länger als zehn Jahre (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Krankenbestand in den Rheinischen Landeskrankenhäusern am 31. Dezember 1971 (Stichtag)

	insgesamt	männlich	weiblich
Hirnverletzte	79	70	9
Gesamtzahl der Kranken	12 255	6 393	5 865

Zahl der Hirnverletzten aufgegliedert nach Verweildauer

Verweildauer	insgesamt	männlich	weiblich
bis 1 Monat	10	10	0
1 Monat bis 3 Monate	8	8	0
3 Monate bis 1 Jahr ..	14	12	2
1 Jahr bis 2 Jahre	7	7	0
2 Jahre bis 5 Jahre ..	16	12	4
5 Jahre bis 10 Jahre ..	11	11	0
länger als 10 Jahre ...	13	10	3
Gesamtzahl der HV ..	79	70	9

Tabelle 5

Zugänge und Entlassungen von Hirnverletzten *) (HV) in den Rheinischen Landeskrankenhäusern im Jahre 1971

Gesamtzugänge	205 HV	190 männl. HV	15 weibl. HV
zur Gesamtzahl der Aufnahmen	(205/16 337)	(190/8 380)	(15/7 957)
davon			
Erstaufnahmen	143 HV	133 männl. HV	10 weibl. HV
zur Gesamtzahl der Erstaufnahmen	(143/8 164)	(133/4 339)	(10/3 825)
Entlassungen	196 HV	179 männl. HV	17 weibl. HV
zur Gesamtzahl der Entlassungen	(196/14 177)	(179/7 312)	(17/6 865)
Sterbefälle	7 HV	6 männl. HV	1 weibl. HV
zur Gesamtzahl der Sterbefälle	(7/1 972)	(6/774)	(1/1 198)

*) Diagramm 02 = psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (akute traumatische Psychosen und Dauerfolgen)

Über die Zugänge und Entlassungen gibt die Tabelle 5 Auskunft.

Der größte Teil der Hirnverletzten wurde also wegen akuter psychischer Störungen — traumatischer Psychosen oder episodischer psychischer Störungen — nur vorübergehend aufgenommen. Derartige episodische Störungen treten ja zumeist in Verbindung mit einem hirnorganischen Anfallsleiden als Dämmerzustände, Erregungszustände oder auch produktiv psychotische Erscheinungsbilder auf und machen dann eine temporäre Unterbringung in der psychiatrischen Klinik notwendig. Demgegenüber ist der Anteil von Dauerunterbringungen in den Landeskrankenhäusern vergleichsweise gering.

11 Hirnverletzte Kinder und Jugendliche

Besondere Probleme ergeben sich bei der Rehabilitation hirnverletzter Kinder und Jugendlicher. In der Regel ist bei Kindern und Jugendlichen nach schweren Hirntraumen eine *Retardierung* in der Entwicklung zu beobachten. Nicht selten kommt es neben den hirntraumatisch bedingten psychischen Ausfallserscheinungen zu Verhaltensauffälligkeiten und Störungen in der sozialen Anpassung (Trotzreaktionen, Aggressionen, Rückfall in Verhaltensmuster früherer Entwicklungsstufen).

Daher sind neben gezielten *schulischen* und *vorberuflichen Maßnahmen* oft auch *heilpädagogische Hilfen* notwendig. Die Erfahrungen der Nachkriegszeit haben gelehrt, zu welch enttäuschenden Wiedereingliederungsergebnissen — und zwar wesentlich schlechteren Ergebnissen als bei erwachsenen Hirnverletzten — es führt, wenn die hirnverletzten Kinder und Jugendlichen ohne rehabilitative Hilfen bleiben (Neugebauer 1959).

Die Frührehabilitation hirnverletzter Kinder nach Abschluß der neurochirurgischen Behandlung erfolgt am besten in einer kinderpsychiatrischen Abteilung. Es ist eine gezielte Förderung verlorengegangener Funktionen nötig. Bei *kleinen Kindern* sollte ein Sprachunterricht erfolgen, auch wenn keine Aphasie vorliegt, da die Sprachentwicklung meist gestört ist (Lange-Cosack 1972). Der spätere Besuch eines Sonderkindergartens oder Sonderschulkindergartens ist von Fall zu Fall zu erwägen.

Schulkinder können nach ihrer Genesung oftmals dem Unterricht in der Normalschule nicht mehr folgen. Aufgrund ihrer Merkfähigkeitserschwerung, ihres Konzentrationsmangels und der vorzeitigen Ermüdbarkeit werden sie im normalen Schulunterricht überfordert. Zu Recht ist daher die Forderung erhoben worden, spezielle Sonderklassen für hirnverletzte Schulkinder einzurichten, die Sonderschulen oder Hirnverletzeninstituten angeschlossen sind (Entschließungen der Arbeitsgemeinschaften für Hirntraumafolgen und klinische Hirnpathologie sowie Sprachheilpädagogik. Rehabilitation [Stuttgart] 6 [1967] 80). Oftmals wird man allerdings für einige Monate einen Einzelunterricht organisieren müssen. Der Unterricht soll auf die verminderte Leistungsfähigkeit des verletzten Kindes abgestellt sein mit langsamer Steigerung der Anforderungen, kurzer Unterrichtszeit, genügend geistiger Anregung und ausreichenden Erholungspausen. Spiel und Sport zur körperlichen Kräftigung dürfen nicht zu kurz kommen. Bei aphasischen Störungen ist eine logopädische Behandlung notwendig, eventuell der Besuch einer Sprachheilschule. Verhaltensauffälligkeiten erfordern spezielle heilpädagogische Maßnahmen. Wichtig ist die Beratung der Eltern in Erziehungsfragen. Eine Überforderung muß ebenso vermieden werden wie eine ängstliche Überprotektion.

Eine besondere Betreuung gebrauchen auch *Jugendliche,* die zur Zeit des Unfalles in der Berufsausbildung standen. Ein schweres Schädelhirntrauma bedeutet fast immer eine Verzögerung in der Ausbildung von 2 bis 3 Jahren oder mehr. In jedem Fall sollte aber angestrebt werden, die frühere oder eine andere Ausbildung fortzusetzen, um zu einem qualifizierten Berufsausbildungsabschluß zu kommen. Gerade bei schwergeschädigten Jugendlichen ist ein großes Problem der Kontaktverlust zu den Altersgenossen und die soziale Isolierung durch die Unfallfolgen. Aber hier sollte durch Freizeitangebote, Behindertensport etc. soweit wie möglich Hilfe gegeben werden. Auf die Bedeutung einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit für schwergeschädigte Jugendliche wurde im Abschnitt über die Werkstätten für Behinderte bereits hingewiesen.

Die Rehabilitation hirnverletzter Kinder *zusammen mit Erwachsenen* ist nicht möglich, schon wegen der schulischen und pädagogischen Sondereinrichtungen, die in den Spezialinstituten zur Rehabilitation Hirnverletzter nicht vorhanden sind. Auch die Rehabilitation älterer Kinder und vor allem Jugendlicher zusammen mit *frühkindlich Hirngeschädigten* ist problematisch. Ist die Schädigung im prä- oder perinatalen Zustand oder postnatal bis zum Abschluß des 3. Lebensjahres — also solange das Hirn in der Entwicklung begriffen ist (Hallervorden) — erfolgt, liegen ganz andere Voraussetzungen vor als bei späterer Schädigung, wenn der anatomische Entwicklungsprozeß im wesentlichen abgeschlossen ist. Allerdings dürfte die Dauerbetreuung hirnverletzter Kinder, wenn ein schwerer Defekt vorliegt, mit frühkindlich Hirngeschädigten zusammen wohl möglich sein.

Als Modellinstitut zur Rehabilitation hirnverletzter Jugendlicher ist jetzt das *Jugendzentrum* in *Gailingen* mit zur Zeit 180 Betten für männliche und weibliche Jugendliche im Alter von 14 bis 20 Jahren zur schulischen und vorberuflichen Förderung entstanden. Die Entwicklung eines *Kinderzentrums* mit 120 Betten für hirngeschädigte Kinder im schulpflichtigen Alter ist in Vorbereitung.

Außerdem ist in der Nähe von Konstanz die *„Studienklinik Allensbach"* im Aufbau, ein Rehabilitationszentrum für hirngeschädigte Studenten, die hier die für ein Studium notwendige Förderung erhalten. Die Studienklinik soll 1974 mit 130 Betten ihre Arbeit aufnehmen (Bericht 1972 der Neurologischen Kliniken Dr. Schmieder, Gailingen). Natürlich reichen diese Spezialzentren keinesfalls aus. Es müßte mindestens eine derartige Einrichtung im norddeutschen Raum und zwei im mittleren Bereich der Bundesrepublik, etwa im nordrhein-westfälischen Raum und im Rhein-Main-Gebiet geschaffen werden.

Nachdem ab 1. April 1971 auch Kinder, Schüler und Studenten in die gesetzliche Unfallversicherung aufgenommen worden sind, liegt hier ein großes neues Aufgabengebiet für die Ausführungsbehörden der Unfallversicherung. Eine Denkschrift der Berufsgenossenschaften zur Verbesserung der Rehabilitation schwer hirnverletzter Kinder und Jugendlicher, in der diese Probleme der Öffentlichkeit dargelegt werden sollen, ist in Vorbereitung.

12 Die Arbeit der Verbände

Neben den anderen Kriegsversehrten-Verbänden, wie VdK und Reichsbund, war es in erster Linie der *Bund hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer* (BHKA e. V.), der — im Dezember 1945 gegründet — die Betreuung der damals in der Bundesrepublik registrierten 80 000 Hirnverletzten des Krieges übernahm. Inzwischen haben sich die Aufgaben gewandelt. An die Stelle der Hirnverletzten des Krieges treten mehr und mehr die Opfer von Verkehrs- und Arbeitsunfällen. Trotzdem liegt auch heute noch die Haupttätigkeit des Verbandes in der Betreuung der Kriegsversehrten, da die Zivilverletzten offenbar weniger zum Verbandsleben neigen. Der BHKA hat zur Zeit 71 609 Mitglieder,

darunter 74 % Kriegsbeschädigte
0,4 % Bundeswehr
10 % Arbeitsunfälle (BG)
4,8 % Verkehrsverletzte
1,8 % sonstige Hirnverletzte
9 % Witwen von Kriegsbeschädigten.

Noch immer sind also Dreiviertel aller Mitglieder alte Kriegsbeschädigte, nur 17 % Zivilgeschädigte der Nachkriegszeit. Die Hauptaufgabe, die sich der Verband gestellt hat, ist die Beratung und Betreuung. Die Kreisstellen halten Sprechstunden ab, in denen alle mit der Behinderung in Zusammenhang stehenden Probleme erörtert werden; es findet auch eine Familienbetreuung mit Hausbesuchen statt. Für die Rechtsberatung und -vertretung bestehen an den Landes- und Bezirksstellen eigene Rechtsabteilungen. Die Betreuung der Mitglieder durch Sport- und Freizeitangebote ist unterschiedlich nach den örtlichen Gegebenheiten und der Initiative des jeweiligen Kreisvorsitzenden. Zum Teil wird eine Zusammenarbeit in Stätten der Begegnung mit anderen Verbänden, wie Caritas-Verband und Arbeiterwohlfahrt, gepflegt. Neben der Verbandszeitschrift hat der BHKA Broschüren von Fachleuten zur Information über medizinische und rechtliche Fragen für Hirnverletzte herausgegeben.

Eine weitere Aufgabe sieht der BHKA in der Unterhaltung von Sanatorien, die der Kurbehandlung dienen. Ein Teil dieser Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren aber mehr auf eigentliche Rehabilitationsaufgaben eingestellt. Drei dieser Häuser:

das „Haus Niedersachsen" in Hessisch-Oldendorf (145 Betten)

das „Walter-Poppelreuter-Haus" in Vallendar (160 Betten)

und

das Haus Braunfels/Lahn (145 Betten)

können als Einrichtung der 2. Stufe gelten, obwohl in allen drei Häusern etwa Zweidrittel aller Patienten nur zur Kurbehandlung aufgenommen werden. — Die Häuser Allner (74 Betten) und Elzach (120 Betten) sind reine Kurkliniken. — In den drei Häusern Hessisch-Oldendorf, Vallendar und Braunfels werden Beschäftigungstherapie, Bewegungsthera-

pie, logopädische Behandlung und Hirnleistungstraining zur Rehabilitationsbehandlung angeboten, das Haus Braunfels hat auch eine Lehrküche. Ein Ausbau der Bettenzahl für medizinische Rehabilitation ist in Hessisch-Oldendorf und Braunfels mit je 30 Betten geplant. Nur in Vallendar wird auch eine Rehabilitation im vorberuflichen Raum betrieben, dort ist der Abschluß einer Anlerntätigkeit vor der Industrie- und Handelskammer Koblenz zu erlangen. Aufgenommen werden in den Häusern Verletzte von allen Kostenträgern, nicht nur Vereinsmitglieder. Die Kliniken tragen sich durch die Pflegesätze.

Neben dem BHKA haben auch die anderen Versehrtenverbände VdK und Reichsbund Hirnverletzte unter ihren Mitgliedern. Der *Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderter und Sozialrentner Deutschlands e. V.* (VdK) hat in der Bundesrepublik Deutschland bei einer Gesamtmitgliederzahl von 1,2 Millionen etwa 40 000 Hirnverletzte als Mitglieder, darunter 80 % Kriegs- und Arbeitsopfer. Dem *Reichsbund der Kriegs- und Zivilbeschädigten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e. V.* gehören etwa 700 000 Mitglieder an mit einem entsprechenden Anteil Hirnverletzter. Die Zahl der hirnverletzten Mitglieder insgesamt ist größer als die Zahl der Hirnverletzten, da manche Kriegsversehrte in zwei oder sogar drei Verbänden organisiert sind. Daneben gibt es noch eine ganze Reihe kleinerer Versehrten-Vereinigungen, denen aber über ihren regionalen Wirkungskreis hinaus keine Bedeutung im Sinne einer Einflußnahme auf Öffentlichkeit, Gesetzgebung etc. zukommt. Auch VdK und Reichsbund sehen ihre Hauptaufgabe in der Rechtsvertretung und Betreuung ihrer Mitglieder. Sie unterhalten aber keine Kurheime und Kliniken, sondern ausschließlich Erholungsheime, der VdK in jedem Landesverband 3 bis 4 Häuser. Jetzt sieht der Verband eine notwendige Aufgabe darin, Pflege- und Altenheime zu schaffen für die älterwerdenden hirnverletzten Kriegsversehrten, die pflegebedürftig und alleinstehend sind.

Auch die Verbände haben sich Gedanken über die Verbesserung der Lage der Hirnverletzten gemacht. So hat der BHKA im Oktober 1973 der Öffentlichkeit eine Dokumentation über die Probleme bei der Akutbehandlung und Rehabilitation von Hirngeschädigten vorgelegt. Der VdK veranstaltete im Jahre 1972 eigens eine Bundeskonferenz für Hirngeschädigte und Querschnittgelähmte in Mannheim.

13 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation

Kostenträger für Rehabilitationsleistungen und -maßnahmen

Die gesetzlichen Regelungen über Rehabilitationsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland sind vielfältig und kompliziert, da der Gesetzgeber sich bei allen Reformen in den letzten Jahren für den Bereich der Rehabilitation nicht von dem historisch gewachsenen, gegliederten System der sozialen Sicherung getrennt hat zugunsten eines einheitlichen Rehabilitationsgesetzes. Die Rehabilitationsleistungen und -maßnahmen sind von den bestehenden Trägern der sozialen Sicherung mit übernommen und nicht einer zentralen Behörde übertragen worden. Durch eine Reihe von koordinierenden Maßnahmen ist aber bereits und wird weiter versucht, eine Einheitlichkeit in der Gewährung von Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger und eine Zusammenarbeit der einzelnen Träger zu erreichen. Angeführt seien hier das *Aktionsprogramm* der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation Behinderter vom 14. April 1970, die Gründung der *Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, der Gesetzentwurf zur Angleichung von Leistungen zur Rehabilitation* (sogenanntes „Harmonisierungsgesetz").

Für Rehabilitationsmaßnahmen und -leistungen sind zuständig die:

1. Gesetzliche Rentenversicherung
2. Gesetzliche Unfallversicherung
3. Kriegsopferversorgung und -fürsorge
4. Bundesanstalt für Arbeit
5. Gesetzliche Krankenversicherung *)
6. Sozialhilfe

Einen vereinfachenden Überblick über die Gliederung der sozialen Sicherung, die zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen und die zuständigen Träger gibt die Tabelle 6.

In die gesetzlichen Bestimmungen hat allgemein der Gedanke Aufnahme gefunden: *Rehabilitation geht vor Rente.* Der zuständige Kostenträger ist verpflichtet zu einer *umfassenden Beratung der Behinderten* über die Möglichkeiten der Rehabilitation. Bei mehreren Rehabilationsträgern sind diese zur *Zusammenarbeit* angehalten. Im Einvernehmen mit dem Behinderten ist ein *Gesamtplan* aufzustellen, zu dem auf Wunsch auch der Hausarzt hinzugezogen werden muß.

Für den Bereich der *beruflichen Rehabilitation* Behinderter ist gemäß § 62 des *Arbeitsförderungsgesetzes* (AFG) vom 25. Juni 1969 der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung verantwortlich. Die ausführende Behörde ist die Bundesanstalt für Arbeit mit den Landesarbeitsämtern und den Arbeitsämtern.

Eine wesentliche Verbesserung, die dieses Gesetz gebracht hat, ist die Vorleistungspflicht der Bundesanstalt im Bereich der beruflichen Rehabilitation, das heißt, die Bundesanstalt muß die notwendigen Maßnahmen selbst treffen, wenn kein anderer Träger zuständig ist. (Verweisung auf die Sozialhilfe ist nicht möglich.) Dadurch ist eine wichtige Voraussetzung dafür geschaffen, daß die beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen nahtlos und zügig im An-

*) Die gesetzliche Krankenversicherung wurde bisher noch nicht zu den Rehabilitationsträgern gerechnet, obwohl ein Teil ihrer Leistungen schon medizinische Rehabilitation darstellen. Nach dem im Entwurf vorliegenden „Harmonisierungsgesetz" werden die gesetzlichen Krankenkassen nunmehr mit in den Kreis der Leistungsträger einbezogen.

schluß an die medizinische Rehabilitation erfolgen ohne die früher nicht seltenen Verzögerungen, die sich durch die Suche nach einem Kostenträger ergaben. Auch das AFG verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit; die anderen Kostenträger haben die Bundesanstalt zu beteiligen. Die Bundesanstalt ist die zentrale Beratungsstelle für die berufliche Rehabilitation. Damit sollen die an den Arbeitsämtern bestehenden fachlichen Dienste, der ärztliche Dienst, der psychologische und die Berufsberatungsdienste auch von den anderen Rehabilitationsträgern genutzt werden.

Sehr bewährt hat sich die am Landesarbeitsamt in Köln bereits im Jahr 1949 eingerichtete *Hirnverletztenbegutachtungsstelle* (Leiter Dr. H. Heinsohn). Eine solche Einrichtung sollte es an allen Landesarbeitsämtern geben, damit auch die *psychiatrischen* Probleme in der Beurteilung Hinverletzter besser berücksichtigt werden können:

Zur Zeit liegen weitere wichtige Gesetzentwürfe vor, die Verbesserungen der gesetzlichen Regelungen im Bereich der Rehabilitation bringen.

1. Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (sogenanntes „Harmonisierungsgesetz").
2. Die Dritte Novelle zum Bundessozialhilfegesetz (BSHG).
3. Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts.
4. Das Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter.
5. Das Sozialgesetzbuch (SGB).

Tabelle 6

Rehabilitation im System der sozialen Sicherung

Art der Versicherung, Versorgung oder Fürsorge	Rechtliche Grundlagen	Leistungsträger	Leistungsempfänger
Gesetzliche Rentenversicherung	4. Buch RVO, AVG u. RKG, GAL	LVA, BfA Bundesknappschaft Altershilfe für Landwirte	Versicherte und Empfänger von BU- oder EU-Rente
Gesetzliche Unfallversicherung	3. Buch RVO	Berufsgenossenschaft Ausführungsbehörden Eigen- und Gemeindeunfallversicherungen	Versicherte Arbeitnehmer und Lernende und Versicherte kraft Satzung (Unternehmer), Kindergartenkinder, Schüler und Studenten
Kriegsopferversorgung und -fürsorge	BVG und Gesetze, die BVG für anwendbar erklären (SVG, ZDG, HHG u. a.)	Versorgungsämter und amtliche Fürsorge- und Hauptfürsorgestellen	Personen, die im militärischen oder militärähnlichen Dienst eine Schädigung erlitten haben und ihre Hinterbliebenen
Bundesanstalt für Arbeit	AFG (§ 56 bis 62)	Landesarbeitsämter und Arbeitsämter	Jugendliche und Erwachsene, die Fortbildung und Umschulung sowie Ausbildung erhalten
Gesetzliche Krankenversicherung	2. Buch RVO, RKG und KVLG	Gesetzliche Krankenkassen: Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, Ersatzkassen, Seekrankenkasse, Bundesknappschafts- und Landwirtschaftliche Krankenkasse	Versicherte und ihre Familienangehörigen
Sozialhilfe	BSHG in der Fassung vom 18. September 1969 (2. Novelle)	Örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger (Sozialämter)	Personen, die sich nicht selbst helfen können und keine Hilfe von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhalten.

1. Nach dem *Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation* — am 6. Dezember 1973 in 1. Lesung vom Deutschen Bundestag beraten — werden die Rehabilitationsträger zu einheitlichen Leistungen im medizinischen und beruflichen Bereich der Rehabilitation verpflichtet. Die Unterhaltsleistung — einheitlich als „Übergangsgeld" bezeichnet — soll 80 % des zuletzt erzielten Arbeitsverdienstes betragen und dynamisiert werden.

   Die gesetzliche Krankenversicherung soll für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen mit in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und die Leistungen verbessert werden. Einbezogen werden sollen danach in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen auch Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachheilbehandlung und Beschäftigungstherapie, sowohl ambulant wie auch in Krankenhäusern und Spezialeinrichtungen. Ferner sollen zum Leistungskatalog gehören die Gewährung von Körperersatzstücken und Hilfsmitteln (hier wurden bisher von den Krankenkassen nur Zuschüsse gewährt), wie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel.

   Eine weitere wichtige Verbesserung, die das Gesetz bringt, betrifft die soziale Sicherung der Rehabilitanden. Während der Zeit der Rehabilitationsmaßnahmen sind von dem zuständigen Kostenträger Beiträge zur gesetzlichen Krankenkasse, Unfall- und Rentenversicherung sowie zur Arbeitslosenversicherung zu zahlen.

   Ein anderer wichtiger Punkt dieses Gesetzes ist die Regelung der Vorleistungspflicht nunmehr auch für den medizinischen Bereich der Rehabilitation. Wie für den Bereich der beruflichen Rehabilitation nach dem AFG die Bundesanstalt für Arbeit zur Vorleistung verpflichtet ist, soll für den medizinischen Bereich die Vorleistungspflicht dem Rentenversicherungsträger zufallen. Bisher wird nach § 44 BSHG auf die Sozialhilfe verwiesen.

   Einbezogen in das Harmonisierungsgesetz sind die Sozialversicherung, die Kriegsopferversorgung und -fürsorge und die Bundesanstalt für Arbeit, nicht aber der Bereich der Sozialhilfe (wegen des unterschiedlichen Personenkreises und des sehr unterschiedlichen Leistungsprinzipes).

2. Die *Dritte Novelle zum Bundessozialhilfegesetz* (BSHG) — am 18. Januar 1974 vom Deutschen Bundestag in 2. und 3. Lesung verabschiedet — sieht wesentliche Leistungsverbesserungen vor. Dies betrifft auch die Eingliederungshilfe für Behinderte.

3. Der Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts: *„Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft"* ist am 25. Januar 1974 in 2. und 3. Lesung vom Deutschen Bundestag verabschiedet worden. Es sieht vor allen Dingen vor, den geschützten Personenkreis über die Kriegs- und Arbeitsopfer hinaus auf alle Schwerbehinderten zu erweitern, unabhängig von Art und Ursache der Behinderung. Ferner wird die Beschäftigungspflicht neu geregelt und die Vorschriften über nachgehende Hilfen im Arbeitsleben werden ausgebaut. Die Stellungnahme des Vertrauensmannes in den Betrieben wird gestärkt. Für Werkstätten für Behinderte sind besondere Förderungsmaßnahmen vorgesehen.

4. Nach dem Entwurf eines *Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter* soll der Versicherungsschutz für diesen Personenkreis ausgebaut und verbessert werden. Nach dem Gesetz würden auch Behinderte, die in Werkstätten für Behinderte arbeiten und bisher ohne Sozialversicherungsschutz sind, in die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung mit einbezogen.

5. Von dem geplanten *Sozialgesetzbuch* (SGB) liegt der allgemeine Teil im Entwurf vor. Ziel des Sozialgesetzbuches ist es, das in zahlreichen Einzelgesetzen geregelte Sozialrecht vereinfacht und übersichtlich darzustellen, um für Behinderte und Institutionen eine größere Rechtsklarheit zu schaffen.

Mit dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) und den im Entwurf vorliegenden neuen Gesetzen sind die meisten noch offenen Fragen und Unzulänglichkeiten in der Gesetzgebung für den Bereich der Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zufriedenstellend geregelt. Von seiten der Gesetzgebung stehen danach im Regelfall keine Hinderungsgründe mehr für eine nahtlose und zügige Rehabilitation Behinderter und damit auch schwer Hirnverletzter im Wege. Die Frage ist, wieweit es gelingt, in der Praxis die hierfür erforderlichen Dienste und Rehabilitationseinrichtungen auch in der genügenden Zahl und in der fachlich notwendigen Qualifikation auszubauen.

Literaturangaben

Empfehlungen, Dokumentationen und Zusammenstellungen

1. Basic Services and Equipment for Rehabilitation Centers.
   United Nations Publication. Economic and Social Affairs New York 1962 bis 1970.
2. Bericht des Europarates.
   The Place of Medical Rehabilitation in the Organisation of Health Services. Straßburg 1967.
3. Berufsförderungswerke (Verzeichnis über Leistungen und Beginntermine) Stand 1973/74.
   Hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
4. Bundeskonferenz für Hirngeschädigte und Querschnittgelähmte.
   VdK Deutschland, Bonn, Sitzungsbericht vom 30. Oktober 1972.

5. Deutsche Forschungsgemeinschaft: Zur Lage der medizinischen Forschung in Deutschland, Denkschrift.
Allgemeiner Teil: Strukturfragen, Steiner-Verlag, Wiesbaden 1968.

6. Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Verbesserung der Rehabilitation schwer Schädel-Hirn-Verletzter. Bonn.
(In Vorbereitung).

7. Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen. (1960).

8. Nachsorgekliniken. Eine medizinisch und wirtschaftlich positive Lösung zur Entlastung von Akut-Krankenhäusern.
Untersuchung durchgeführt von einer Arbeitsgruppe der Prognos AG, Basel, September 1971.

9. Probleme bei der Akutbehandlung und Rehabilitation von Hirngeschädigten.
Dokumentation des Bundes hirnverletzter Kriegs- und Arbeitsopfer e. V. Sitz Bonn, 10. August 1973.

10. Richtlinien des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur Versorgung von Schädelverletzungen.
Ärztl. Mitt. (Köln) 67 (1970) 1224 bis 1233.

11. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland.
Kohlhammer, Mainz 1970, 1971, 1972, 1973.

12. Vorschläge der Berufsgenossenschaften zur Vereinheitlichung des Rettungswesens.
Hrsg. vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Bonn, 1970. Verfasser: Dir. Dr. jur. Paul Versen.

Originalarbeiten

1. Barr, J. B., G. J. Ralston: Head injuries in a peripheral Hospital. A five-year survey. Lancet 1964/II, 519 bis 522.
2. Bauer, K. H.: Erste Hilfe am Unfallort und Erstversorgung Verkehrsverletzter nach Klinikaufnahme. Hefte Unfallheilk. 62 (1960) 89 bis 99.
3. Bläsig, W., E. Schomburg: Das unfallgeschädigte Kind. Untersuchungen über Verkehrsunfälle bei Kindern in pädagogischer und psychologischer Sicht. Thieme, Stuttgart 1971.
4. Gerstenbrand, F., H. Hoff: Zur Problematik der Rehabilitation des schweren Schädel-Hirntraumas. Wien, klin. Wschr. 75 (1963) 622 bis 626.
5. Gögler, E.: Chirurgie und Verkehrsmedizin. In: Handbuch der Verkehrsmedizin. Springer, Berlin—Wien—New York 1968.
6. Gögler, E.: Der schwere Unfall in der modernen Industriegesellschaft. Langenbecks Archiv der Chirurgie 329 (1971) 922 bis 965.
7. Guth, E., O. Wruhs: Vorschläge zur Besserung des Schicksals Hirnverletzter. Wien. med. Wschr. 120 (1970) 597 bis 601.
8. Hymmen, R.: Zur Behandlung von schweren Schädelhirnverletzungen. Die Berufsgenossenschaft Heft 6, Juni 1971.
9. Irving, M. H., P. M. Irving: Associated Injuries in Head Injured Patients. J. Trauma 7 (1967) 500 bis 511.
10. Jochheim, K.-A.: Die Integration der Rehabilitation in Klinik und Krankenhaus. Dtsch. med. J. 22 (1971) 131 bis 133.
11. Jochheim, K.-A., M. Koch: Das Rehabilitationszentrum der Universität zu Köln. Zeitschrift für Sozialhilfe, Heft 4 (1968) 114 bis 119.
12. Jung, K.: Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Rehabilitation, hrsg. von K.-A. Jochheim, J. F. Scholz, Thieme Stuttgart (im Druck).
13. Kessel, F. K., L. Guttmann, G. Maurer: Neuro-Traumatologie mit Einschluß der Grenzgebiete in 2 Bänden. Band 1: Die frischen Schädel-Hirn-Verletzungen. Urban & Schwarzenberg München—Berlin—Wien 1969.
14. Koch, M., K.-A. Jochheim: Zum Problem des Ausbaues von Rehabilitationseinrichtungen im gegliederten System der gesundheitlichen und sozialen Sicherung. Rehabilitation (Stuttgart) 13 (1974) 1 bis 8.
15. Koslowski, L., H. Richter: Das frische Schädel-Hirn-Trauma aus der Sicht des Allgemeinchirurgen. Praktische Chirurgie Heft 83, Enke, Stuttgart 1970.
16. Lange-Cosack, H.: Rehabilitation nach Hirntrauma im Kindesalter. Rehabilitation (Stuttgart) 11 (1972) 74 bis 80.
17. Lewin, W.: The Management of Head Injuries. Bailliere, Tindall & Cassell, London 1966.
18. Miller, J. D., W. B. Jennett: Complications of depressed scull fracture. Lancet 1968/II, 911 bis 995.
19. Neugebauer, W.: Hirnschädigungen und Hirnschädigungsfolgen bei Kindern und Jugendlichen. Öff. Gesundh. Dienst 21 (1959) 374 bis 381.
20. Nickl, W.: Strukturanalysen der Rehabilitation bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, hrsg. vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Bonn 1970.
21. Pia, H. W.: Organisation der Akutbehandlung und Rehabilitation Schädel-Hirn-Verletzter. Ärztl. Mitt. (Köln) 70 (1973) 217 bis 219.
22. Reichel, J., A. Petermann: Statistische Untersuchungen zur Epidemiologie der Schädel-Hirn-Traumen. Dtsch. Gesundheitswesen 23 (1968) 1986 bis 1991.
23. Roos, W.: Ursachen und Häufigkeit des Schädelhirntraumas im Kindesalter. Nervenarzt 41 (1970) 178 bis 181.
24. Schürmann, K.: Gedanken eines Neurochirurgen über die Erfordernisse der Rehabilitation Hirngeschädigter. Rehabilitation (Stuttgart) 11 (1972) 65 bis 73.
25. Schürmann, K., I. Pampus, K. Walter, F. Schmieder: Rehabilitation von Hirngeschädigten. In: Rehabilitationskongreß Heidelberg 1968, hrsg. von J. F. Scholz. Gentner, Stuttgart 1968.
26. Tönnis, W., R. A. Frowein, F. Loew, W. Grote, R. Hemmer, W. Klug, H. Finkemeyer: Organisation der Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen, Thieme, Stuttgart 1968.
27. Walter, K.: Rehabilitation bei posttraumatischer Hirnschädigung. Nervenarzt 36 (1965) 49 bis 54.
28. Wickenhagen, E.: Nachgehende Maßnahmen der Berufshilfe. In: Rehabilitationskongreß Heidelberg, hrsg. von J. F. Scholz, Gentner, Stuttgart 1968.

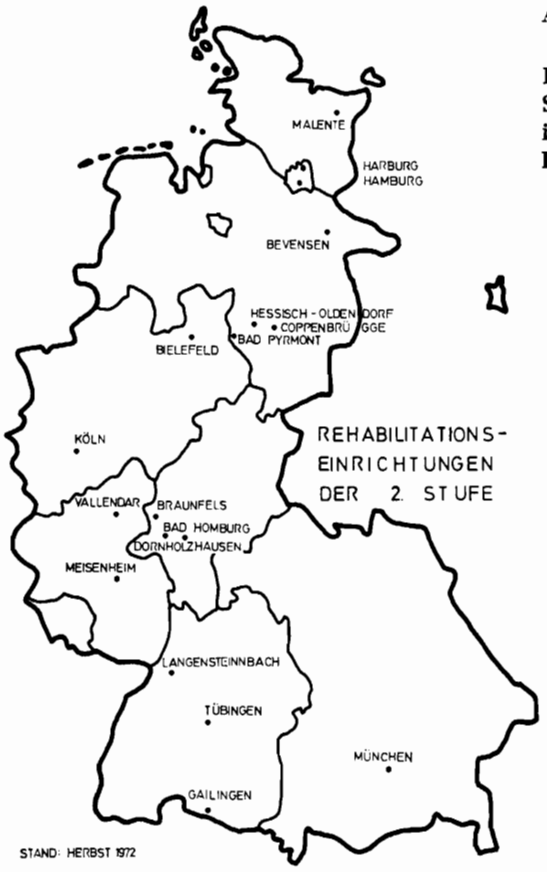
Abbildung 1

Lage der neurochirurgischen Kliniken und Abteilungen im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland



Abbildung 2

Lage der vorhandenen Einrichtungen der Stufe 2 zur Rehabilitation Hirnverletzter im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland



Anhang

Tabelle I

Einrichtungen der Stufe 2 zur Rehabilitation Hirnverletzter

Ort	Einrichtung	Träger	Zahl der Betten	Behandlungsprogramm
6380 Bad Homburg	Neurologische Klinik Institut für Rehabilitation	Verein Hirnverletztenheim e. V.	112	Med. und berufliche Rehabilitation, vorberufl. Schulung, Nachsorge, Asylierung
3280 Bad Pyrmont	Versorgungskrankenhaus, Neurologische Abteilung	Land Niedersachsen	327 gesamt, davon 43 neurologisch	2/3 Kriegsbeschädigte, sonst Schwergewicht Akutbehandlung
3118 Bevensen	Hamburgisches Krh. Bevensen, Neurolog. Rehabilitations-Abteilung	Freie und Hansestadt Hamburg	70	Med. Rehabilitation — Audiovisuelles Training
4800 Bielefeld	Neurologisches Rehabilitations-Zentrum am Evgl. Johannes-Krankenhaus	Evgl. Krankenhaus-Verein e. V. im Evgl. Johanneswerk e. V.	30	Med. Rehabilitation im vorberuflichen Raum
6333 Braunfels	Neurologische Klinik Haus Braunsfels	BHKA e. V.	170	Badekuren (2/3), stationäres Heilverfahren (1/3) =klinische Nachbehandlung: Hirntraining, Paresenbehandlung, Herz-Kreislauf-Training
3251 Coppenbrügge	Sonderkrankenhaus — Med. Rehabilitationsstätte Spezialpflegeheim „Haus Lindenbrunn"	Verein zur Betreuung von Schwerbeschädigten e. V. Hannover	240	Langzeitbehandlung chronischer Leiden (80 % Neurologie) mit hoher Pflegebedürftigkeit
6331 Dornholzhausen	Versehrtenheim Dornholzhausen	Hilfswerk der Evgl. Kirche	88 für Heilverfahren und 36 stationär	2/3 Heilverfahren, Med. Rehabilitation: Behandlung von motorischen Störungen und Sprachheilbehandlung (Schwerpunkt)
7704 Gailingen	Neurologische Kliniken Dr. Schmieder	Eigentümer Dr. Schmieder	670	Med. Rehabilitation nach Abschluß der Akutbehandlung
2000 Hamburg	Berufsgenossenschaftl. Unfallkrankenhaus, Neurolog.-Traummatolog. Abteilung	Trägerverein	263 gesamt, davon 12 neurologisch	Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation
3253 Hessisch-Oldendorf	Neurologische Spezialklinik „Haus Niedersachsen"	BHKA e. V.	105 für Kur und 40 stationär	Med. Rehabilitation und Kuren besonders bei Kriegsversehrten

n o c h : Tabelle I

Ort	Einrichtung	Träger	Zahl der Betten	Behandlungsprogramm
7501 Karlsbad	Südwestdeutsches Rehabilitationskrankenhaus Neurolog. Abteilung	Gemeinnützige GmbH	52	Rehabilitation im vorberuflichen Raum
5000 Köln	Rehabilitationszentrum der Universität	Land Nordrhein-Westfalen	40	Rehabilitation im vorberuflichen Raum
2427 Malente	Haus „August Bier" Nachbehandlungsklinik für Hirn- und Nervenverletzte	Stiftung des privaten Rechts	90	Med. Rehabilitation
6554 Meisenheim/Glan	Neurologisches Landeskrankenhaus	Land Rheinland-Pfalz	100	Med. Rehabilitation: Psychointellektuelles Training, Sprachheilbehandlung
8000 München	Neurologisches Krankenhaus mit Hirnverletztenklinik	Verein zur Hilfe für Schwerstbeschädigte e. V.	110	Behandlung von Hirnverletzten (98 % der Patienten) nach Abschluß der Akutbehandlung
7400 Tübingen	Neurologisches und Hirnverletzten-Versorgungskrankenhaus	Land Baden-Württemberg	70	Rehabilitation im vorberuflichen Raum
5414 Vallendar	Neurologische Klinik „Walter-Poppelreuter-Haus"	BHKA e. V.	120	Rehabilitation im vorberuflichen Raum und Kurbehandlung

Tabelle II

Behandlungsmöglichkeiten in den Einrichtungen

(Stand

Einrichtung	K G	Elektro-therapie	Bäder-abteilung	Schwimmbad/ Bewegungsbad	Sport-möglichkeit
Neurolog. Klinik-Inst. f. Rehab. Bad Homburg	ja	ja	ja	Schwimmbad	ja
Versorgungskrankenhaus Bad Pyrmont	ja	ja	ja	Schwimmbad	ja
Hamburg Krh. Bevensen Neurolog. Abteilung	ja	ja	ja	Schwimmbad	nein
Neurolog. Rehab. Zentrum Johanneskrankenhaus Bielefeld	ja	ja	ja	nein	ja
Neurolog. Klinik Haus Braunfels	ja	ja	ja	Freibad und Bewegungsbad	ja
Sonderkrankenhaus Coppenbrügge	ja	ja	ja	Bewegungsbad	ja
Versehrtenheim Dornholzhausen	ja	ja	ja	Schwimmbad	ja
Neurolog. Kliniken Dr. Schmieder	ja	ja	ja	Hallenschwimmbad	ja
BG-Unfallkrh. Hamburg	ja	ja	ja	2 Schwimmbäder 1 Bewegungsbad	ja
Neurolog. Klinik Hessisch-Oldendorf, Haus Niedersachsen	ja	ja	ja	Schwimmbad	ja
Südwestd. Rehabilitationskrh. Karlsbad	ja	ja	ja	Bewegungsbad	nein
Rehabilitationszentrum Köln ..	ja	ja	Univ.-Nervenkl.	Bewegungsbad Univ. Nervenkl.	Sporthochschule
Haus August Bier, Malente	ja	ja	ja	Bewegungsbad	ja
Neurolog. Landeskrankenhaus Meisenheim	ja	ja	ja	nein	ja
Neurolog. Krankenhaus mit Hirnverletztenklinik, München	ja	ja	ja	nein	ja
Neurolog. und Hirnverletzten Versorgungskrh. Tübingen	ja	ja	ja	Schwimmbad BG Unfallkrankenhaus	ja
Neurolog. Klinik Vallendar	ja	ja	ja	Bewegungsbad und Schwimmbad	ja

*) Nach einer Aufstellung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit freundlicher Genehmigung von Dir. R. Hymmen, Köln.

Tabelle II

der Stufe 2 zur Rehabilitation Hirnverletzter *)

Herbst 1972)

Beschäftigungs-therapie	A D L	Berufstherapie	Arbeitserprobung	Beratungs-kommission	Pflege
ja	ja	ja	ja	ja	ja
ja	ja	nein	im Bfw Pyrmont	nein	nein
ja	ja	nein	nein	nein	nein
ja	ja	ja	ja	ja	nein
ja	ja	nein	nein	nein	nein
ja	ja	nein	nein	vorgesehen	ja
vorgesehen	ja	nein	außerhalb der Einrichtung	ja	geplant
ja	ja	nein	nein	ja	nein
ja	ja	in auswärtigem Betrieb, Metall, Holz, Zeichnen, Büro	im Bfw Hamburg	ja	nein
geplant	geplant	geplant	geplant	ja	nein
ja	ja	ja	ja	ja	nein
ja	ja	ja	ja	ja	nein
ja	ja	ja	ja	ja	nein
nein	ja	nein	nein	ja	nein
ja	ja	nein	nein	nein	nein
ja	ja	in örtl. Industrie und Verwaltung 170 Plätze		ja	nein
nein	nein	ja	ja	ja	nein

Tabelle III

Personelle Ausstattung der Einrichtungen

(Stand:

Einrichtung	Bettenzahl	Ärzte	Psychologe	Ergotherapeut	Logopäde
Neurolog. Klinik-Inst. für Rehab. Bad Homburg	112	1 Fach- und 3 Ass.-Ärzte	1	2	1
Versorgungskrankenhaus Bad Pyrmont	327/ 43 neurol.	3 Fachärzte (für Neurol. und Neurochir.)	nein	1	1 bei Bedarf
Hamburg Krankenhaus Bevensen Neurolog. Abteilung	70	4 Fach- und 1 Ass.-Ärzte	nein	1	1
Neurolog. Rehab.-Zentrum Johanneskrankenhaus Bielefeld	30	2 Fach- und 1 Ass.-Ärzte	1	1	1
Neurolog. Klinik Haus Braunsfeld	170	2 Fach- und 2 Ass.-Ärzte	nein	1	1
Sonderkrankenhaus Coppenbrügge	240	3 Fach- und 1 Ass.-Ärzte	nein	2	nein
Versehrtenheim Dornholzhausen	124	3 Fach- und 1 Ass.-Ärzte	1	1	1 bei Bedarf
Neurolog. Kliniken Dr. Schmieder	670	21 Fach- und 2 Ass.-Ärzte	5	6	3
BG — Unfallkrankenhaus Hamburg	263/ 12 neurol.	1 Fach- und 1 Ass.-Ärzte	1	5 für ges. Krh.	1
Neurolog. Klinik Haus Niedersachsen, Hessisch-Oldendorf	145	2 Fach- und 1 Arzt nebenamtlich	1	1	2
Südwestd. Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad	52 neurol.	2 Fach- und 3 Ass.-Ärzte	1	3	1
Rehabilitations-Zentrum Köln	40	3 Fach- und 3 Ass.-Ärzte	1	3	1 H.N.O.Kl.
Haus August Bier, Malente	90	3 Fach- und 2 Ass.-Ärzte	nein	1	1
Neurolog. Landeskrankenhaus Meisenheim	100	4 Fach- und 1 Ass.-Ärzte	1	nein	im Landessprachheim
Neurolog. Krankenhaus mit Hirnverletztenklinik München	110	1 Fach- und 3 Ass.-Ärzte	2	3	2
Neurolog. und Hirnverletzten Versorgungskrankenhaus Tübingen	70	2 Fach- und 2 Ass.-Ärzte	2	1	nein
Neurolog. Klinik Vallendar	120	2 Fachärzte	1 bei Bedarf	nein	1

Tabelle III

der Stufe 2 zur Rehabilitation Hirnverletzter *)

Herbst 1972)

Berufs-therapeut	Sozial-arbeiter	Kranken-gymnasten	Bademeister	Sportlehrer	Pflege-personen	Sonstige Mitarbeiter
3	nein	1	2	1	14	2 Lehrer nebenberuflich
nein	nein	5 und 2 Masseure	2 und 1 Schwimm-meister	2	106	nein
nein	1	1	nein	nein	19	nein
2	1	Personal für das gesamte Krankenhaus		nein	4	Veranstaltungen der VHS
nein	nein	5	7	nein	13	nein
nein	1	6 und 8 Masseure	nein	nein	62	1 Lehrer nebenberuflich
nein	nein	1	2	1	8	1 Lehrer nebenberuflich
1	3	33	nein	1	61	3 Lehrer nebenberuflich
1	1 bei Bedarf	21 im gesamten Kranken-haus	7	1	keine Angaben	
nein	1	1	1	1	16	1 Lehrer nebenberuflich
1	1	3	nein	nein	17	nein
1	1	3	nein	Sporthoch-schule	19	nein
nein	nein	3	1	nein	25	nein
nein	nein		5	nein	30	1 Sonderpädagoge nebenamtlich
nein	nein	3	1	nein	10	nein
nein	nein	2	1	nein	18	nein
3	2 bei Bedarf	1	11 einschließ-lich Prakti-kanten	nein	9	1 Studienrat nebenberuflich

*) Nach einer Aufstellung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit freundlicher Genehmigung von Dir. R. Hymmen, Köln

Tabelle IV

Modell eines Spezialinstituts zur Rehabilitation Hirngeschädigter

Einrichtung der Stufe 2

Bettenzahl: 120 bis 150

Männer und Frauen auf getrennten Stationen untergebracht, Behandlung aber in gemischten Gruppen

Diagnostik und Behandlungsaktivitäten	Räumlichkeiten	Personal
1. **Klinische Diagnostik**	klinisches Labor, EEG und EMG, EKG und Echo (Neuroradiologie) (falls Rö-Abteilung nicht vorgehalten)	2 MTA (1 Rö-Assistentin)
2. **Krankengymnastik und Sport**	2 Gymnastikräume für Einzel- und Gruppentherapie, Fahrradergometerraum, Bade-Abteilung mit Bewegungsbad oder Schwimmbecken, Sportplatz	10 Krankengymnastinnen 1 Bademeister oder Sportlehrer
3. **Sprachheilbehandlung**	2 Räume für Einzel- und Gruppenbehandlung mit modernem Lehrmaterial	2 Logopäden
4. **Beschäftigungstherapie (BT)** einschließlich funktioneller Behandlungsmöglichkeiten und Daily-living-training (ADL)	2 Räume für allgemeine BT Lehrküche (Näh- und Haushaltszimmer)	4 Beschäftigungstherapeutinnen
5. **Arbeitstherapie** als vorberufliche Maßnahme, Arbeitstraining, Arbeitserprobung und Leistungsbewertung	2 große Werkräume	1 Werkmeister 1 bis 2 Berufstherapeuten
Auffrischung schulischer Kenntnisse (Konzentrationstraining, programmiertes Lernen) „Hirntraining" nach Schmieder	Büro-Abteilung 2 Unterrichtsräume	2 Berufstherapeuten evtl. 1 bis 2 nebenamtliche Lehrer
6. **Psychologischer Dienst** zur Diagnostik und Therapie	2 Räume mit entsprechender Ausstattung zur Diagnostik und Therapie	2 Psychologen
7. **Sozialdienst**	1 Beratungsraum 1 Büroraum	2 Sozialarbeiter
8. **Ärztlicher Dienst**		1 leitender Arzt (Nervenfacharzt), 2 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, 4 bis 6 Assistenzärzte

Tabelle V

Berufsförderungswerke in der Bundesrepublik Deutschland

Bestehende Berufsförderungswerke (Stand 1973/74)

	Zahl der Ausbildungsplätze	
	vorhanden	geplant (bis 1975)
Bad Pyrmont	260	500
Berlin	375	430
Birkenfeld	450	550
Bookholzberg i. O.	300	300
Dortmund	450	650
Goslar	530	530
Hamburg	740	1 050
Heidelberg	1 600	1 720
Maximiliansau	445	—
Michaelshoven	328	550
Schömberg	500	500
11	5 978	6 780

Geplante Berufsförderungswerke (bis 1975)

	Zahl der Ausbildungsplätze	
	vorhanden	geplant (bis 1975)
Frankfurt	—	450
Hamm	—	400
Koblenz/Vallendar	—	500
München	—	600
Nürnberg	—	450
Oberhausen	—	600
6		3 000

*) Das Berufsförderungswerk Maximiliansau wird von Koblenz/Vallendar übernommen.

Z. Z. vorhanden etwa 6 000 Plätze, geplant bis 1975 etwa 10 000 Plätze in 16 Einrichtungen.

Zum Problem des Personalbedarfs in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Vergleich der Kapazitätsentwicklung des Personals und der Bedarfsziffern aufgrund von Reformvorschlägen der Sachverständigen-Kommission

SAB-Institut für sozioökonomische Strukturforschung GmbH, Köln

Gliederung

0. Einleitung

1. Ärztlicher Bereich

1.1 Entwicklungstendenzen im ärztlichen Bereich seit 1960 und jetziger Bestand an Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland

1.2 Prognosemodell für Nervenärzte

1.2.1 Allgemeine Erläuterungen zum Prognosemodell für Nervenärzte

1.2.2 Darstellung des Prognosemodells für Nervenärzte 1970 bis 2000

1.2.3 Rechnerische Durchführung des Prognosemodells für Nervenärzte 1970 bis 2000

1.3 Varianten zum Prognosemodell für Nervenärzte

1.4 Vergleich von Bedarf und Gesamtangebot an Nervenärzten

2. Pflegebereich

2.1 Entwicklungstendenzen im Pflegebereich seit 1960 und jetziger Bestand an Krankenpflegepersonal in der Bundesrepublik Deutschland

2.2 Prognosemodell für Krankenpflegepersonen

2.2.1 Darstellung des Prognosemodells für Krankenpflegepersonen 1972 bis 2000

2.2.2 Rechnerische Durchführung des Prognosemodells für Krankenpflegepersonen 1972 bis 2000

2.3 Varianten zum Prognosemodell für Krankenpflegepersonen

2.4 Vergleich von Bedarf und Gesamtangebot an Krankenpflegepersonen

3. Psychologischer Bereich

3.1 Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen im Psychologischen Bereich

3.2 Gegenüberstellung von Bedarf und notwendigem Neuangebot an Psychologen

4. Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

4.1 Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen im Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

4.2 Gegenüberstellung von Bedarf und notwendigem Neuangebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten

5. Sozialbereich

5.1 Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen im Sozialbereich

5.2 Gegenüberstellung von Bedarf und notwendigem Neuangebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen

6. Pädagogischer Bereich

6.1 Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen im Pädagogischen Bereich

6.2 Gegenüberstellung von Bedarf und notwendigem Neuangebot an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern

7. Zusammenfassende Schlußbemerkungen

Anhang

0 Einleitung

Die von der Sachverständigen-Kommission zu erarbeitenden Reformvorschläge für den Bereich der psychiatrischen Versorgung werden bei ihrer Verwirklichung einen erheblichen Personalbedarf erfordern. Um die Realisierbarkeit der Reformvorstellungen der Sachverständigen-Kommission für den Personalbedarf in einem zukünftigen Versorgungssystem der Psychiatrie besser überprüfen zu können, wurde diese Studie in Auftrag gegeben.

Die von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten und uns vorgegebenen Bedarfsziffern sollen zu diesem Zweck konfrontiert werden mit den Ergebnissen einer Analyse des Ist-Bestandes ausgewählter Berufsgruppen des Personals in der Psychiatrie sowie einer Prognose bzw. Projektion der zu erwartenden zukünftigen Entwicklung des Angebotspotentials in diesen Berufsgruppen bis zum Jahr 2000.

Bei der Datenbeschaffung konnte wegen der Kürze der Zeit, in der diese Untersuchung durchgeführt werden sollte, im allgemeinen nur sekundäranalytisch vorgegangen werden, d. h. es wurde eine Auswertung der veröffentlichten Statistiken und des uns zugänglichen sonstigen Informationsmaterials vorgenommen. Dabei stellte sich heraus, daß für einige Berufsbereiche kaum empirische Daten vorhanden sind. Deshalb wurden zusätzlich Verbände, Vereinigungen und ähnliche Institutionen schriftlich oder telefonisch befragt; jedoch konnten auch diese häufig keine statistischen Angaben machen, sondern nur auf die Probleme der jeweiligen Ausbildungs- und Berufssituation hinweisen.

Solche Schwierigkeiten waren in den psychologischen, therapeutischen und sozialen Berufsbereichen, insbesondere aber im pädagogischen Berufsbereich zu verzeichnen. Die Schwierigkeiten der Datenbeschaffung in diesen Berufsbereichen sind hauptsächlich bedingt durch das Fehlen einer bundeseinheitlichen Regelung und Anerkennung der Ausbildung wie des Berufsstatus. Die Folge hiervon ist, daß durch Uneinheitlichkeit und Unklarheiten der Berufsbezeichnungen und -abgrenzungen sowie der unterschiedlichen möglichen Ausbildungsgänge und vielfältigen Arten von Ausbildungsinstitutionen und deren Trägerschaft eine genaue Erfassung des jetzigen Bestandes der einzelnen Berufsgruppen und der vorhandenen Ausbildungskapazitäten kaum möglich ist. Näheres hierzu erfolgt bei der Darstellung der einzelnen Berufsgruppen. Ein zusätzliches Problem besteht darin, daß nicht bekannt ist, welcher Anteil der den einzelnen Berufsgruppen angehörenden Personen in der psychiatrischen Versorgung tätig ist bzw. tätig werden will. Die Konsequenz, die aus diesem Dilemma zu ziehen wäre, ist die Durchführung von Primärerhebungen, d. h. schriftlichen Befragungen oder Interviews, in diesen Bereichen. Ohne umfassende Primärerhebungen sind in diesen Berufsgruppen keine differenzierten und exakten Aussagen möglich.

Der Mangel an statistischem Material hat weiterhin Einfluß auf die Qualität der zu erstellenden Prognosen: je dürftiger das Datenmaterial, desto unsicherer oder gewagter ist die Erstellung einer Prognose. Das bedeutet im Rahmen dieser Studie konkret, daß für die Nervenärzte ein relativ detailliertes Prognosemodell erstellt werden konnte, für die Krankenpflegepersonen dagegen nur ein weniger genaues und detailliertes Prognosemodell erstellt werden konnte; für die übrigen Berufsbereiche — Psychologen, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Heilpädagogen und Heilerziehungspfleger — konnte mangels empirischer Daten kein Prognosemodell erstellt werden. In diesen Berufsbereichen wurden deshalb ersatzweise Bedarfsdeckungsprojektionen vorgenommen, mittels derer nicht wie bei den Prognosemodellen und deren Varianten das voraussichtliche Angebotspotential, sondern das zur Bedarfsdeckung notwendige Angebotspotential für die einzelnen Berufsgruppen ermittelt wurde. Die Berechnungen wurden jeweils für den von der Sachverständigen-Kommission vorgegebenen Prognosezeitraum bis zum Jahr 2000 und innerhalb dieses Zeitraumes für 5-Jahres-Zeiträume — 1975; 1980; 1985; 1990; 1995; 2000 — vorgenommen. Die Prognosemodelle und deren Berechnungsgrundlagen wurden ausführlich dargelegt, so daß auch nachträglich zusätzlich zu den von uns erstellten Prognosevarianten eigenständige Alternativrechnungen seitens der Sachverständigen-Kommission durchgeführt werden können.

An dieser Stelle sei noch eine grundsätzliche Anmerkung zu den von uns erstellten Prognosen angefügt. Eine eigentliche unbedingte Prognose, die eine Voraussage der tatsächlich eintretenden Entwicklung in der Zukunft beinhaltet, kann in dieser Studie für keine der Berufsgruppen erstellt werden, und zwar aus folgenden Gründen:

Erstens mangelt es an genügend detailliertem statistischem Material über einen ausreichend langen Zeitraum der Vergangenheit.

Zweitens ist eine Prognose im eigentlichen Sinne über einen so langen Zeitraum, bis zum Jahr 2000, ohnehin kaum zu erstellen, da gesellschaftspolitische wie strukturelle Veränderungen, die die Entwicklungstendenzen der Vergangenheit total umschlagen lassen können, nicht vorausgesehen und damit nicht erfaßt werden können. Die von uns erstellten Prognosen sind daher besser durch den Terminus „Projektion" zu kennzeichnen. Eine Projektion stellt eine Entwicklung dar, die sich in der Zukunft bei Fortdauer der in der Vergangenheit wirkenden Ursachen und Entwicklungstendenzen ergeben würde, also unter ceteris paribus Bedingungen eintreten würde. Dennoch ist eine unsichere Projektion eine bessere Beurteilungs- und Entscheidungsgrundlage als die reine Spekulation.

1 Ärztlicher Bereich

1.1 Entwicklungstendenzen im ärztlichen Bereich seit 1960 und jetziger Bestand an Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland

Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland hat sich in den letzten Jahren insgesamt zunehmend verbessert. Während im Jahr 1960 die Arztdichte noch 668 Einwohner je Arzt betrug, verbesserte sie sich bis 1974 auf 541 Einwohner je Arzt. [1]) Im Zeitraum von 1960 bis 1972 betrug die Zunahme der berufstätigen Ärzte insgesamt 35,35 %, die der Fachärzte 40,35 % und die der Nervenärzte

---

[1]) Quelle: Deutsches Ärzteblatt: Ärztestatistik im Zehn-Jahre-Vergleich, Sonderdruck 1971 S. 3;
Deutsches Ärzteblatt: Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Heft 25 vom 20. Juni 1974, S. 1835

[2]) Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens, 1972;
eigene Berechnungen
Die im folgenden aufgeführten Angaben sind ebenfalls entweder direkt aus dieser Statistik entnommen oder anhand dieser Angaben berechnet worden.

Berufstätige Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland am 31. Dezember 1972 nach Berufsausübung und Fachgebieten

Ärzte nach Fachgebieten	zusammen	in freier Praxis	davon		in Verwaltung und Forschung	Einwohner je Arzt
			darunter mit Krankenhaustätigkeit [1])	hauptamtlich im Krankenhaus		
Ärzte insgesamt	107 403	51 778	4 860	45 138	10 487	575
darunter:						
Ärzte ohne Facharzttätigkeit	61 955	27 732	696	27 361	6 862	998
davon:						
Allgemeinärzte	7 113	6 295	239	621	197	7 174
darunter:						
Fachärzte aller Fachgebiete zusammen	45 448	24 046	4 164	17 777	3 625	1 360
davon für:						
Neurologie und Psychiatrie	2 548	980	40	1 293	275	24 258
Neurologie	370	209	20	129	32	167 052
Psychiatrie	237	40	8	176	21	260 799
Kinder- und Jugendpsychiatrie [1])	124	21	—	76	27	498 463

[1]) ohne Bayern
Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens 1972

Von den Ärztekammern ausgesprochene Facharztanerkennungen in der Bundesrepublik Deutschland vom 1. Januar bis 31. Dezember 1973 nach Fachgebieten

ausgewählte Fachgebiete	absolut	Anteil an der Gesamtheit
Facharztanerkennungen aller Fachgebiete zusammen	3 849	100 %
darunter für:		
Neurologie/Psychiatrie	247	6,4 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	17	0,5 %

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Heft 25 vom 20. Juni 1974, S. 1839

Ärzte in den psychiatrischen Krankenhäusern (einschließlich Heil- und Pflegeanstalten) in der Bundesrepublik Deutschland am 31. Dezember 1971 nach Fachgebieten

	Anzahl der Ärzte	Ärzte je 1 000 Betten
Ärzte insgesamt	2 154	19,2
darunter:		
Ärzte ohne Facharzttätigkeit	946	8,4
darunter:		
Fachärzte aller Fachgebiete zusammen...	1 208	10,8
davon für:		
Neurologie und Psychiatrie	838	7,5
Neurologie	49	0,4
Psychiatrie	167	1,5
Kinder und Jugendpsychiatrie...	36	0,3
übrige Fachärzte ..	118	1,1

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens 1972

48,10 %. [2]) Allerdings ist der Trend hin zum Facharzt erst ab Mitte der 60er Jahre zu verzeichnen.

Die Zunahme der berufstätigen Ärzte ist hauptsächlich den Krankenhäusern zugute gekommen, d. h. die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Ärzte erhöhte sich prozentual stärker als die der Ärzte insgesamt. 1972 betrug der Anteil der in den Krankenhäusern tätigen Ärzte 42 %, der der frei paktizierenden Ärzte 48 % an der Gesamtheit der Ärzte. Besonders stark war die Zunahme der nicht spezialisierten Ärzte in den Krankenhäusern; hier war von 1960 bis 1971 ein Zuwachs von 116 % zu verzeichnen, während im gleichen Zeitraum nur ein Zuwachs von 26 % der in den Krankenhäusern tätigen Fachärzte zu verzeichnen war.

Im Jahre 1972 waren 39 % der Fachärzte in Krankenhäusern tätig, 8 % in Verwaltung und Forschung und 53 % in freier Praxis. Von den nicht spezialisierten Ärzten waren 1972 44 % in Krankenhäusern tätig, 11 % in Verwaltung und Forschung und 45 % in freier Praxis.

In den Krankenhäusern insgesamt entfielen 1971 auf 1000 Betten 72,6 Ärzte, während in den psychiatrischen Krankenhäusern das Verhältnis jedoch 19,2 Ärzte je 1 000 Betten betrug. Das bedeutet anders formuliert, daß in den Krankenhäusern insgesamt auf einen Arzt im Durchschnitt 14 Patienten entfallen, während in den psychiatrischen Krankenhäusern dagegen auf einen Arzt im Durchschnitt 52 Patienten entfallen.

Die heutige Situation im ärztlichen Bereich, speziell für die Ärzte in den Fachgebieten der Psychiatrie, sowie die ärztliche Versorgung in den psychiatrischen Krankenhäusern sollen die vorstehenden Tabellen aufzeigen.

1.2 Prognosemodell für Nervenärzte

1.2.1 Allgemeine Erläuterungen zum Prognosemodell für Nervenärzte

Die Vorausschätzung des zukünftigen Bestandes an Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie erfordert die Erfassung der Zu- und Abgänge vom Ausgangszeitpunkt bis zum Prognosezeitpunkt [1]).

Der Ausgangspunkt des Prognosemodells ist der gegebene Bestand an Nervenärzten. Dieser Bestand wird in der Prognose entsprechend der natürlichen Bevölkerungsentwicklung aufgrund der altersspezifischen Überlebensquoten und entsprechend der zu erwartenden Entwicklung der Studenten der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" sowie der Facharztanerkennungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Neurologie fortgeschrieben.

Ausgangszeitpunkt der Projektion ist der 30. Mai 1973 (= Stichtag der Erhebung der Sachverständigen-Kommission).

Die Ermittlung des voraussichtlichen zukünftigen Bestandes an Nervenärzten für den Prognosezeitraum bis zum Jahre 2000 erfordert zwei Schritte:

1. Fortschreibung des jetzigen Bestandes = Restangebot

[1]) Vgl. hierzu: Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft: Angebot und Bedarf an hochqualifizierten Arbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland bis 1980, S. 2 f.

2. Projektion des zu erwartenden Neuzugangs = Neuangebot

Die Addition des Restbestandes und der Neuzugänge ergibt das voraussichtliche Gesamtangebot an Nervenärzten zum Prognosezeitpunkt.

1.2.2 Darstellung des Prognosemodells für Nervenärzte 1970 bis 2000

1 Restangebot

Berufstätige Nervenärzte im Jahre 1970

× Altersstruktur der erwerbstätigen Fachärzte im Jahre 1970

= Berufstätige Nervenärzte nach fünfjährigen Altersgruppen im Jahre 1970

Berufstätige Nervenärzte im Jahre 1970 in der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre

× Überlebensquote der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre nach der Sterbetafel 1968 bis 1970

= Restbestand der berufstätigen Nervenärzte im Jahre 1975 in der Altersgruppe 35 bis 40 Jahre

× Überlebensquote der Altersgruppe 35 bis 40 Jahre nach der Sterbetafel 1968/1970

= Restbestand der berufstätigen Nervenärzte im Jahr 1980 in der Altersgruppe 40 bis 45 Jahre usw.

Berufstätige Nervenärzte im Jahre 1970 in der Altersgruppe 35 bis 40 Jahre

× Überlebensquote der Altersgruppe 35 bis 40 Jahre nach der Sterbetafel 1968/1970

= Restbestand der berufstätigen Nervenärzte im Jahre 1975 in der Altersgruppe 40 bis 45 Jahre

× Überlebensquote der Altersgruppe 40 bis 45 Jahre nach der Sterbetafel 1968/1970

= Restbestand der berufstätigen Nervenärzte im Jahre 1980 in der Altersgruppe 45 bis 50 Jahre usw.

Berufstätige Nervenärzte im Jahre 1970 in der Altersgruppe 40 bis 45 Jahre usw. wie oben bis zur letzten Altersgruppe

---

Summierung der Restbestände der berufstätigen Nervenärzte über die Altersgruppen 30 bis 35 Jahre bis 65 Jahre und älter

..... für das Jahr 1975

..... für das Jahr 1980

..... für das Jahr 1985

..... für das Jahr 1990

..... für das Jahr 1995

..... für das Jahr 2000

2 Neuangebot

Anzahl der Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden, im Jahre t—13

× Anteil der Studienanfänger an den Personen, die im Laufe des Jahre 19 Jahre alt werden (in %)

× Anteil der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an allen Studienanfängern (in %)

× Anteil der bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" im Jahre t—6 an den Studienanfängern der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" im Jahre t—13 (in %)

= Anzahl der bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" im Jahre t—6

Anzahl der bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" im Jahre t—6

× Anteil der erteilten Approbationen im Jahre t—4 an den bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" im Jahre t—6 (in %)

× Anteil der Facharztanerkennungen im Jahre t an den erteilten Approbationen im Jahre t—4 (in %)

× Anteil der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie im Jahre t an allen Facharztanerkennungen im Jahre t (in %)

= Anzahl der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie (Nervenärzte) im Jahre t in der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre

---

Anmerkung: Unter t ist hierbei das jeweilige variable erste Prognosejahr zu verstehen, für das die Anzahl der Nervenärzte berechnet werden soll. Von diesem jeweiligen Zeitpunkt t aus werden die für die Berechnungsschritte der Prognose benötigten früheren t-Zeitpunkte berechnet, ebenso die nachfolgenden Prognosejahre.

Anzahl der Fachartzanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie (Nervenärzte) in den Jahren t—4 bis t in der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre (t—4 = 1971; 1976; 1981; 1986; 1991; 1996; t = 1975; 1980; 1985; 1990; 1995; 2000)

× Überlebenswahrscheinlichkeit der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre nach der Sterbetafel 1968/70

= Restbestand der Nervenärzte im Jahre t+5 in der Altersgruppe 35 bis 40 Jahre (t+5 = 1980; 1985; 1990; 1995; 2000)

× Überlebenswahrscheinlichkeit der Altersgruppe 35 bis 40 Jahre nach der Sterbetafel 1968/1970

= Restbestand der Nervenärzte im Jahre t+10 in der Altersgruppe 40 bis 45 Jahre (t+10 = 1985; 1990; 1995; 2000)

× Überlebenswahrscheinlichkeit der Altersgruppe 40 bis 45 Jahre nach der Sterbetafel 1968/70

= Restbestand der Nervenärzte im Jahre t+15 in der Altersgruppe 40 bis 50 Jahre t+15 = 1990; 1995; 2000)

× Überlebenswahrscheinlichkeit der Altersgruppe 40 bis 50 Jahre nach der Sterbetafel 1968/1970

= Restbestand der Nervenärzte im Jahre t+20 in der Altersgruppe 50 bis 55 Jahre (t+20 = 1995; 2000)

× Überlebenswahrscheinlichkeit der Altersgruppe 50 bis 55 Jahre nach der Sterbetafel 1968/1970

= Restbestand der Nervenärzte im Jahre t+ 25 in der Altersgruppe 50 bis 60 Jahre (t+25 = 2000)

Summierung der Restbestände der Nervenärzte über die Altersgruppen 30 bis 35 Jahre bis 55 bis 60 Jahre

..... für das Jahr 1975 = t
..... für das Jahr 1980 = t+ 5
..... für das Jahr 1985 = t + 10
..... für das Jahr 1990 = t + 15
..... für das Jahr 1995 = t + 20
..... für das Jahr 2000 = t + 25

3. Gesamtangebot

Addition der Restbestände der berufstätigen Nervenärzte über die Altersgruppen 30 bis 35 Jahre bis 65 Jahre und älter (Restangebot) und Addition der Restbestände der Nervenärzte über die Altersgruppen 30 bis 35 Jahre bis 55 bis 60 Jahre (Neuangebot)

..... für das Jahr 1975
..... für das Jahr 1980
..... für das Jahr 1985
..... für das Jahr 1990
..... für das Jahr 1995
..... für das Jahr 2000

1.2.3 Rechnerische Durchführung des Prognosemodells für Nervenärzte 1970 bis 2000

Restangebot — 1

Tätigkeitsbereich der Fachärzte	Anzahl (brutto)	Abzugsposten [2]	Anzahl (netto)
Stationäre Versorgung [1] ..	2 378	120	2 258
Ambulante Versorgung ..	1 000	250	750
Öffentlicher Gesundheitsdienst	250	—	250
Heimsektor	100	—	100
zusammen	3 728	370	3 358

[1] Nach der Erhebung der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland; Stichtag: 30. Januar 1973

[2] Angenommene Zahl von Ärzten, die in diesen Bereichen, aber nicht psychiatrisch tätig sind

Restangebot — 2

Altersstruktur der Erwerbstätigen (einschließlich Medizinalassistenten) mit abgeschlossenem Hochschulstudium der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" 1970

Altersgruppe (in Jahren)	Männer	Frauen	zusammen
	(in %)		
20 bis 25	0,29	1,21	0,52
25 bis 30	10,25	17,41	12,08
30 bis 35	13,12	14,14	13,38
35 bis 40	7,90	7,99	7,92
40 bis 45	8,37	8,81	8,48
45 bis 50	14,43	18,68	15,51
50 bis 55	14,99	10,36	13,81
55 bis 60	14,84	11,34	13,95
60 bis 65	9,33	5,84	8,44
65 und älter ..	6,47	4,22	5,89
zusammen ...	100	100	100

Quelle: Statistisches Bundesamt: Volks- und Berufszählung 1970, bisher unveröffentlichtes Material einer Vorwegaufbereitung

Restangebot — 3

Geschätzte [1] Altersstruktur der erwerbstätigen Fachärzte 1970

Altersgruppe (in Jahren)	Männer	Frauen	zusammen
	(in %)		
30 bis 35	14,67	17,38	15,31
35 bis 40	8,84	9,81	9,07
40 bis 45	9,35	10,83	9,70
45 bis 50	16,13	22,96	17,75
50 bis 55	16,76	12,73	15,80
55 bis 60	16,59	13,93	15,96
60 bis 65	10,43	7,17	9,66
65 und älter ..	7,23	5,18	6,74
zusammen ...	100	100	100

[1] Umrechnung der Altersstruktur aller Ärzte auf die der Fachärzte, da deren spezifische Altersstruktur nicht bekannt ist. Hierbei wird davon ausgegangen, daß die Facharztanerkennung gewöhnlich in der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre erfolgt.

Quelle: Eigene Berechnungen

Restangebot — 4

Geschätzte [1]) Altersstruktur der Fachärzte für Psychiatrie am 30. Mai 1973 (Kombination von Restangebot —1 mit Restangebot —3)

Altersgruppe (in Jahren)	Anzahl der berufstätigen Fachärzte für Psychiatrie am 30. Mai 1973
30 bis 35	514
35 bis 40	305
40 bis 45	326
45 bis 50	509
50 bis 55	531
55 bis 60	536
60 bis 65	324
65 und älter	226
zusammen ...	3358

[1]) Übertragung der Altersstruktur der Fachärzte auf die Zahl der Fachärzte für Psychiatrie, da deren spezifische Altersstruktur nicht bzw. nur in zu breiten Altersgruppen bekannt ist.

Quelle: Eigene Berechnungen

Restangebot — 5

Überlebensquoten

Altersgruppe (in Jahren)	Männer	Frauen	zusammen
20 bis 25	0,99177	0,99703	0,99486
25 bis 30	0,99237	0,99658	0,99391
30 bis 35	0,99118	0,99540	0,99231
35 bis 40	0,98777	0,99274	0,98904
40 bis 45	0,98180	0,98888	0,98367
45 bis 50	0,97126	0,98221	0,97462
50 bis 55	0,95461	0,97374	0,95826
55 bis 60	0,92507	0,96137	0,93259
60 bis 65	0,87231	0,93625	0,88358
65 bis 70	0,79554	0,89030	0,81283

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1973, S. 61, Tabelle 9; eigene Berechnungen

Restangebot — 6

Fortschreibung der berufstätigen Fachärzte für Psychiatrie am 30. Mai 1973 mit Hilfe der Überlebenswahrscheinlichkeiten für fünfjährige Altersgruppen 1973 bis 2000

(Kombination von Restangebot —4 mit Restangebot —5)

Altersgruppe (in Jahren)	Anfangsbestand am 30. Mai 1973	Restbestand (jeweils am Jahresende)					
		1975	1980	1985	1990	1995	2000
30 bis 35	514	247					
35 bis 40	305	411	245				
40 bis 45	326	313	406	242			
45 bis 50	596	450	308	399	238		
5o bis 55	531	553	439	300	389	232	
55 bis 60	536	514	530	421	287	373	222
60 bis 65	324	408	479	494	393	268	348
65 und älter	226	249	361	423	436	347	237
zusammen	3 358	3 145	2 768	2 279	1 743	1 220	807

Quelle: Eigene Berechnungen

Neuangebot — 1

Anteil (in %) der Studienanfänger an den Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden, 1960 bis 1974

Jahr	Anzahl der Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden (in 1 000)	Anzahl der deutschen und ausländischen Studienanfänger (in 1 000)	Anteil der Studienanfänger an den Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden (in %)
1960	978	46,6	*4,8*
1961	795	51,9	*6,5*
1962	818	53,5	*6,5*
1963	794	50,6	*6,4*
1964	586	49,3	*8,4*
1965	681	46,9	*6,9*
1966	722	61,5	*8,5*
1967	762	56,5	*7,4*
1968	795	68,6	*8,6*
1969	790	69,2	*8,8*
1970	770	67,8	*8,8*
1971	777	74,9	*9,6*
1972	769	82,8	*10,8*
1973	790	86,5	*10,9*
1974	791	93,3	*11,8*

Quelle: Statistisches Bundesamt: Vorausschätzung der Bevölkerung für die Jahre 1966 bis 2000, Sonderbeitrag, Fachserie A 1, S. 20 und S. 33;
Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft: Grunddaten, Ausgabe 1974, S. 22;
Eigene Berechnungen

Neuangebot — 2

Anteil der Studienanfänger an den Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden

Jahr	Empirische Werte	Gleitende 3er ∅	Gleitende 5er ∅
1960	4,8	.	.
1961	6,5	5,9	.
1962	6,5	6,5	6,5
1963	6,4	7,1	6,9
1964	8,4	7,2	7,3
1965	6,9	7,9	7,5
1966	8,5	7,6	8,0
1967	7,4	8,2	8,0
1968	8,6	8,3	8,4
1969	8,8	8,7	8,6
1970	8,8	9,1	9,3
1971	9,6	9,7	9,8
1972	10,8	10,4	10,4
1973	10,9	11,2	.
1974	11,8		.
	Projektion		
	niedrig	mittel	hoch
1975	12,0	12,10	15,0
1976	12,2	12,55	18,0
1977	12,4	13,00	21,0
1978	12,6	13,45	24,0
1979	12,8	13,90	27,0
1980	13,0	14,35	30,0
1981	13,2	14,80	30,0
1982	13,4	15,25	30,0
1983	13,6	15,70	30,0
1984	13,8	16,15	30,0
1985	14,0	16,60	30,0
1986	14,2	17,05	30,0
1987	14,4	17,50	30,0

Anmerkung:

Bei den Projektionswerten sind im folgenden immer 3 Varianten unterschieden. Gerechnet wird immer mit der mittleren Variante, die im allgemeinen eine Extrapolation des durch die gleitenden Dreier- und Fünferdurchschnitte erkennbaren Trends ist, also in etwa eine Verlängerung der bei den gleitenden Dreier- und Fünferdurchschnitten erkennbaren Entwicklung in die Zukunft hinein.

Berechnung der gleitenden Dreierdurchschnitte:

$$\frac{\text{Summe der empirischen Werte für 3 aufeinander folgende Jahre}}{3}$$

Der Sinn dieser Berechnung ist die Ausschaltung zufälliger Schwankungen und die Herausarbeitung eines Trends. Nachteilig ist, daß am Anfang und am Ende je ein Wert nicht berechnet werden kann.

Berechnung der gleitenden Fünferdurchschnitte:

$$\frac{\text{Summe der empirischen Werte für 5 aufeinander folgende Jahre}}{5}$$

Durch diese Berechnungsform werden Zufallsschwankungen noch besser ausgeschaltet, die Herausarbeitung eines Trends wird erleichtert. Nachteilig ist, daß am Anfang und am Ende je zwei Werte nicht berechnet werden können.

Neuangebot — 3

Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden, 1975 bis 1987

Jahr	Anzahl der Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden (in 1 000)
1975	825
1976	855
1977	870
1978	917
1979	933
1980	973
1981	980
1982	1 016
1983	1 026
1984	1 008
1985	1 015
1986	987
1987	940

Quelle: Statistisches Bundesamt: Vorausschätzung der Bevölkerung für die Jahre 1966 bis 2000, Sonderbeitrag, Fachserie A 1, S. 33;
Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1973, S. 54; eigene Berechnungen

Neuangebot — 4

Anteil der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an allen Studienanfängern (in %) 1960 bis 1974

Jahr [1]	Deutsche und ausländische Studienanfänger (in 1 000)	Deutsche und ausländische Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" (in 1 000) [2]	Anteil der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an allen Studienanfängern (in %)
1960	46,6	5,9	12,7
1961	51,9	6,6	12,7
1962	53,5	6,6	12,3
1963	50,6	5,0	9,9
1964	49,3	5,2	10,5
1965	46,9	5,7	12,2
1966	61,5	5,2	8,5
1967	56,5	5,0	8,8
1968	68,6	4,9	7,1
1969	69,2	4,7	6,8
1970	67,8	5,1	7,5
1971	74,9	5,6	7,5
1972	82,8	6,3	7,6
1973 [3]	86,5	6,7	7,7
1974 [3]	93,3	6,9	7,4

[1] Studienjahr = jeweils Sommersemester und folgendes Wintersemester
[2] Zulassungen nach Angaben der Zentralen Registrierstelle
[3] geschätzte Zahlen

Quelle: Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft: Grunddaten, Ausgabe 1974, S. 22; eigene Berechnungen

Neuangebot — 5

Anteil der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an allen Studienanfängern

Jahr	Empirische Werte	Gleitende 3er ∅	Gleitende 5er ∅
1960	12,7	.	.
1961	12,7	12,6	.
1962	12,3	11,6	11,6
1963	9,9	10,9	11,5
1964	10,5	10,9	10,7
1965	12,2	10,4	10,0
1966	8,5	9,8	9,4
1967	8,8	8,1	8,7
1968	7,1	7,6	7,7
1969	6,8	7,1	7,5
1970	7,5	7,3	7,3
1971	7,5	7,5	7,4
1972	7,6	7,6	7,5
1973	7,7	7,6	.
1974	7,4	.	.
	Projektion		
	niedrig	mittel	hoch
1975	7,5	7,5	7,5
1976	7,3	7,4	7,5
1977	7,1	7,3	7,5
1978	6,9	7,2	7,5
1979	6,7	7,1	7,5
1980	6,5	7,0	7,5
1981	6,3	6,9	7,5
1982	6,1	6,8	7,5
1983	5,9	6,7	7,5
1984	5,7	6,6	7,5
1985	5,5	6,5	7,5
1986	5,3	6,4	7,5
1987	5,1	6,3	7,5

Neuangebot — 6

Projektion der Zahl der deutschen und ausländischen Studienanfänger sowie der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" 1975 bis 1987

Jahr	Anzahl der deutschen und ausländischen Studienanfänger (Mittlere Variante) (in 1 000)	Anteil der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" (Mittlere Variante) (in %)	Anzahl der deutschen und ausländischen Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" (in 1 000)
1975	99,8	7,5	7,5
1976	107,3	7,4	7,9
1977	113,1	7,3	8,3
1978	123,3	7,2	8,9
1979	129,7	7,1	9,2
1980	139,6	7,0	9,8
1981	145,0	6,9	10,0
1982	154,9	6,8	10,5
1983	161,1	6,7	10,8
1984	162,8	6,6	10,7
1985	168,5	6,5	11,0
1986	168,3	6,4	10,8
1987	164,5	6,3	10,4

Quelle: Eigene Berechnungen

Neuangebot — 7

Durchschnittliche Studiendauer in der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" in Fachsemestern

1959/60 bis 1964/65 bzw. Jahren 1970 bis 1974

Zeitpunkt des Studienbeginns	Durchschnittliche Studiendauer in Fachsemestern
WS 1959/60	11,3
WS 1960/61	11,2
WS 1963/64	11,5
WS 1964/65	11,5

Quelle: Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft: Angebot und Bedarf an hochqualifizierten Arbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland bis 1980, S. 60, Tabelle 20

Jahr	Mittlere Studiendauer in Jahren
1970	6,3
1971	6,5
1972	6,7
1973	6,6
1974	6,5

Quelle: Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft: Grunddaten, Ausgabe 1974, S. 30

Neuangebot — 8

Projektion der durchschnittlichen Studiendauer [1] in der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" in Fachsemestern und Jahren

Niedriger Wert	12	Fachsemester = 6 Jahre
Mittlerer Wert	13—14	Fachsemester = 7 Jahre
Hoher Wert	15—16	Fachsemester = 8 Jahre

[1] Die Studiendauer in der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" kann sich im Zuge der Neuordnung des Medizinstudiums durch die Integrierung der praktischen Ausbildung in das Studium verlängern, da bisher die Medizinalassistentenzeit nicht in die Studiendauer eingerechnet wurde.

Neuangebot — 9

Anteil der Hochschulabsolventen mit bestandenem Examen an den Studienanfängern in der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" 1960/67 bis 1962/69

Jahr	Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin"	Jahr	Bestandene Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" [1]
1960	5 900	1967	5 241
1961	6 600	1968	4 827
1962	6 600	1969	4 950
Summe	19 100	Summe	15 018

Zeitraum	Erfolgsquote (in %)		
1960—67	88,8	78,6 % [2]	Erfolgsquote = Summenwert der Studienanfänger 1960 bis 1962 / Summenwert der Staatsexamina 1967 bis 1969
1961—68	73,1		
1962/69	75,0		

[1] Bei den statistisch erhobenen Zahlen fehlen die Angaben für das Land Schleswig-Holstein, diese Werte wurden hinzugeschätzt.

[2] Eine Erfolgsquote von 78 % in der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" wurde auch errechnet in: Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft: Angebot und Bedarf an hochqualifizierten Arbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland bis 1980, S. 66, Tabelle 22

Quelle: Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft: Grunddaten, Ausgabe 1974, S. 22;
Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 10 V: Studenten an Hochschulen;
eigene Berechnungen

Neuangebot — 10

Projektion der Erfolgsquoten im Studienfach „Allgemeine Medizin"

Niedriger Wert	75 %
Mittlerer Wert	80 %
Hoher Wert	85 % [1]

[1] Mc Kinsey geht in seiner Studie von einer durchschnittlichen Erfolgsquote von 85 % aus.

Quelle: Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft: Ausbildungsbedarf für Mediziner bis zum Jahr 2000, S. 43

Neuangebot — 11

Projektion der Anzahl der bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" 1970 bis 1994

Jahr	Anzahl der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" (in 1 000)	Durchschnittliche Studiendauer (in Jahren)	Erfolgsquote (in %)	Jahr	Anzahl der bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" (in 1 000)
1963	5,0	7	*80*	1970	4,00
1964	5,2	↓	↓	1971	4,16
1965	5,7			1972	4,56
1966	5,2			1973	4,16
1967	5,0			1974	4,00
1968	4,9			1975	3,92
1969	4,7			1976	3,76
1970	5,1			1977	4,08
1971	5,6			1978	4,48
1972	6,3			1979	5,04
1973	6,7			1980	5,36
1974	6,9			1981	5,52
1975	7,5			1982	6,00
1976	7,9			1983	6,32
1977	8,3			1984	6,64
1978	8,9			1985	7,12
1979	9,2			1986	7,36
1980	9,8			1987	7,84
1981	10,0			1988	8,00
1982	10,5			1989	8,40
1983	10,8			1990	8,64
1984	10,7			1991	8,56
1985	11,0			1992	8,80
1986	10,8			1993	8,64
1987	10,4			1994	8,32

Neuangebot — 12

Anteil der erteilten Arztapprobationen an den bestandenen Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" mit einem Zeitabstand von drei bzw. zwei Jahren [1]) 1960/1963 bis 1969/1971

Jahr	Bestandene Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin"	Jahr	Erteilte Arztapprobationen	Anteil der erteilten Arztapprobationen an den bestandenen Staatsexamina (in %)
1960	2 515	1963	2 231	*88,7*
1961	2 915	1964	2 413	*82,8*
1962 [2])	2 848	1965	2 559	*89,8*
1963 [2])	3 284	1966	2 768	*84,3*
1964	3 886	1967	3 557	*91,5*
1965 [3])	4 891	1968	4 353	*89,0*
1966 [3])	5 598	1969	4 923	*87,9*
1967	5 241	1970 [4])	9 752	*96,9*
1968	4 827			
1969	4 950	1971	5 403	*109,2*
Summe	40 955	Summe	37 959	*92,7* [5]) ≈93 %

[1]) Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Arztapprobation = Medizinalassistentenzeit. Obwohl die Medizinalassistentenzeit nur zwei Jahre bzw. seit 1970 ein Jahr beträgt, wurde als Zeitspanne jeweils ein Jahr mehr bis zur Approbation angenommen. Dies deshalb, weil die Medizinalassistentenzeit sich häufig — aus verschiedenen Gründen (z. B. Wehrdienst) — verlängert, so daß insgesamt verteilt über alle Medizinalassistenten jeweils ein Jahr mehr als vorgeschrieben berücksichtigt wurde.

[2]) Die bestandenen Staatsexamina für 1962 und 1963 enthalten die statistisch erhobenen Werte für das gesamte Bundesgebiet. In allen anderen Jahren wurde das Land Schleswig-Holstein hinzugeschätzt, da diese Angaben nicht erhoben wurden.

[3]) Für das Land Nordrhein-Westfalen wurden die bestandenen Staatsexamina hinzugeschätzt, da diese Angaben 1965 und 1966 nicht erhoben wurden.

[4]) Verkürzung der Medizinalassistentenzeit. Hierdurch ergeben sich auch für das folgende Jahr die hohen Werte als einmalige Auswirkung, die eine Verzerrung bewirkt.

[5]) Berechnung: $\frac{\text{Summenwert der Approbationen 1963—71}}{\text{Summenwert der Staatsexamina 1960—69}}$

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 10 V: Studenten an Hochschulen;
Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens;
eigene Berechnungen

Neuangebot — 13

Projektion der Anzahl der erteilten Arztapprobationen 1973 bis 1996

Jahr	Bestandene Staatsexamina der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" (in 1 000)	Anteil der erteilten Arztapprobationen an den bestandenen Staatsexamina (in %)	Durchschnittliche Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Arztapprobation (in Jahren)	Jahr	Erteilte Arztapprobationen (in 1 000)
1971	4,16	93	2	1973	3,87
1972	4,56	↓	↓	1974	4,24
1973	4,16			1975	3,87
1974	4,00			1976	3,72
1975	3,92			1977	3,65
1976	3,76			1978	3,50
1977	4,08			1979	3,79
1978	4,48			1980	4,17
1979	5,04			1981	4,69
1980	5,36			1982	4,98
1981	5,52			1983	5,13
1982	6,00			1984	5,58
1983	6,32			1985	5,88
1984	6,64			1986	6,18
1985	7,12			1987	6,62
1986	7,36			1988	6,84
1987	7,84			1989	7,29
1988	8,00			1990	7,44
1989	8,40			1991	7,81
1990	8,64			1992	8,04
1991	8,56			1993	7,96
1992	8,80			1994	8,18
1993	8,64			1995	8,04
1994	8,32			1996	7,74

Neuangebot — 14

Anteil der durch die Ärztekammern ausgesprochenen Facharztanerkennungen an allen Arztapprobationen 1961/1965 bis 1969/1973 [1])

Jahr	Anzahl der erteilten Arztapprobationen	Jahr	Anzahl der Facharztanerkennungen	Anteil der Facharztanerkennungen an den Arztapprobationen 4 Jahre zuvor (in %)
1961	1 526	1965	1 744	*114,3*
1962	1 969	1966	1 743	*88,5*
1963	2 231	1967	1 914	*85,8*
1964	2 413	1968	2 081	*86,2*
1965	2 559	1969	2 490	*97,3*
1966	2 768	1970	2 783	*100,5*
1967	3 557	1971	3 069	*86,3*
1968	4 353	1972	3 291	*75,6*
1969	4 923	1973	3 849	*78,2*

[1]) Hierbei wird von einer durchschnittlichen Zeitspanne von vier Jahren zwischen Arztapprobation und Facharztanerkennung ausgegangen.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens; Bundesärztekammer: Statistik der von den Ärztekammern ausgesprochenen Facharztanerkennungen; eigene Berechnungen

Neuangebot — 15

Anteil der Facharztanerkennungen an den Arztapprobationen vier Jahre zuvor

Jahr	Empirische Werte	Gleitende 3er ∅	Gleitende 5er ∅	
1961/1965	114,3	.	.	
1962/1966	88,5	96,2	.	
1963/1967	85,8	86,8	94,4	
1964/1968	86,2	89,8	91,7	— 2,7
1965/1969	97,3	94,7	91,2	— 0,5
1966/1970	100,5	94,7	89,2	— 2,0
1967/1971	86,3	87,5	87,6	— 1,6
1968/1972	75,6	80,0	.	
1969/1973	78,2	.	.	
	Projektion			
	niedrig	mittel	hoch	
1970/1974	80,0	80,0	82,5	
1971/1975	78,0	78,3	82,0	
1972/1976	76,0	76,6	81,5	
1973/1977	74,0	74,9	81,0	
1974/1978	72,0	73,2	80,5	
1975/1979	70,0	71,5	80,0	
1976/1980	68,0	69,8	79,5	
1977/1981	66,0	68,1	79,0	
1978/1982	64,0	66,4	78,5	
1979/1983	62,0	64,7	78,0	
1980/1984	60,0	63,0	77,5	
1981/1985	58,0	61,3	77,0	
1982/1986	56,0	59,6	76,5	
1983/1987	54,0	57,9	76,0	
1984/1988	52,0	56,2	75,5	
1985/1989	50,0	54,5	75,0	
1986/1990	48,0	52,8	74,5	
1987/1991	46,0	51,1	74,0	
1988/1992	44,0	49,4	73,5	
1989/1993	42,0	47,7	73,0	
1990/1994	40,0	46,0	72,5	
1991/1995	38,0	44,3	72,0	
1992/1996	36,0	42,6	71,5	
1993/1997	34,0	40,9	71,0	
1994/1998	32,0	39,2	70,5	
1995/1999	30,0	37,5	70,0	
1996/2000	28,0	35,8	69,5	

Neuangebot — 16

Projektion der Anzahl der Facharztanerkennungen 1971 bis 2000

Jahr	Anzahl der erteilten Arztapprobationen (in 1 000)	Anteil der Facharztanerkennungen an den erteilten Arztapprobationen (in %)	Durchschnittliche Zeitspanne zwischen Arztapprobation und Facharztanerkennung (in Jahren)	Jahr	Anzahl der erteilten Facharztanerkennungen (in 1 000)
1967	3,557	*86,3*	4	1971[1]	3,069
1968	4,353	*75,6*	↓	1972	3,291
1969	4,923	*78,2*	↓	1973	3,849
1970	9,752	*80,0*	↓	1974[2]	7,802
1971	5,403	*78,3*	↓	1975	4,231
1972	4,960	*76,6*	↓	1976	3,799
1973	3,870	*74,9*	↓	1977	2,899
1974	4,240	*73,2*	↓	1978	3,104
1975	3,870	*71,5*	↓	1979	2,767
1976	3,720	*69,8*	↓	1980	2,597
1977	3,650	*68,1*	↓	1981	2,486
1978	3,500	*66,4*	↓	1982	2,324
1979	3,790	*64,7*	↓	1983	2,452
1980	4,170	*63,0*	↓	1984	2,627
1981	4,690	*61,3*	↓	1985	2,875
1982	4,980	*59,6*	↓	1986	2,968
1983	5,130	*57,9*	↓	1987	2,970
1984	5,580	*56,2*	↓	1988	3,136
1985	5,880	*54,5*	↓	1989	3,205
1986	6,180	*52,8*	↓	1990	3,263
1987	6,620	*51,1*	↓	1991	3,383
1988	6,840	*49,4*	↓	1992	3,379
1989	7,290	*47,7*	↓	1993	3,477
1990	7,440	*46,0*	↓	1994	3,422
1991	7,810	*44,3*	↓	1995	3,460
1992	8,040	*42,6*	↓	1996	3,425
1993	7,960	*40,9*	↓	1997	3,256
1994	8,180	*39,2*	↓	1998	3,207
1995	8,040	*37,5*	↓	1999	3,015
1996	7,740	*35,8*	↓	2000	2,771

[1]) Für die Jahre 1971 bis 1973 wurden die bereits vorliegenden statistischen Werte eingesetzt. Die eigentliche Projektion beginnt erst ab 1974.

[2]) Die außergewöhnlich hohe Anzahl der Facharztanerkennungen im Jahre 1974 ist kein Rechenfehler, sondern die mit dem zeitlichen Abstand von vier Jahren folgende Auswirkung der Verkürzung der Medizinalassistentenzeit im Jahre 1970 und der daraus sich ergebenden hohen Anzahl der Arztapprobationen. Da es sich hier nur um einen einmaligen Effekt handelt, sinken im folgenden die Zahlen sofort wieder stark ab.

Neuangebot — 17

Anteil der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie an den Facharztanerkennungen insgesamt 1961 bis 1973

Jahr	Anzahl der Facharztanerkennungen		Anteil der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie (in %)
	insgesamt	darunter für Psychiatrie und Neurologie	
1961	2 126	157	*7,38*
1962	1 677	106	*6,32*
1963	1 590	96	*6,04*
1964	1 662	112	*6,74*
1965	1 744	107	*6,14*
1966	1 743	107	*6,14*
1967	1 914	141	*7,37*
1968	2 081	135	*6,49*
1969	2 490	174	*6,99*
1970	2 783	206	*7,40*
1971	3 069	245	*7,98*
1972	3 291	212	*6,44*
1973	3 849	264	*6,86*

Quelle: Bundesärztekammer: Statistik der von den Ärztekammern ausgesprochenen Facharztanerkennungen; eigene Berechnungen

Neuangebot — 18

Projektion des Anteils der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie an den Facharztanerkennungen insgesamt

Jahr	Empirischer Wert	Gleitender 3er ϕ	Gleitender 5er ϕ
1961	7,38	.	.
1962	6,32	6,58	.
1963	6,04	6,37	6,52
1964	6,74	6,31	6,28
1965	6,14	6,34	6,49
1966	6,14	6,55	6,58
1967	7,37	6,67	6,63
1968	6,49	6,95	6,88
1969	6,99	6,96	7,25
1970	7,40	7,46	7,06
1971	7,98	7,27	7,13
1972	6,44	7,09	.
1973	6,86	.	.

Durchschnittswert 1961 bis 1973:

$$\frac{\text{Summe der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie 1961 bis 1973}}{\text{Summe der Facharztanerkennungen 1961 bis 1973}} = \frac{2\,062}{30\,019} = 6{,}87\,\%$$

Projektion für 1974 bis 2000:

Niedriger Wert	Mittlerer Wert	Hoher Wert
6 %	*7 %*	*8 %*

Neuangebot — 19

Projektion der Anzahl der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie 1971 bis 2000

Jahr	Anzahl der Facharzt-anerken-nungen	Anteil der Facharzt-anerken-nungen für Psychiatrie und Neu-rologie an allen Fach-arztanerken-nungen (in %)	Anzahl der Facharzt-anerken-nungen für Psychiatrie und Neurologie
1971 [1]	3 069	*7,98*	2 45
1972	3 291	*6,44*	2 12
1973	3 849	*6,86*	2 64
1974 [2]	7 802	*7,00*	5 46
1975	4 231	*7,00*	2 96
1976	3 799	*7,00*	2 66
1977	2 899	*7,00*	2 03
1978	3 104	*7,00*	2 17
1979	2 767	*7,00*	1 94
1980	2 597	*7,00*	1 82
1981	2 486	*7,00*	1 74
1982	2 324	*7,00*	1 63
1983	2 452	*7,00*	1 72
1984	2 627	*7,00*	1 84
1985	2 875	*7,00*	2 01
1986	2 968	*7,00*	2 08
1987	2 970	*7,00*	2 08
1988	3 136	*7,00*	2 20
1989	3 205	*7,00*	2 24
1990	3 263	*7,00*	2 28
1991	3 383	*7,00*	2 37
1992	3 379	*7,00*	2 37
1993	3 477	*7,00*	2 43
1994	3 422	*7,00*	2 40
1995	3 460	*7,00*	2 42
1996	3 425	*7,00*	2 40
1997	3 256	*7,00*	2 28
1998	3 207	*7,00*	2 24
1999	3 015	*7,00*	2 11
2000	2 771	*7,00*	1 94

[1] Für die Jahre 1971 bis 1973 wurden die bereits vorliegenden statistischen Werte eingesetzt. Die eigentliche Projektion beginnt erst ab 1974.

[2] Die außergewöhnlich hohe Anzahl der Fachtarztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie im Jahre 1974 beruht auf denselben Ursachen wie die der Facharztanerkennungen allgemein. Vgl. hierzu Anmerkung [2] zu Neuangebot — 16. Da es sich auch hier nur um einen einmaligen Effekt handelt, sinken im folgenden die Zahlen sofort wieder stark ab.

Neuangebot — 20

Projektion des Neuzugangs an Fachärzten für Psychiatrie vom 30. Mai 1973 bis zum Jahre 2000

Zeitraum [1]	Neuzugang an Fachärzten für Psychiatrie	
	im jeweiligen Zeitraum [2]	kumuliert
30. Mai 1973 bis 1975	996	996
1976 bis 1980	1 026	2 058
1981 bis 1985	894	2 952
1986 bis 1990	1 088	4 040
1991 bis 1995	1 199	5 239
1996 bis 2000	1 097	6 336

[1] Mit Ausnahme des 30. Mai 1973 jeweils von Jahresanfang 19.. bis Jahresende 19..

[2] Für die einzelnen Zeiträume kumulierte Werte von Neuangebot — 19; die Neuzugänge des Jahres 1973 wurden mit $^{7}/_{12}$ berücksichtigt.

Neuangebot — 21

Fortschreibung des Neuzugangs an Fachärzten für Psychiatrie von 1975 bis 2000 mit Hilfe der Überlebenswahrscheinlichkeiten für fünfjährige Altersgruppen (Kombination von Neuangebot — 20 mit Restangebot — 5)

Altersgruppe in Jahren (in Jahren)	Restbestand aus den Neuzugängen (jeweils am Jahresende)					
	1975	1980	1985	1990	1995	2000
30 bis 35	996	1 062	894	1 088	1 199	1 097
35 bis 40	.	988	1 054	887	1 080	1 190
40 bis 45	.	.	977	1 042	877	1 068
45 bis 50	.	.	.	961	1 025	863
50 bis 55	.	.	.	.	937	999
55 bis 60	.	.	.	.	.	898
zusammen . . .	996	2 050	2 925	3 978	5 118	6 115

Quelle: Eigene Berechnungen

Gesamtangebot

(Restangebot —6 + Neuangebot —21)

Projektion des Bestandes an berufstätigen Fachärzten für Psychiatrie 1975 bis 2000 (jeweils Jahresende)

Zeitpunkt (jeweils Jahresende)	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	996	4 141
1980	2 768	2 050	4 818
1985	2 279	2 925	5 204
1990	1 743	3 987	5 721
1995	1 220	5 118	6 338
2000	807	6 115	6 922

1.3 Varianten zum Prognosemodell für Nervenärzte

Allgemeine Erläuterungen

Die Prognosevarianten für Nervenärzte stehen in engem Zusammenhang mit dem ausführlich dargelegten Prognosemodell; an der Struktur des Modells wurde nichts geändert. Bei den Varianten wurden jedoch nicht mehr die einzelnen Berechnungsschritte und -ergebnisse ausgewiesen, sondern — der Übersichtlichkeit halber — nur noch die Endergebnisse (Restangebot + Neuangebot = Gesamtangebot) aufgeführt.

Bei jeder Prognosevariante wurden die Eingabewerte nur eines bestimmten Rechenschrittes im Vergleich zu den Berechnungen in der Hauptvariante geändert. Soweit bereits „niedrige" und „hohe" Projektionswerte dort ausgeführt wurden, wurden diese bei den jeweiligen Varianten zugrundegelegt; soweit noch keine „niedrigen" und „hohen" Projektionswerte angegeben wurden, wurden sie ergänzend hinzugefügt.

Da es unwahrscheinlich ist, daß die Projektionswerte bei allen Rechenschritten des Modells in der gleichen Richtung von der mittleren Hauptvariante abweichen, wurde bei einer Prognosevariante nur ein Rechenschritt isoliert in der „niedrigen" bzw. „hohen" Variante geändert unter Beibehaltung der mittleren Projektionswerte für alle anderen Rechenschritte. Dadurch ist es möglich, den Einfluß veränderter Werte jeweils bei einer bestimmten Einflußgröße in seiner Auswirkung auf die Angebotszahlen isoliert für sich zu beurteilen.

Allerdings ist es nicht möglich, die Auswirkungen der Veränderung bei zwei oder mehr Einflußgrößen dadurch zu ermitteln, daß man die Differenzen zu den Angebotsgrößen der mittleren Variante addiert; auch eine rein multiplikative Verknüpfung ist nicht möglich. Der Grund liegt in der Struktur des Prognosemodells, das neben vielen multiplikativen Verknüpfungen auch additive Rechenschritte enthält. Genau läßt sich die Auswirkung einer kombinierten Änderung der Projektionswerte bei mehr als einem Rechenschritt also nur durch ein erneutes Durchrechnen des Modells mit allen veränderten Werten angeben. Bei manchen Rechenschritten kann allerdings die Auswirkung einer Variation der Projektionswerte auf das Neuangebot ziemlich genau abgeschätzt werden, so daß dann nur noch die Addition des geschätzten Neuangebots zum Restangebot durchzuführen ist, um eine neue Prognosevariante zu vervollständigen.

Zum Neuangebot an Nervenärzten wurden zu allen Projektionswerten, die im Prognosemodell angelegt und ausgeführt sind, je zwei Varianten berechnet.

1. Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden:

   Da der Prognosezeitraum bis zum Jahr 2000 reicht, ein Nervenarzt aber in der Regel bei der Anerkennung zum Facharzt kaum jünger als 30 Jahre sein kann, spielen hier nur die Geburtsjahrgänge bis 1970 eine Rolle. Die Stärke der Geburtsjahrgänge braucht somit nicht vorausgeschätzt zu werden, wodurch sich hier eine Prognosevariante erübrigt.

2. Anteil der Studienanfänger an den Personen, die im Laufe des Jahres 19 Jahre alt werden:

   Die künftige Entwicklung dieser Größe ist vor allem abhängig von der Bildungspolitik. Die empirischen Werte dieser Einflußgröße bis 1974 beeinflussen die Prognosewerte — bedingt durch den angenommenen time-lag von durchschnittlich 13 Jahren zwischen Studienbeginn und Facharztanerkennung — bis 1987. Die Variation dieser Größe durch Einsetzen der niedrigen bzw. hohen Projektionswerte ab 1975 verändert die Werte für das Neuangebot und somit das Gesamtangebot an Nervenärzten also erst ab 1988.

3. Anteil der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an allen Studienanfängern:

   Für die Stellung dieser Einflußgröße im Prognosemodell gelten die obigen Ausführungen gleichermaßen. Auch hier ergibt sich bei einer sofortigen Änderung dieser Größe durch den time-lag eine Beeinflussung der Werte des Neuangebots erst ab 1988.

4. Durchschnittliche Studiendauer in der Fachrichtung „Allgemeine Medizin":

   Eine Variation dieser Größe ist von relativ geringem Einfluß auf das Neuangebot und damit auch das Gesamtangebot an Nervenärzten. Eine Verkürzung bzw. Verlängerung der Studiendauer um ein Jahr, die für den gesamten Prognosezeitraum als schlagartig gegeben angenommen wird, würde dazu führen, daß das Neuangebot an Nervenärzten in jedem Zeitpunkt des gesamten Zeitraums um einen „Jahrgang" Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie höher bzw. niedriger liegen würde, weil diese im Durchschnitt dann ein Jahr früher bzw. später ihre Facharztanerkennung erreichen. Dementsprechend ist in jedem Zeitpunkt eine Variation des Gesamtangebots um einen Jahrgang mehr bzw. weniger an Nervenärzten zu verzeichnen.

5. Erfolgsquote im Studienfach „Allgemeine Medizin:

   Die Stellung dieser Einflußgröße im Prognosemodell ist rechnerisch ähnlich der unter Punkt 2. und 3. aufgeführten Größen, mit dem Unterschied, daß hier der time-lag bis zur Facharztanerkennung nicht mehr 13, sondern durchschnittlich nur noch sechs Jahre beträgt. Da hier die empirischen Werte jedoch nur bis 1969 vorlagen, beginnt der Zeitpunkt der Prognose und damit auch der Variationen hier früher als bei den Studienanfängern, nämlich schon 1970, so daß eine Veränderung der Werte des Neuzugangs an Nervenärzten bereits ab 1976 eintritt. Da bezüglich der Erfolgsquote jedoch schon unterschiedliche empirische Werte ermittelt wurden (siehe Anmerkung zu Neuangebot — 9 und — 10), schien es uns zulässig, die Variation mit unterschiedlichen Projektionswerten schon ab 1969 beginnen zu lassen, um so schon ab 1975 die Auswirkung einer Veränderung dieser Größe auf das Gesamtangebot an Nervenärzten aufzeigen zu können.

6. Anteil der erteilten Arztapprobationen an den bestandenen Staatsexamina:

   Auch die Stellung dieser Einflußgröße im Prognosemodell ist rechnerisch die gleiche wie die des Anteils der Studienanfänger, mit dem Unterschied, daß hier der time-lag bis zur Facharztanerkennung nicht mehr 13, sondern nur noch durchschnittlich 4 Jahre beträgt. Eine Änderung dieser Größe ab 1970 — obwohl für die Jahre 1970 und 1971 bereits auf empirischen Daten beruhende Anteilswerte vorliegen, wurden die Prognosevariationen schon ab 1970 berechnet, da durch die Auswirkung der Verkürzung der Medizinalassistentenzeit die Werte für 1970 und 1971 ohnehin verzerrt wurden — beeinflußt die Werte für das Neuangebot wie das Gesamtangebot an Nervenärzten schon ab 1974

7. Durchschnittliche Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Arztapprobation:

   Hier gelten die Ausführungen zu Punkt 4. entsprechend, d. h. in jedem Zeitpunkt der Prognosevariationen erhöht bzw. verringert sich das Neuangebot an Nervenärzten um einen Jahrgang.

8. Anteil der Facharztanerkennungen an den Arztapprobationen:

   Die Stellung dieser Einflußgröße im Prognosemodell ist wiederum rechnerisch gesehen ähnlich wie die des Anteils der Studienanfänger. Der Unterschied besteht darin, daß hier kein time-lag bis zur Facharztanerkennung mehr besteht. Eine Änderung dieser Größe wirkt sich somit sofort aus auf die Zahlen für das Neuangebot wie das Gesamtangebot an Nervenärzten.

9. Durchschnittliche Zeitspanne zwischen Arztapprobation und Facharztanerkennung:

   Hier gelten die Ausführungen zu Punkt 4. entsprechend, d. h. in jedem Zeitpunkt der Prognosevariationen erhöht bzw. verringert sich das Neuangebot an Nervenärzten um einen Jahrgang.

10. Anteil der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie an den Facharztanerkennungen insgesamt:

    Die rechnerische Stellung dieser Einflußgröße im Prognosemodell ist die gleiche wie die zu Punkt 8. aufgeführte. Auch hier besteht kein time-lag mehr. Eine Änderung dieser Größe bewirkt eine sofortige Änderung der Zahlen für das Neuangebot und damit auch für das Gesamtangebot an Nervenärzten. Im Hinblick auf diese Einflußgröße erscheint eine möglichst kurzfristige Erhöhung des Angebots an Nervenärzten am ehesten möglich durch verstärkte Werbung für die Psychiatrie und verbesserte Bedingungen in diesem Bereich sowie durch den gleichzeitigen Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und der sich mit ihnen befassenden Personen und Institutionen.

1.3.1 Anpassung des Ausgangsbestandes an die Erhebungswerte der Sachverständigen-Kommission

Erhebungswerte der Sachverständigen-Kommission für das Jahr 1972:

Ärzte insgesamt in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Ärzte insgesamt	2 723	
Medizinalassistenten	78	
zusammen ...	2 801	
davon:		
Fachärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie	1 234	1 319
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	85	
Sonstige Ärzte in psychiatrischer Tätigkeit	1 162	
zusammen ...	2 481	
abzüglich:		
Ärzte in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke	103	
Bestand an Ärzten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	2 378	

Prognosevariante 1.(a)

Ausgangsbestand von 2 378 Ärzten in psychiatrischer Tätigkeit in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Ärzten in psychiatrischer Tätigkeit in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	2 183	1 563	3 746
1980	1 865	2 613	4 478
1985	1 452	3 482	4 934
1990	1 072	4 526	5 598
1995	691	5 652	6 343
2000	471	6 627	7 098

Prognosevariante 1.(b)

Ausgangsbestand von 1 319 Nervenärzten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Nervenärzten in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	1 181	1 563	2 744
1980	1 015	2 613	3 628
1985	794	3 482	4 276
1990	589	4 526	5 115
1995	380	5 652	6 032
2000	259	6 627	6 886

Prognosevariante 1.(c)

Altersstruktur der Nervenärzte aufgrund der Erhebungswerte der Sachverständigen-Kommission

Altersgruppe (in Jahren)	lt. Erhebung der Kommission (in %)	Schätzwerte aufgrund der Volkszählungsdaten (in %)
unter 30	0,8	—
30 bis 50	46,0	51,83
50 und älter	53,3	48,16
zusammen ...	100,0 %	100,00 %

Die Abweichung ist so gering, daß es sich nicht lohnt, den Restbestand alternativ auch mit den Erhebungswerten der Sachverständigen-Kommission durchzurechnen.

Dies ergibt sich auch daraus, daß in der Erhebung der Sachverständigen-Kommission nur 3 große Altersgruppen unterschieden wurden, während für die Fortschreibung des Restbestandes die Aufteilung auf

viel differenziertere fünfjährige Altersgruppen erforderlich ist. Dadurch geht der Vorteil der aktuelleren und genaueren Altersstruktur aus der Erhebung der Sachverständigen-Kommission wieder verloren.

1.3.2 Variationen des Anteils der Studienanfänger an den 19jährigen Personen

Prognosevariante 2.(a)

Niedrige Projektionswerte aus Neuangebot —2:

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	996	4 141
1980	2 768	2 050	4 818
1985	2 279	2 925	5 204
1990	1 743	3 959	5 702
1995	1 220	4 989	6 209
2000	807	5 812	6 619

Prognosevariante 2.(b)

Hohe Projektionswerte aus Neuangebot —2:

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	996	4 141
1980	2 768	2 050	4 818
1985	2 279	2 925	5 204
1990	1 743	4 268	6 011
1995	1 220	6 559	7 779
2000	807	8 437	9 244

1.3.3 Variationen des Anteils der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an allen Studienanfängern

Prognosevariante 3.(a)

Niedrige Projektionswerte aus Neuangebot —5:

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	996	4 141
1980	2 768	2 050	4 818
1985	2 279	2 925	5 204
1990	1 743	3 967	5 710
1995	1 220	5 019	6 239
2000	807	5 849	6 656

Prognosevariante 3.(b)

Hohe Projektionswerte aus Neuangebot —5:

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	996	4 141
1980	2 768	2 050	4 818
1985	2 279	2 925	5 204
1990	1 743	3 987	5 730
1995	1 220	5 213	6 433
2000	807	6 374	7 181

1.3.4 Variation bei der durchschnittlichen Studiendauer in der Fachrichtung „Allgemeine Medizin"

Prognosevariante 4.(a)

Niedriger Projektionswert aus Neuangebot — 8:

Studiendauer = 6 Jahre [1])

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	1 216	4 361
1980	2 768	2 270	5 038
1985	2 279	3 145	5 424
1990	1 743	4 198	5 941
1995	1 220	5 338	6 558
2000	807	6 335	7 142

Prognosevariante 4.(b)

Hoher Projektionswert aus Neuangebot — 8:

Studiendauer = 8 Jahre [1])

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	776	3 921
1980	2 768	1 830	4 598
1985	2 279	2 705	4 984
1990	1 743	3 758	5 501
1995	1 220	4 898	6 118
2000	807	5 895	6 702

1.3.5 Variation bei der Erfolgsquote im Studienfach „Allgemeine Medizin"

Prognosevariante 5.(a)

Niedriger Projektionswert aus Neuangebot — 10:

Erfolgsquote = 75 %

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	944	4 089
1980	2 768	1 931	4 699
1985	2 279	2 751	5 030
1990	1 743	3 739	5 482
1995	1 220	4 807	6 027
2000	807	5 742	6 549

Prognosevariante 5.(b)

Hoher Projektionswert aus Neuangebot — 10:

Erfolgsquote = 85 %

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	1 049	4 194
1980	2 768	2 169	4 937
1985	2 279	3 098	5 377
1990	1 743	4 218	5 961
1995	1 220	5 429	6 649
2000	807	6 488	7 295

1.3.6 Variation des Anteils der erteilten Arztapprobationen an den bestandenen Staatsexamina

Prognosevariante 6.(a)

Niedriger Projektionswert zu Neuangebot — 13:

Konstanter Anteilswert von 85 %

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	924	4 069
1980	2 768	1 887	4 655
1985	2 279	2 687	4 966
1990	1 743	3 649	5 392
1995	1 220	4 689	5 909
2000	807	5 598	6 405

Prognosevariante 6.(b)

Hoher Projektionswert zu Neuangebot — 13:

Konstanter Anteilswert von 100 %

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	1 059	4 204
1980	2 768	2 192	4 960
1985	2 279	3 132	5 411
1990	1 743	4 267	6 010
1995	1 220	5 585	6 805
2000	807	6 493	7 300

[1]) Durch die Verkürzung der Studiendauer um ein Jahr kommt ein Jahr zusätzlich/weniger in das Neuangebot. Aus Neuangebot — 19 läßt sich errechnen, daß aus einem Jahrgang 220 Facharztanerkennugen für Psychiatrie und Neurologie resultieren. Das Neuangebot und damit auch das Gesamtangebot erhöhen/verringern sich also insgesamt um 220 Nervenärzte.

1.3.7 Variation bei der durchschnittlichen Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Arztapprobation

Prognosevariante 7.(a)

Niedriger Projektionswert zu Neuangebot — 13:

Zeitspanne = 1 Jahr

Gesamtangebot:

Gleicher Effekt wie in Prognosevariante 4.(a):

Neuangebot und Gesamtangebot erhöhen sich um 220 Nervenärzte; siehe Tabelle zu Prognosevariante 4(a).

Prognosevariante 7.(b)

Hoher Projektionswert zu Neuangebot — 13:

Zeitspanne = 3 Jahre

Gesamtangebot:

Gleicher Effekt wie in Prognosevariante 4.(b):

Neuangebot und Gesamtangebot verringern sich um 220 Nervenärzte; siehe Tabelle zu Prognosevariante 4.(b).

1.3.8 Variation des Anteils der Facharztanerkennung an den Artzapprobationen

Prognosevariante 8.(a)

Niedrige Projektionswerte aus Neuangebot — 15:

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	995	4 140
1980	2 768	2 032	4 800
1985	2 279	2 869	5 148
1990	1 743	3 843	5 586
1995	1 220	4 842	6 062
2000	807	5 643	6 450

Prognosevariante 8.(b)

Hohe Projektionswerte aus Neuangebot — 15:

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	1 027	4 172
1980	2 768	2 185	4 953
1985	2 279	3 245	5 524
1990	1 743	4 677	6 420
1995	1 220	6 428	7 648
2000	807	8 235	9 042

1.3.9 Variation bei der durchschnittlichen Zeitspanne zwischen Arztapprobation und Facharztanerkennung

Prognosevariante 9.(a)

Niedriger Projektionswert zu Neuangebot — 16:

Zeitspanne = 3 Jahre

Gesamtangebot:

Gleicher Effekt wie in Prognosevariante 4.(a):

Neuangebot und Gesamtangebot erhöhen sich um 220 Nervenärzte; siehe Tabelle zu Prognosevariante 4.(a).

Prognosevariante 9.(b)

Hoher Projektionswert zu Neuangebot — 16:

Zeitspanne = 5 Jahre

Gesamtangebot:

Gleicher Effekt wie in Prognosevariante 4.(b):

Neuangebot und Gesamtangebot verringern sich um 220 Nervenärzte; siehe Tabelle zu Prognosevariante 4.(b).

1.3.10 Variation des Anteils der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie an den Facharztanerkennungen insgesamt

Prognosevariante 10.(a)

Niedriger Projektionswert aus Neuangebot — 18:

Konstanter Anteilswert von 6 %

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	876	4 021
1980	2 768	1 779	4 547
1985	2 279	2 528	4 807
1990	1 743	3 430	5 173
1995	1 220	4 407	5 627
2000	807	5 260	6 067

Prognosevariante 10.(b)

Hoher Projektionswert aus Neuangebot — 18:

Konstanter Anteilswert von 8 %

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an berufstätigen Nervenärzten 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	3 145	1 116	4 261
1980	2 768	2 320	5 088
1985	2 279	3 320	5 599
1990	1 743	4 524	6 267
1995	1 220	5 827	7 047
2000	807	6 966	7 773

1.4 Vergleich von Bedarf und Gesamtangebot an Nervenärzten

Bei dem Vergleich von Bedarf und Angebot an Nervenärzten wurden die Bedarfs- und Angebotszahlen so zueinander in Beziehung gesetzt, daß für jede Projektionsvariante für alle Zeitpunkte des Projektionszeitraumes der jeweils erreichte Grad der Bedarfsdeckung in der psychiatrischen Versorgung ermittelt wurde. Dabei wurde bei den in den Projektionsvarianten berechneten Zahlen des Neuangebots an Nervenärzten jeweils ein „Malus" von 25 % abgezogen, da nach Angaben der Sachverständigen-Kommission erfahrungsgemäß rd. 25 % der Ärzte, die die Facharztanerkennung für Psychiatrie und/oder Neurologie neu erwerben, rein neurologisch tätig sind und somit nicht für den Bereich der psychiatrischen Versorgung berücksichtigt werden dürfen. Zu diesem um 25 % reduzierten „Neuangebot" wird das gesamte „Restangebot" addiert, um zum Gesamtangebot zu kommen, das für den Bereich der psychiatrischen Versorgung zur Verfügung steht. Der Grad der Bedarfsdeckung wurde jeweils in bezug auf die gesamte (stationäre, teilstationäre und ambulante) Versorgung berechnet, da das Gesamtangebot sowohl die in Krankenhäusern als auch die in freier Praxis tätigen Nervenärzte umfaßt.

Vergleich von Bedarf und Gesamtangebot an Nervenärzten in der Bundesrepublik Deutschland in einem künftigen Versorgungssystem in der Psychiatrie

	Jahr	Gesamtangebot lt. Projektion	Gesamtangebot (nach Abzug von 25 % beim Neuangebot)	Bedarfsdeckung in % für die gesamte Versorgung
1. Bedarf an Nervenärzten in einem künftigen psychiatrischen Versorgungssystem lt. Angaben der Sachverständigenkommission vom 18. Oktober 1974				9 085 = 100 %
2. Gesamtangebot an Nervenärzten in der psychiatrischen Versorgung lt. Projektion des SAB-Instituts				
a) Projektion mit mittleren Projektionswerten	1975	4 141	3 892	*42,8*
	1980	4 818	4 306	*47,4*
	1985	5 204	4 473	*49,2*
	1990	5 721	4 727	*52,0*
	1995	6 338	5 059	*55,7*
	2000	6 922	5 393	*59,4*

*) Die Anpassung des Ausgangsbestandes an die Erhebungswerte der Sachverständigen-Kommission wurde bei der Projektion mit mittleren Projektionswerten vorgenommen (vgl. (a) auf S. 59).

	Jahr	Gesamtangebot lt. Projektion	Gesamtangebot (nach Abzug von 25 % beim Neuangebot)	Bedarfsdeckung in % für die gesamte Versorgung
b) Projektionsvarianten				
1. entfällt *)				
2. Variation des Anteils der Studienanfänger an den 19jährigen Personen				
a) Niedrige Projektions-Werte aus Neuangebot −2	1975	4 141	3 892	42,8
	1980	4 818	4 306	47,4
	1985	5 204	4 473	49,2
	1990	5 702	4 712	51,9
	1995	6 209	4 962	54,6
	2000	6 619	5 166	56,9
b) Hohe Projektionswerte aus Neuangebot −2	1975	4 141	3 892	42,8
	1980	4 818	4 306	47,4
	1985	5 204	4 473	49,2
	1990	6 011	4 944	54,4
	1995	7 779	6 139	67,6
	2000	9 244	7 135	78,5
3. Variationen des Anteils der Studienanfänger der Fachrichtung „Allgemeine Medizin" an allen Studienanfängern				
a) Niedrige Projektionswerte aus Neuangebot −5	1975	4 141	3 892	42,8
	1980	4 818	4 306	47,4
	1985	5 204	4 473	49,2
	1990	5 710	4 718	51,9
	1995	6 239	4 984	54,9
	2000	6 656	5 194	57,2
b) Hohe Projektionswerte aus Neuangebot −5	1975	4 141	3 892	42,8
	1980	4 818	4 306	47,4
	1985	5 204	4 473	49,2
	1990	5 730	4 733	52,1
	1995	6 433	5 130	56,5
	2000	7 181	5 588	61,5
4. Variation bei der durchschnittlichen Studiendauer in der Fachrichtung „Allgemeine Medizin"				
a) Niedriger Projektionswert aus Neuangebot −8 (Studiendauer = 6 Jahre)	1975	4 361	4 057	44,7
	1980	5 038	4 471	49,2
	1985	5 424	4 638	51,1
	1990	5 941	4 892	53,8
	1995	6 558	5 224	57,5
	2000	7 142	5 558	61,2
b) Hoher Projektionswert aus Neuangebot −8 (Studiendauer = 8 Jahre)	1975	3 921	3 727	41,0
	1980	4 598	4 141	45,6
	1985	4 984	4 308	47,4
	1990	5 501	4 562	50,2
	1995	6 118	4 894	53,9
	2000	6 702	5 228	57,5

	Jahr	Gesamtangebot lt. Projektion	Gesamtangebot (nach Abzug von 25 % beim Neuangebot)	Bedarfsdeckung in % für die gesamte Versorgung
5. Variation bei der Erfolgsquote im Studienfach „Allgemeine Medizin"				
a) Niedriger Projektionswert aus Neuangebot −10 (Erfolgsquote = 75 %)	1975	4 089	3 853	*42,4*
	1980	4 699	4 216	*46,4*
	1985	5 030	4 342	*47,8*
	1990	5 482	4 547	*50,0*
	1995	6 027	4 825	*53,1*
	2000	6 549	5 114	*56,3*
b) Hoher Projektionswert aus Neuangebot −10 (Erfolgsquote = 85 %)	1975	4 194	3 932	*43,3*
	1980	4 937	4 395	*48,4*
	1985	5 377	4 603	*50,7*
	1990	5 961	4 907	*54,0*
	1995	6 649	5 292	*58,2*
	2000	7 295	5 673	*62,4*
6. Variation des Anteils der erteilten Arztapprobationen an den bestandenen Staatsexamina				
a) Niedriger Projektionswert zu Neuangebot −13 (Anteil = 85 %)	1975	4 069	3 838	*42,2*
	1980	4 655	4 183	*46,0*
	1985	4 966	4 294	*47,3*
	1990	5 392	4 480	*49,3*
	1995	5 909	4 737	*52,1*
	2000	6 405	5 006	*55,1*
b) Hoher Projektionswert zu Neuangebot −13 (Anteil = 100 %)	1975	4 204	3 939	*43,4*
	1980	4 960	4 412	*48,6*
	1985	5 411	4 628	*50,9*
	1990	6 010	4 943	*54,4*
	1995	6 805	5 409	*59,5*
	2000	7 300	5 677	*62,5*
7. Variation bei der durchschnittlichen Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Arztapprobation				
a) Niedriger Projektionswert zu Neuangebot — 13 (Zeitspanne = 1 Jahr)	1975	4 361	4 057	*44,7*
	1980	5 038	4 471	*49,2*
	1985	5 424	4 638	*51,1*
	1990	5 941	4 892	*53,8*
	1995	6 558	5 224	*57,5*
	2000	7 142	5 558	*61,2*
b) Hoher Projektionswert zu Neuangebot −13 (Zeitspanne = 3 Jahre)	1975	3 921	3 727	*41,0*
	1980	4 598	4 141	*45,6*
	1985	4 984	4 308	*47,4*
	1990	5 501	4 562	*50,2*
	1995	6 118	4 894	*53,9*
	2000	6 702	5 228	*57,5*

	Jahr	Gesamtangebot lt. Projektion	Gesamtangebot (nach Abzug von 25 % beim Neuangebot)	Bedarfsdeckung in % für die gesamte Versorgung
8. Variation des Anteils der Facharztanerkennungen an den Arztapprobationen				
a) Niedrige Projektionswerte aus Neuangebot −15	1975	4 140	3 891	*42,8*
	1980	4 800	4 292	*47,2*
	1985	5 148	4 431	*48,8*
	1990	5 586	4 625	*50,9*
	1995	6 062	4 852	*53,4*
	2000	6 450	5 039	*55,5*
b) Hohe Projektionswerte aus Neuangebot −15	1975	4 172	3 915	*43,1*
	1980	4 953	4 407	*48,5*
	1985	5 524	4 713	*51,9*
	1990	6 420	5 251	*57,8*
	1995	7 648	6 041	*66,5*
	2000	9 042	6 983	*76,9*
9. Variation bei der durchschnittlichen Zeitspanne zwischen Arztapprobation und Facharztanerkennung				
a) Niedriger Projektionswert zu Neuangebot −16 (Zeitspanne = 3 Jahre)	1975	4 361	4 057	*44,7*
	1980	5 038	4 471	*49,2*
	1985	5 424	4 638	*51,1*
	1990	5 941	4 892	*53,8*
	1995	6 558	5 224	*57,5*
	2000	7 142	5 558	*61,2*
b) Hoher Projektionswert zu Neuangebot −16 (Zeitspanne = 5 Jahre)	1975	3 921	3 727	*41,0*
	1980	4 598	4 141	*45,6*
	1985	4 984	4 308	*47,4*
	1990	5 501	4 562	*50,2*
	1995	6 118	4 894	*53,9*
	2000	6 702	5 228	*57,5*
10. Variation des Anteils der Facharztanerkennungen für Psychiatrie und Neurologie an den Facharztanererkennungen insgesamt				
a) Niedriger Projektionswert aus Neuangebot −18 (Anteil = 6 %)	1975	4 021	3 802	*41,8*
	1980	4 547	4 102	*45,2*
	1985	4 807	4 175	*46,0*
	1990	5 173	4 316	*47,5*
	1995	5 627	4 525	*49,8*
	2000	6 067	4 752	*52,3*
b) Hoher Projektionswert aus Neuangebot −18 (Anteil = 8 %)	1975	4 261	3 982	*43,8*
	1980	5 088	4 508	*49,6*
	1985	5 599	4 769	*52,5*
	1990	6 267	5 136	*56,5*
	1995	7 047	5 590	*61,5*
	2000	7 773	6 032	*66,4*

Die Gegenüberstellung der durch das Einsetzen von alternativen Projektionswerten berechneten Prognosevarianten für Nervenärzte zu den von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfsziffern an Nervenärzten für die psychiatrische Versorgung zeigt mit aller Deutlichkeit die enorme Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot im ärztlichen Bereich auf. Durch keine der Variationen von Einflußgrößen wird das Gesamtangebot an Nervenärzten in einer Weise beeinflußt, daß eine Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung im Prognosezeitraum erreicht werden kann. Das bedeutet, daß eine Veränderung der einzelnen Größen, die unter Zugrundelegung der heutigen Ausgangsbedingungen sich in einem von uns als möglich und plausibel erachteten Rahmen bewegen, die voraussichtliche Anzahl an Nervenärzten nicht in einem Ausmaß zu beeinflussen vermag, daß bis zum Jahr 2000 eine adäquate psychiatrische Versorgung im ärztlichen Bereich erzielt werden kann. Dies wäre selbst bei einer kombinierten gleichzeitigen Veränderung mehrerer Faktoren kaum möglich.

Um ein ausreichend großes Angebotspotential an Nervenärzten zu erzielen, wären somit einschneidende gesellschaftspolitische Maßnahmen im Bereich des Bildungs- und Gesundheitswesens erforderlich, um gezielt die aus den momentanen Bedingungen resultierenden voraussichtlichen Entwicklungstendenzen verändern zu können. Neben einer Verbesserung der materiell-baulichen und organisatorischen Bedingungen (= Arbeitsbedingungen) erscheint es dringend erforderlich, das Ansehen der Psychiatrie durch Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken wie der sich mit ihnen befassenden Personen und Institutionen zu verbessern. Eine Erhöhung der Anzahl der Medizinstudenten durch Lockerung des strengen Numerus clausus und Ausbau der Ausbildungskapazitäten ist nur eine notwendige, nicht aber ausreichende Maßnahme zur Behebung des großen Defizits an Nervenärzten. Wichtig ist, daß zusätzlich die Motivation geweckt wird, im psychiatrischen Bereich tätig zu werden, um so den Anteil derer, die eine Facharztanerkennung für Psychiatrie und Neurologie anstreben, entscheidend beeinflussen zu können.

Die Ergebnisse einer Studie über Berufsabsichten und Motivation der deutschen Mediziner [1]) verdeutlichen, daß gerade hier ein „wunder Punkt" besteht. Die Untersuchung erbrachte nämlich u. a., daß 17 % der Medizinstudenten ohne Physikum, 14 % der Medizinstudenten mit Physikum und nur noch 5 % der Medizinalassistenten als Berufsziel anstreben, Psychiater zu werden. Diese Negativentwicklung der Motivation, Psychiater zu werden, im Verlauf der medizinischen Ausbildung zeigte sich auch, als nach den Präferenzen für die verschiedenen Spezialgebiete innerhalb des Medizinerberufs gefragt wurde: unter 10 Rangplätzen lagen die Präferenzen für die Ausübung des Berufs als Psychiater bei den Medizinstudenten im Durchschnitt auf Rangplatz 5, bei den Medizinalassistenten auf Rangplatz 7 und bei den ausgebildeten Ärzten selbst sogar nur noch auf Rangplatz 9. Diese für die Psychiatrie negative Motivationsentwicklung im Verlauf der medizinischen Ausbildung beeinflußt natürlich in starkem Maße die Anzahl derer, die eine Anerkennung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie anstreben und damit auch das Angebot an Nervenärzten für die psychiatrische Versorgung.

[1]) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Berufsabsichten und Motivation der deutschen Mediziner, Schriftenreihe des BMJFG, Band 11, 1973

2 Pflegebereich

2.1 Entwicklungstendenzen im Pflegebereich seit 1960 und jetziger Bestand an Krankenpflegepersonal in der Bundesrepublik Deutschland

Die Situation im Bereich der Krankenpflege hat sich in den letzten Jahren insgesamt zunehmend verbessert. Von 1960 bis jetzt war bei den Krankenpflegepersonen ein Zuwachs von mehr als 75 % zu verzeichnen. [1]) Dieser Zuwachs ist jedoch nicht allen Gebieten der Krankenpflege gleichermaßen zugute gekommen. Während 1971 in den Krankenhäusern insgesamt auf 1 000 Betten 276 Krankenpflegepersonen entfielen, waren es in den psychiatrischen Krankenhäusern nur 201 Krankenpflegepersonen je 1 000 Betten; das sind fast 1/3 weniger als im Durchschnitt aller Krankenhäuser. Noch stärker erweist sich diese Diskrepanz bei den Krankenpflegepersonen in Ausbildung: hier entfielen in den psychiatrischen Krankenhäusern 40 Krankenpflegeschüler(innen) auf 1 000 Betten, während der Durchschnitt aller Krankenhäuser 81 Krankenpflegeschüler(innen) je 1 000 Betten aufwies. Das bedeutet, daß nur etwa 1/12 aller Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Krankenhäusern ausgebildet werden.

Das Krankenpflegepersonal wies 1971 im Durchschnitt folgende Zusammensetzung auf: 68 % Krankenschwestern und -pfleger mit dreijähriger Ausbildung, 14 % Krankenpflegehelfer(innen) mit einjähriger Ausbildung und 18 % Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung. In den psychiatrischen Krankenhäusern dagegen war die qualitative Zusammensetzung des Pflegepersonals folgendermaßen strukturiert: 51 % Krankenschwestern und -pfleger, 19 % Krankenpflegehelfer(innen) und 30 % Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung. Dieser überdurchschnittlich hohe Anteil an unqualifizierten Pflegepersonen deutet auf eine besondere Mangelsituation an qualifizierten Krankenpflegepersonen in der psychiatrischen Versorgung hin.

[1]) Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens, 1972
Die im folgenden aufgeführten Angaben sind ebenfalls entweder direkt dieser Statistik entnommen oder anhand dieser Angaben berechnet worden.

Bezüglich der speziell für die psychiatrische Versorgung eingeführte Qualifikation als Fachkrankenschwester bzw. -pfleger für Psychiatrie mit einer zweijährigen psychiatrischen Zusatzausbildung ist nur durch die Erhebung der Sachverständigen-Kommission bekannt, daß deren Anteil 7,5 % am Krankenpflegepersonal beträgt. Im übrigen gibt es zur Zeit erst 5 Ausbildungsstätten, an denen diese Fachkrankenschwestern bzw. -pfleger für Psychiatrie ausgebildet werden; diese Ausbildungsstätten können pro Jahr jeweils etwa 15 bis 20 Fachkrankenschwestern und -pfleger ausbilden.

Die heutige Situation im Pflegebereich, speziell in den psychiatrischen Krankenhäusern, sollen die folgenden Tabellen aufzeigen.

Berufstätige Krankenpflegepersonen in der Bundesrepublik Deutschland am 31. Dezember 1972

Krankenpflegepersonen (ohne Schüler) insgesamt	229 058
darunter:	
Krankenschwestern bzw. -pfleger	135 429
Kinderkrankenschwestern	18 418
Krankenpflegehelfer(innen)	30 494
Sonstige Pflegekräfte ohne staatl. Prüfung	44 717
Krankenpflegepersonen in Ausbildung (Schüler) insgesamt	53 109
darunter:	
Krankenschwestern bzw. -pfleger	36 492
Kinderkrankenschwestern	9 314
Krankenpflegehelfer(innen)	7 303

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens 1972

Berufstätige Krankenpflegepersonen in der Bundesrepublik Deutschland am 31. Dezember 1971 in den Krankenhäusern

Krankenpflegepersonen	insgesamt		darunter	
	in den Krankenhäusern	je 1 000 Betten	in den psychiatrischen Krankenhäusern [1]	je 1 000 Betten
Krankenpflegepersonen (ohne Schüler) insgesamt	190 750	276,4	22 587	201,2
darunter:				
Krankenschwestern bzw. -pfleger	114 344	165,7	11 395	101,5
davon in der Geisteskrankenpflege [2]	11 778	17,1	9 827 [3]	95,6 [3]
Kinderkrankenschwestern	14 990	21,7	152	1,4
Säuglings- und Kinderpflegerinnen	2 572	3,7	124	1,1
Krankenpflegehelfer(innen)	24 646	35,7	4 170	37,1
davon in der Geisteskrankenpflege [2]	4 190	6,1	3 446 [3]	33,5 [3]
Sonstige Pflegepersonen ohne staatl. Prüfung	34 198	49,5	6 746	60,1
davon in der Geisteskrankenpflege [2]	6 595	9,6	5 747 [3]	55,9 [3]
Krankenpflegepersonen in Ausbildung (Schüler) insgesamt	56 076	81,2	4 533	40,4
darunter:				
Krankenschwestern bzw. -pfleger	36 008	52,2	3 101	27,6
Kinderkrankenschwestern	9 108	13,2	13	0,1
Krankenpflegehelfer(innen)	6 278	9,1	774	6,9
Krankenpflegevorschüler(innen) [3]	4 682	7,5	645	6,3

[1] einschließlich Heil- und Pflegeanstalten
[2] in Bayern ohne die in Akutkrankenhäusern tätigen Personen
[3] ohne Hessen
Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens 1972

Durchschnittliche Zusammensetzung des Krankenhauspersonals am 31. Dezember 1971 in den Krankenhäusern insgesamt und in den psychiatrischen Krankenhäusern (einschließlich Heil- und Pflegeanstalten) nach Qualifikation und Geschlecht

Krankenpflegepersonal	insgesamt in allen Krankenhäusern		speziell in den psychiatrischen Krankenhäusern	
	(in %)	darunter männlich (in %)	(in %)	darunter männlich (in %)
Krankenschwestern bzw. -pfleger	68,0	13,5	51,0	50,5
Krankenpflegehelfer(innen)	14,0	17,0	19,0	34,0
Sonstige Pflegekräfte ohne staatl. Prüfung	18,0	20,5	30,0	34,5

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens 1972; eigene Berechnungen

2.2 Prognosemodell für Krankenpflegepersonen

2.2.1 Darstellung des Prognosemodells für Krankenpflegepersonen 1972 bis 2000

Analog dem Prognosemodell für Nervenärzte erfolgt die Ermittlung des voraussichtlichen Bestandes an Krankenpflegepersonen bis zum Jahre 2000 in zwei Schritten:

1. Fortschreibung des jetzigen Bestandes = Restangebot
2. Projektion des zu erwartenden Neuzuganges = Neuangebot

Die Addition des Restbestandes und der Neuzugänge ergibt das voraussichtliche Gesamtangebot an Krankenpflegepersonen zum Prognosezeitpunkt.

Prognosemodell für Krankenpflegepersonen 1972 bis 2000:

1. Restangebot

Bestand an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen (ohne Personen in Ausbildung) am 30. Mai 1973

X geschätzte Altersstruktur der Krankenpflegepersonen am 30. Mai 1973

= Bestand an Krankenpflegepersonen nach fünfjährigen Altersgruppen am 30. Mai 1973

→ im folgenden altersmäßige Fortschreibung wie im Prognosemodell für Nervenärzte

2. Neuangebot

Anzahl der Personen, die im Jahre t [1]) zur Altersgruppe 17 bis 20 Jahre gehören

X Anteil der Krankenpflegepersonen in Ausbildung an den Personen im Alter von 17 bis 20 Jahren (in %) im Jahre t

X Anteil der Krankenpflegepersonen in Ausbildung in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen am Gesamtbestand der Krankenpflegepersonen in Ausbildung (in %) im Jahre t

X 0,4 (= Anteil der abgeschlossenen Ausbildungen an der Gesamtzahl der Personen in Ausbildung [2])

= Neuzugang an ausgebildeten Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen im Jahre t

Summierung für fünfjährige Altersgruppen und altersmäßige Fortschreibung wie im Prognosemodell für Nervenärzte

[1]) Unter t ist hier die allgemeine Bezeichnung für das variable Prognosejahr zu verstehen (t = 1973; 1974; ....; 2000). Für die Jahre bis 1972 einschließlich liegen empirische Werte vor.

[2]) Der Anteil 0,4 = 40 % ergibt sich aus folgender Überlegung:
Im jeweiligen Bestand von Personen, die sich in der Ausbildung befinden, sind zu unterscheiden die Krankenpfleger und Krankenschwestern mit dreijähriger Ausbildungsdauer, die auf 90 % dieses Bestandes veranschlagt wurden, und die Krankenpflegehelfer und -innen mit einjähriger Ausbildungsdauer, die auf 10 % des Bestandes veranschlagt wurden. Der Anteil 40 % ergibt sich als Summe aus einem Drittel von 90 % = 30 % (= Anteil der Krankenpfleger und -schwestern, die pro Jahr ihre Ausbildung abschließen) und 10 % (es wird angenommen, daß alle Krankenpflegehelfer nach einem Jahr ihre Ausbildung abschließen).
Die zeitlichen Verzögerungen sind — im Gegensatz zum Prognosemodell für die Nervenärzte — vernachlässigt worden, da sie bei den Krankenpflegepersonen nicht ins Gewicht fallen.

2.2.2 Rechnerische Durchführung des Prognosemodells für Krankenpflegepersonen 1972 bis 2000

Restangebot — 1

Personengruppe	Altersgruppe			
	unter 30 Jahre	30 bis 50 Jahre	50 Jahre und älter	zusammen
Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung und sozialpsychiatrischer oder psychiatrischer Zusatzausbildung	403	1 048	448	1 899
Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Anerkennung ohne sozialpsychiatrische oder psychiatrische Zusatzausbildung	2 384	6 135	2 605	11 124
Krankenpfleger und Krankenschwestern mit verwaltungseigener Prüfung ohne staatliches Krankenpflegeexamen	373	1 035	585	1 993
Altenpfleger und -innen	71	136	70	277
Krankenpflegehelfer und -innen	2 138	2 798	912	5 848
Pflegepersonal ohne Ausbildung	2 608	3 279	1 474	7 361
Pflegepersonal in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen (ohne Personen in Ausbildung)	7 977	14 431	6 094	28 502
%	*28,0*	*50,6*	*21,4*	*100*

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission

Restangebot — 2

Geschätzte Altersgliederung nach fünfjährigen Altersgruppen

Altersgruppe (in Jahren)	%	Anzahl
unter 20	*8,4*	2 394
20 bis 25	*11,6*	3 306
25 bis 30	*8,0*	2 280
30 bis 35	*14,7*	4 190
35 bis 40	*11,0*	3 135
40 bis 45	*11,3*	3 221
45 bis 50	*13,6*	3 876
50 bis 55	*5,9*	1 682
55 bis 60	*7,2*	2 052
60 bis 65	*8,3*	2 366
zusammen ...	*100,0*	28 502

Quelle: Erhebung der Sachverständigen-Kommission, kombiniert mit der Altersgliederung der Krankenpflegepersonen aus der Volkszählung 1970 des Statistischen Bundesamtes

Restangebot — 3

Fortschreibung des Bestandes an Krankenpflegepersonen [1]) in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke am 30. Mai 1973 mit Hilfe der Überlebenswahrscheinlichkeiten für fünfjährige Altersgruppen 1973 bis 2000

Altersgruppe (in Jahren)	Anfangsbestand am 30. Mai 1973	Restbestand (jeweils am Jahresende)					
		1975	1980	1985	1990	1995	2000
unter 20	2 394	.	.	.	.	.	.
20 bis 25	3 306	2 388	.	.	.	.	.
25 bis 30	2 280	3 297	2 376	.	.	.	.
30 bis 35	4 190	2 273	3 277	2 362	.	.	.
35 bis 40	3 135	4 173	2 256	3 252	2 344	.	.
40 bis 45	3 221	3 117	4 127	2 231	3 216	2 318	.
45 bis 50	3 876	3 194	3 066	4 060	2 195	3 163	2 280
50 bis 55	1 682	3 825	3 113	2 988	3 957	2 139	3 083
55 bis 60	2 052	1 646	3 665	2 983	2 863	3 792	2 050
60 bis 65	2 366	1 981	1 535	3 418	2 782	2 670	3 536
zusammen ...	28 502	25 894	23 415	21 294	17 357	14 082	10 949

[1]) ohne Personen, die sich in Ausbildung befinden

Neuangebot — 1

Personen, die im jeweiligen Jahr zur Altersgruppe 17 bis 20 Jahre gehören, 1973 bis 2000

Jahr	Anzahl der Personen, die zur Altersgruppe 17 bis 20 Jahre gehören (in 1 000)
1973	3 125
1974	3 175
1975	3 261
1976	3 339
1977	3 468
1978	3 573
1979	3 690
1980	3 800
1981	3 900
1982	3 994
1983	4 030
1984	4 041
1985	3 968
1986	3 822
1987	3 599
1988	3 369
1989	3 110
1990	2 917
1991	2 818
1992	2 739
1993	2 735
1994	2 725
1995	2 720
1996	2 714
1997	2 707
1998	2 680
1999	2 655
2000	2 627

Quelle: Statistisches Bundesamt: Vorausschätzung der Bevölkerung für die Jahre 1966 bis 2000, Sonderbeitrag, Fachserie A 1; eigene Berechnungen

Neuangebot — 2

Anteil der Krankenpflegepersonen in Ausbildung an den Personen im Alter von 17 bis 20 Jahren (in %) 1960 bis 1972

Jahr	Anzahl der Personen im Alter von 17 bis 20 Jahren (in 1 000)	Anzahl der Krankenpflegepersonen in Ausbildung	Anteil der Krankenpflegepersonen in Ausbildung an den Personen im Alter von 17 bis 20 Jahren (in %)
1960	3 904	24 943	*0,64*
1961	3 672	27 386	*0,75*
1962	3 407	27 210	*0,80*
1963	3 011	27 904	*0,93*
1964	2 903	28 660	*0,99*
1965	2 803	30 579	*1,09*
1966	2 751	33 621	*1,22*
1967	2 958	38 277	*1,29*
1968	3 067	42 144	*1,37*
1969	3 115	45 403	*1,46*
1970	3 129	48 262	*1,54*
1971	3 104	51 444	*1,66*
1972	3 105	53 109	*1,71*

Quelle: Statistisches Bundesamt: Vorausschätzung der Bevölkerung für die Jahre 1966 bis 2000, Sonderbeitrag, Fachserie A 1;
Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens; eigene Berechnungen

Neuangebot — 3

Projektion des Anteils der Krankenpflegepersonen in Ausbildung an den Personen im Alter von 17 bis 20 Jahren (in %) 1973 bis 2000

Jahr	Anteil der Krankenpflegepersonen in Ausbildung an den Personen im Alter von 17 bis 20 Jahren (in %)		
	niedrig	mittel	hoch
1973	1,71	1,75	1,79
1974	↓	1,79	1,87
1975		1,83	1,95
1976		1,87	2,03
1977		1,91	2,11
1978		1,95	2,19
1979		1,99	2,27
1980		2,03	2,35
1981		2,07	2,43
1982		2,11	2,51
1983		2,15	2,59
1984		2,19	2,67
1985		2,23	2,75
1986		2,27	2,83
1987		2,31	2,91
1988		2,35	2,99
1989		2,39	3,07
1990		2,43	3,15
1991		2,47	3,23
1992		2,51	3,31
1993		2,55	3,39
1994		2,59	3,47
1995		2,63	3,55
1996		2,67	3,63
1997		2,71	3,71
1998		2,75	3,79
1999		2,79	3,87
2000		2,83	3,95

Neuangebot — 4

Anteil des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Krankenhäusern am Gesamtbestand der Krankenpflegepersonen in Krankenhäusern 1960 bis 1972

Jahr	Anzahl der Krankenpflegepersonen in		Anteil (in %)
	allen Krankenhäusern	psychiatrischen Krankenhäusern	
1960	110 570	14 333	*13,0*
1961	114 595	15 123	*13,2*
1962	119 352	15 905	*13,3*
1963	124 190	16 586	*13,4*
1964	128 862	17 044	*13,2*
1965	133 211	17 195 [1])	*12,9*
1966	139 987	17 680 [1])	*12,6*
1967	145 972	18 312	*12,5*
1968	152 889	19 259	*12,6*
1969	161 607	20 242	*12,5*
1970	175 183	21 860	*12,5*
1971	190 750	22 563	*11,8*
1972	204 450	23 019	*11,3*

[1]) unvollständige Bundessumme

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III: Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens; eigene Berechnungen

Neuangebot — 5

Anteil des Bestandes an Krankenpflegepersonen in Ausbildung in Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern für Psychiatrie am Gesamtbestand an Krankenpflegepersonen in Ausbildung in allen Krankenhäusern

Jahr	Anzahl der Krankenpflegepersonen in Ausbildung		
	in Krankenhäusern insgesamt	in psychiatrischen Krankenhäusern	Anteil (in %)
1971	56 076	4 533	*8,1*
1973	57 289	4 695	*8,2*

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7 III, Krankenhäuser, Berufe des Gesundheitswesens; Erhebung der Sachverständigen-Kommission

Projektion 1973 bis 2000

niedrig	mittel	hoch
6 %	8 %	10 %

Neuangebot — 6

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in Ausbildung in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1972 bis 2000

Jahr	Bestand an Krankenpflegepersonen in Ausbildung in psychiatrischen Krankenhäusern
1972	4 695 [1])
1973	4 375
1974	4 546
1975	4 774
1976	4 995
1977	5 299
1978	5 574
1979	5 874
1980	6 171
1981	6 458
1982	6 742
1983	6 932
1984	7 080
1985	7 079
1986	6 941
1987	6 651
1988	6 334
1989	5 946
1990	5 670
1991	5 568
1992	5 500
1993	5 579
1994	5 646
1995	5 723
1996	5 797
1997	5 869
1998	5 896
1999	5 926
2000	5 947

[1]) Bereits vorliegender empirischer Wert aus der Erhebung der Sachverständigen-Kommission

Neuangebot — 7

Projektion des Neuzuganges an ausgebildeten Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie Heimen und Anstalten 1973 bis 2000

Jahr	Neuzugang
1973 (vom 30. Mai bis 31. Dezember)	1 020 [1])
1974	1 818
1975	1 910
1976	1 998
1977	2 120
1978	2 230
1979	2 350
1980	2 468
1981	2 583
1982	2 697
1983	2 773
1984	2 832
1985	2 832
1986	2 776
1987	2 660
1988	2 534
1989	2 378
1990	2 268
1991	2 227
1992	2 200
1993	2 232
1994	2 258
1995	2 289
1996	2 319
1997	2 348
1998	2 358
1999	2 370
2000	2 379

[1]) Abgeleitet aus den vorliegenden empirischen Werten aus der Erhebung der Sachverständigen-Kommission

Neuangebot — 8

Projektion des Neuzuganges an ausgebildeten Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie Heimen und Anstalten 1973 bis 2000

Zeitraum	Neuzugang an ausgebildeten Krankenpflege-personen in psychiatrischen Krankenhäusern	kumuliert
1973 bis 1975	4 748	4 748
1976 bis 1980	11 166	15 914
1981 bis 1985	13 717	29 631
1986 bis 1990	12 616	42 247
1991 bis 1995	11 206	53 453
1996 bis 2000	11 774	65 227

Neuangebot — 9

Fortschreibung des Neuzuganges an ausgebildeten Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke mit Hilfe der Überlebenswahrscheinlichkeiten für fünfjährige Altersgruppen von 1973 bis 2000

Altersgruppe (in Jahren)	Restbestand aus dem Neuzugang (jeweils am Jahresende)					
	1975	1980	1985	1990	1995	2000
20 bis 25	4 748	11 166	13 717	12 616	11 206	11 774
25 bis 30	.	4 724	11 109	13 646	12 551	11 148
30 bis 35	.	.	4 695	11 041	13 563	12 475
35 bis 40	.	.	.	4 659	10 956	13 459
40 bis 45	.	.	.	.	4 583	10 777
45 bis 50	.	.	.	.	.	4 467
zusammen . . .	4 748	15 890	29 521	41 962	52 859	64 100

Gesamtangebot

(= Restangebot — 3 + Neuangebot — 3)

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke 1975 bis 2000

Jahr	Rest-angebot	Neu-angebot	Gesamt angebot
1975	25 894	4 748	30 642
1980	23 415	15 800	39 305
1985	21 294	29 521	50 815
1990	17 357	41 962	59 319
1995	14 082	52 859	66 941
2000	10 949	64 100	75 049

2.3 Varianten zum Prognosemodell für Krankenpflegepersonen

Allgemeine Erläuterungen

Die Prognosevarianten für Krankenpflegepersonen stehen — wie die für Nervenärzte — in engem Zusammenhang mit dem ausführlich dargelegten Prognosemodell. Auch hier wurden bei den Varianten nicht mehr die einzelnen Berechnungsschritte und -ergebnisse ausgewiesen, sondern — zur besseren Gegenüberstellung — nur noch die Endergebnisse (Restangebot + Neuangebot = Gesamtangebot) aufgeführt.

Bei jeder Prognosevariante wurden — wie bei den Prognosevarianten für Nervenärzte — die Eingabewerte nur *eines* bestimmten Rechenschrittes im Vergleich zu den Berechnungen in der Hauptvariante geändert. Hierdurch ist es wiederum möglich, den Einfluß veränderter Werte jeweils bei *einer* bestimmten Einflußgröße in seiner Auswirkung auf die Angebotszahlen *isoliert* für sich zu beurteilen.

Im übrigen gelten die Ausführungen, die zu den Prognosevarianten für Nervenärzte gemacht wurden für die Prognosevarianten für Krankenpflegepersonen analog, da auch dieses Prognosemodell multiplikative wie additive Rechenschritte enthält, und somit auch hier eine kombinierte Veränderung mehrerer Einflußgrößen nur durch ein erneutes Durchrechnen mit allen veränderten Projektionswerten ermittelt werden kann.

Zum Restangebot an Krankenpflegepersonen wurden keine Varianten berechnet, da zum einen der Einfluß einer veränderten Altersstruktur sich in Proberechnungen als gering erwies, zum anderen Überlebensquoten sehr stabile statistische Maßzahlen sind.

Zum Neuangebot an Krankenpflegepersonen wurden zu allen Projektionswerten, die im Prognosemodell angelegt sind, je zwei Varianten berechnet.

1. Anzahl der 17- bis 20jährigen Personen:

   Da die Stärke der Geburtsjahrgänge bis zum Jahr 1974 empirisch vorliegt, beginnt der Prognosezeitraum für die alternativen Projektionswerte 1975. Auswirkungen auf das Neuangebot an Krankenpflegepersonen haben diese Projektionswerte dann erst ab 1992. Die „niedrigen" bzw. „hohen" Projektionswerte wurden sehr vorsichtig angesetzt, da hier ein großer Unsicherheitsfaktor liegt.

2. Anteil der Krankenpflegepersonen in Ausbildung an den 17- bis 20jährigen Personen: Dieser Anteil hat sich empirisch seit 1960 ständig erhöht und bis heute verdreifacht.

   Es erscheint fast unmöglich, daß diese Entwicklung in gleichem Maße weiterhin anhält. Daher wurde in der Hauptvariante nur noch mit dem halben Trendzuwachs wie bisher gerechnet, bei der „hohen" Variante mit dem bisherigen Anstieg des Trends, bei der „niedrigen" Variante mit der Konstanz des zuletzt erreichten Wertes. Eine Änderung dieser Einflußgröße schlägt sich unmittelbar — da im Prognosemodell keinerlei time-lags eingebaut sind — auf die Zahlen für das Neuangebot und damit das Gesamtangebot nieder. Die Variation dieser Größe hat einen starken Einfluß auf die Entwicklung des Neuangebots an Krankenpflegepersonen.

3. Anteil der Krankenpflegepersonen in Ausbildung in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern an allen Krankenpflegepersonen in Ausbildung:

   Für diese Einflußgröße liegen nur aus den beiden Jahren 1971 und 1973 empirische Anteilswerte vor. Ersatzweise wurde die empirisch vorliegende Zeitreihe der Anteile der Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Krankenhäusern an den Krankenpflegepersonen in allen Krankenhäusern zur Beurteilung herangezogen. Dieser Anteil lag durchgehend höher als der Anteil bei den Krankenpflegepersonen in Ausbildung und wies eine absinkende Tendenz auf. Da nicht bekannt ist, in welchem Maße Krankenpflegepersonen, die ihre Ausbildung in psychiatrischen Krankenhäusern absolvierten, hinterher in anderen Krankenhäusern tätig sind bzw. in welchem Maße Krankenpflegepersonen, die in anderen Krankenhäusern ausgebildet wurden, hinterher in psychiatrischen Krankenhäusern tätig sind, ist das Unsicherheitsrisiko an dieser Stelle sehr groß. Deshalb sind die Projektionswerte für diese Einflußgröße, die aus nur zwei empirischen Werten abgeleitet werden mußten, mit großen Unsicherheiten behaftet. Eine Variation dieser Anteilswerte hat ebenfalls einen starken Einfluß auf die Entwicklung des Neuangebots wie des Gesamtangebots an Krankenpflegepersonen.

4. Anteil der Krankenpflegepersonen in Ausbildung, die jährlich ihre Ausbildung abschließen:

   Dieser Anteil hängt hauptsächlich von der Verteilung der Krankenpflegepersonen in Ausbildung auf dreijährige und einjährige Ausbildungs-

gänge ab. Eine Änderung dieser Verteilungsrelationen bewirkt jedoch nicht nur eine Änderung der Zahlen für das Neuangebot wie das Gesamtangebot, sondern auch eine Änderung der qualitativen Zusammensetzung der Krankenpflegepersonen.

2.3.1 Variation der Stärke der Geburtsjahrgänge

Prognosevariante 1.(a)

Niedrige Variante zu Neuangebot — 1:

weitere Abnahme der Geburtsjahrgänge um 25 000 pro Jahr gemäß dem zuletzt beobachteten Trend [1])

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	25 894	4 748	30 642
1980	23 415	15 890	39 305
1985	21 294	29 521	50 815
1990	17 357	41 962	59 319
1995	14 082	51 753	65 835
2000	10 949	61 409	72 358

Prognosevariante 1.(b)

Hohe Variante zu Neuangebot — 1:

Wiederanstieg der Geburtsjahrgänge um 25 000 pro Jahr [1])

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	25 894	4 748	30 642
1980	23 415	15 890	39 305
1985	21 294	29 521	50 815
1990	17 357	41 962	59 319
1995	14 082	56 784	70 866
2000	10 949	74 344	85 293

[1]) Dies führt zu einer Änderung der Stärke der Gruppe der 17- bis 20jährigen Personen erst ab 1992.

2.3.2 Variation des Anteils der Krankenpflegepersonen in Ausbildung am Bestand der 17- bis 20jährigen Personen

Prognosevariante 2.(a)

Niedrige Projektionswerte aus Neuangebot — 3:

Konstanz des 1972 erreichten Anteils von 1,71 % bis zum Jahr 2000

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	25 894	4 443	30 337
1980	23 415	14 220	37 635
1985	21 294	25 051	46 345
1990	17 357	34 104	51 461
1995	14 082	41 387	55 469
2000	10 949	48 355	59 304

Prognosevariante 2.(b)

Hohe Projektionswerte aus Neuangebot — 3:

Fortsetzung des von 1960 bis 1972 beobachteten Trends in unverminderter Stärke bis zum Jahr 2000

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000.

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	25 894	5 234	31 128
1980	23 415	18 283	41 698
1985	21 294	35 398	56 692
1990	17 357	51 890	69 247
1995	14 082	67 061	81 143
2000	10 949	83 427	94 376

2.3.3 Variation des Anteils der Krankenpflegepersonen in Ausbildung in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern

Prognosevariante 3.(a)

Niedrige Projektionswerte aus Neuangebot — 5:
6 % als konstanter Anteilswert

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	25 894	2 914	28 808
1980	23 415	11 274	34 689
1985	21 294	21 517	42 811
1990	17 357	30 875	48 232
1995	14 082	39 093	53 175
2000	10 949	47 626	58 575

Prognosevariante 3.(b)

Hohe Projektionswerte aus Neuangebot — 5:

10 % als konstanter Anteilswert

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	25 894	5 830	31 724
1980	23 415	19 758	43 173
1985	21 294	37 631	58 925
1990	17 357	52 351	69 708
1995	14 082	66 007	80 089
2000	10 949	80 183	91 132

2.3.4 Variation des Anteils der Krankenpflegepersonen in Ausbildung, die jährlich ihre Ausbildung abschließen

Prognosevariante 4.(a)

Niedrige Variante zu Neuangebot — 7:

konstanter Anteilswert von 35 % abgeschlossener Ausbildungen (= 10 % aufgrund einjähriger Ausbildung + 25 % aufgrund dreijähriger Ausbildung)

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	25 894	3 717	29 611
1980	23 415	13 469	36 884
1985	21 294	25 398	46 692
1990	17 357	36 289	53 646
1995	14 082	45 851	59 933
2000	10 949	55 780	66 729

Prognosevariante 4.(b)

Hohe Variante zu Neuangebot — 7:

konstanter Anteilswert von 45 % abgeschlossener Ausbildungen (= 15 % aufgrund einjähriger Ausbildung + 30 % aufgrund dreijähriger Ausbildung)

Gesamtangebot:

Projektion des Bestandes an Krankenpflegepersonen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern 1975 bis 2000

Jahr	Restangebot	Neuangebot	Gesamtangebot
1975	25 894	5 014	30 908
1980	23 415	17 552	40 967
1985	21 294	32 888	54 182
1990	17 357	46 888	64 245
1995	14 082	59 204	73 286
2000	10 949	72 070	83 019

2.4 Vergleich von Bedarf und Gesamtangebot an Krankenpflegepersonen

Bei dem Vergleich von Bedarf und Angebot an Krankenpflegepersonen wurden die Bedarfs- und Angebotszahlen so miteinander in Beziehung gesetzt, daß für jede Prognosevariante für alle Zeitpunkte des Prognosezeitraums der jeweils erreichte Grad der Bedarfsdeckung in der psychiatrischen Versorgung ermittelt wurde. Es wurde der Bedarfsdeckungsgrad sowohl für die gesamte (stationäre, teilstationäre und ambulante) Versorgung als auch für die stationäre Versorgung allein berechnet. Dies deshalb, weil die Ausgangsdaten der Prognose sich auf die in Krankenhäusern tätigen Krankenpflegepersonen beziehen. Da jedoch der Bedarf an Krankenpflegepersonen sich fast ausschließlich auf die stationäre Versorgung richtet und somit nur in geringem Ausmaß von den Bedarfsziffern für die gesamte Versorgung abweicht, erschien es uns sinnvoll, die Zahlen für das Gesamtangebot an Krankenpflegepersonen zu beiden Bedarfsziffern in Beziehung zu setzen.

Vergleich von Bedarf und Gesamtangebot an Krankenpflegepersonen in der Bundesrepublik Deutschland in einem künftigen Versorgungssystem in der Psychiatrie

	Jahr	Gesamtangebot lt. Projektion	Bedarfsdeckung stationäre Versorgung	in % für gesamte Versorgung
1. Bedarf an Krankenpflegepersonen in einem künftigen psychiatrischen Versorgungssystem lt. Sachverständigen-Kommission vom 18. Oktober 1974			68 500 = 100 %	*72 100* *= 100 %*
2. Gesamtangebot an Krankenpflegepersonal in der psychiatrischen Versorgung lt. Projektionen des SAB-Instituts				
a) Projektion mit mittleren Projektionswerten	1975	30 642	44,7	*42,5*
	1980	39 305	57,4	*54,5*
	1985	50 815	74,2	*70,5*
	1990	59 319	86,6	*82,3*
	1995	66 941	97,7	*92,8*
	2000	75 049	109,6	*104,1*
b) Projektionsvarianten				
1. Variation der Stärke der Geburtsjahrgänge				
a) Niedrige Variante zu Neuangebot −1: weitere Abnahme der Geburtsjahrgänge	1975	30 642	44,7	*42,5*
	1980	39 305	57,4	*54,5*
	1985	50 815	74,2	*70,5*
	1990	59 319	86,6	*82,3*
	1995	65 835	96,1	*91,3*
	2000	72 358	105,6	*100,4*
b) Hohe Variante zu Neuangebot −1: Wiederanstieg der Geburtsjahrgänge	1975	30 642	44,7	*42,5*
	1980	39 305	57,4	*54,5*
	1985	50 815	74,2	*70,5*
	1990	59 319	86,6	*82,3*
	1995	70 866	103,5	*98,3*
	2000	85 293	124,5	*118,3*
2. Variation des Anteils der Krankenpflegepersonen in Ausbildung am Bestand der 17- bis 20jährigen Personen				
a) Niedrige Projektionswerte aus Neuangebot −3: Konstant des zuletzt erreichten Anteilswertes von 1,71 %	1975	30 337	44,3	*42,1*
	1980	37 635	54,9	*52,2*
	1985	46 345	67,7	*64,3*
	1990	51 461	75,1	*71,4*
	1995	55 469	81,0	*76,9*
	2000	59 304	86,6	*82,3*

	Jahr	Gesamtangebot lt. Projektion	Bedarfsdeckung stationäre Versorgung	in % für gesamte Versorgung
b) Hohe Projektionswerte aus Neuangebot —3: Fortsetzung des bisher beobachteten Trends	1975	31 128	45,4	*43,2*
	1980	41 698	60,9	*57,8*
	1985	56 692	82,8	*78,6*
	1990	69 247	101,1	*96,0*
	1995	81 143	118,5	*112,5*
	2000	94 376	137,8	*130,9*
3. Variation des Anteils der Krankenpflegepersonen in Ausbildung in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie Heimen und Anstalten				
a) Niedrige Projektionswerte —5: 6 % als konstanter Anteilswert	1975	28 808	42,1	*40,0*
	1980	34 689	50,6	*48,1*
	1985	42 811	62,5	*59,4*
	1990	48 232	70,4	*66,9*
	1995	53 175	77,6	*73,8*
	2000	58 575	85,5	*81,2*
b) Hohe Projektionswerte aus Neuangebot —5: 10 % als konstanter Anteilswert	1975	31 724	46,3	*44,0*
	1980	43 173	63,0	*59,9*
	1985	58 925	86,0	*81,7*
	1990	69 708	101,8	*96,7*
	1995	80 089	116,9	*111,1*
	2000	91 132	133,0	*126,4*
4. Variation des Anteils der Krankenpflegepersonen in Ausbildung, die jährlich ihre Ausbildung abschließen				
a) Niedrige Variante bei Neuangebot —: Konstanter Anteilswert von 35 %	1975	29 611	43,2	*41,1*
	1980	36 884	53,8	*51,2*
	1985	46 692	68,2	*64,8*
	1990	53 646	78,3	*74,4*
	1995	59 933	87,5	*83,1*
	2000	66 729	97,4	*92,6*
b) Hohe Variante zu Neuangebot —7: Konstanter Anteilswert von 45 %	1975	30 908	45,1	*42,9*
	1980	40 967	59,8	*56,8*
	1985	54 182	79,1	*75,1*
	1990	64 245	93,8	*89,1*
	1995	73 286	107,0	*101,6*
	2000	83 019	121,2	*115,1*

Die Gegenüberstellung der durch das Einsetzen von alternativen Projektionswerten berechneten Prognosevarianten für Krankenpflegepersonen zu den von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfsziffern ergibt ein im Vergleich zum ärztlichen Bereich günstigeres Bild für die Aussichten auf eine Deckung des Bedarfs im Krankenpflegebereich. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß bei diesem im Vergleich zu den Nervenärzten einfachen Prognosemodell für Krankenpflegepersonen einige Faktoren mit großen Unsicherheiten behaftet sind und einige wesentliche Faktoren mangels entsprechender empirischer Daten nicht berücksichtigt werden konnten.

Dies gilt insbesondere für die Berücksichtigung der sogenannten Phasenerwerbstätigkeit der Frauen, die ja im Pflegebereich dominieren, d. h. für deren Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund familiärer Bedingungen (Heirat, Kinder) sowie deren eventueller späterer Wiedereintritt in das Erwerbsleben. Die Bedeutung dieses Faktors wie die des Anteils der Teilzeitbeschäftigten konnte nicht im Modell berücksichtigt werden.

Aus den Zahlen des Gesamtangebots an Krankenpflegepersonen wird zudem nicht deren qualitative Zusammensetzung ersichtlich. Dieser Faktor ist zwar indirekt im Modell berücksichtigt durch den Anteil der abgeschlossenen Ausbildungen an der Anzahl der Personen in Ausbildung, der anhand der empirischen Zeitreihe über die in den ein- bzw. dreijährigen Ausbildungsgängen sich befindenden Personen geschätzt wurde. Es konnte hier jedoch mangels Daten nicht der Anteil der eine fünfjährige Ausbildung absolvierenden Fachkrankenschwestern bzw. -pfleger für Psychiatrie berücksichtigt werden. Die Erhebung der Sachverständigen-Kommission erbrachte einen Anteil dieser an den Krankenpflegepersonen insgesamt von 7,5 %. Da es sich hierbei jedoch um einen relativ neuen Ausbildungsgang handelt, kann über die zukünftige Entwicklung keine im Rahmen der Prognose verwertbare Aussage getroffen werden.

Außerdem ist nicht bekannt, inwieweit Krankenpflegepersonen nach ihrer Ausbildung das Fachgebiet im Krankenhaus wechseln. Ob die Psychiatrie von solchen Zu- und Abwanderungen per Saldo gewinnt oder verliert, ist nicht bekannt.

Angesichts der aufgezeigten ungeklärten Faktoren muß die Aussagekraft der Prognose für Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie mit großer Vorsicht beurteilt werden.

3 Psychologischer Bereich

3.1 Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen im Psychologischen Bereich

Aus dem uns vorliegenden empirischen Material über die Berufsgruppe der Psychologen können nur sehr globale Aussagen gezogen werden, die für den Bereich der psychiatrischen Versorgung nur ungefähre Angaben und vage Schätzungen zulassen.

Die Studentenzahlen im Studienfach „Psychologie" sind in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen, von 2 100 im WS 61/62 auf 11 000 im WS 71/72 [1]; für die nächsten Jahre ist jedoch, bedingt durch die Einführung eines strengen Numerus clausus für diese Fachrichtung, mit einem verminderten Zuwachs zu rechnen. Absolventenzahlen für das Studienfach „Psychologie" stehen leider nicht zur Verfügung, so daß die Erfolgsquote hier nicht bekannt ist.

Aus der Volks- und Berufszählung [2]) geht hervor, daß 1970 von 4 414 Personen mit Hochschulabschluß der Fachrichtung „Psychologie" 3 327 Psychologen berufstätig waren; das ist eine Erwerbsquote von 75 %. Da die Zahl der Studenten mit Fachrichtung „Psychologie" in den letzten Jahren überdurchschnittlich stark angestiegen ist, können für den jetzigen Bestand an Diplom-Psychologen nur vorsichtige Schätzungen gegeben werden. Nach einer Schätzung des Berufsverbandes gibt es 1974 ca. 5 000 berufstätige Psychologen; der Berufsverband selbst zählte Mitte 1974 rd. 3 000 Mitglieder. Der Sektion „Klinische Psychologie" des Berufsverbandes gehörten zum selben Zeitpunkt rd. 1 000 Klinische Psychologen an. Hier wurde seitens der Sektion ein Bestand von gegenwärtig etwa 2 000 bis 2 500 ausgebildeten Klinischen Psychologen geschätzt; diese wiesen in den letzten Jahren eine starke Zuwachsrate auf, die auch für die nächsten Jahre noch erwartet wird. Von den Klinischen Psychologen sind etwa 1/4 in psychiatrischen Krankenhäusern tätig.

Der Berufsverband führte 1971 zusätzlich die Qualifikation als „Fachpsychologe für Klinische Psychologie" ein. Bis Mitte 1974 wurde seitdem 195 Klinischen Psychologen der Titel „Fachpsychologe für Klinische Psychologie" durch den Berufsverband zuerkannt. Voraussetzung für die Anerkennung zum Fachpsychologen für Klinische Psychologie ist bisher, als Übergangsregelung, eine vierjährige Praxiserfahrung in Klinischer Psychologie sowie eine berufsbegleitende Ausbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie. Die zukünftige Regelung sieht, aufbauend auf ein Studium, während dessen eine fachliche Spezialisierung mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie schon stattfinden sollte, nach dem Diplom eine berufsbegleitende Ausbildung von zwei bis drei Jahren in klinisch-psychologischen Ausbildungszentren vor. Als Schwerpunkt dieser theoretischen und praktischen Weiterbildung sind die klinisch-psychologische Diagnostik und therapeutische Behandlungsmethoden vorgesehen [1]). Gerade die Fachpsychologen für Klinische Psychologie erhalten somit eine speziell auf die Psychiatrie ausgerichtete Ausbildung, die eine qualitative Verbesserung der psychiatrischen Versorgung bewirken wird. Es bleibt

---

[1]) Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 10 V: Studenten an Hochschulen

[2]) Quelle: Statistisches Bundesamt: Volks- und Berufszählung 1970, bisher unveröffentlichtes Material einer Vorwegaufbereitung

[1]) Vgl. ausführlich hierzu: Berufsverband Deutscher Psychologen, Sektion Klinische Psychologie: Informationsbroschüre Nr. 1, 1973: Berufsbild und Ausbildungsplan des Fachpsychologen für Klinische Psychologie

allerdings abzuwarten, welche Entwicklungstendenzen diese spezielle Berufsgruppe im psychologischen Bereich aufweisen wird.

3.2 Gegenüberstellung von Bedarf und notwendigem Neuangebot an Psychologen

Das zum Berufsbereich der Psychologen uns vorliegende empirische Material ist sehr unvollständig und undifferenziert, weshalb für die Psychologen kein Prognosemodell erstellt werden konnte, das zu ähnlichen Berechnungen hätte führen können wie im ärztlichen Bereich.

Basierend auf den vorhandenen statistischen Daten kann keine sinnvolle Prognose mit vertretbaren Ergebnissen durchgeführt werden. Aus diesem Grunde wurde statt dessen — ersatzweise — eine Bedarfsdeckungsprojektion erstellt [1]).

Auf der Grundlage der von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Bedarfszahlen und der Ausgangsbestände in diesem Berufsbereich aufgrund der Ergebnisse der Erhebung der Sachverständigen-Kommission für 1972 wurde für den Prognosezeitraum berechnet, wieviel Neuzugänge durchschnittlich pro Jahr in diesem Berufsbereich erforderlich wären, wenn eine volle Bedarfsdeckung alternativ für 5-Jahres-Zeiträume — 1975; 1980; 1985; 1990; 1995; 2000 — erreicht werden soll. Die Ermittlung des Restbestandes für die jeweiligen Zeitpunkte erfolgte dabei, wie in den Prognosemodellen, durch Fortschreibung des Ausgangsbestandes mit Hilfe der Überlebenswahrscheinlichkeiten.

Mittels der Bedarfsdeckungsprojektionen wird also nicht, wie durch die Prognosemodelle, das voraussichtliche Angebotspotential für den Zeitraum bis zum Jahr 2000, sondern das für eine Bedarfsdeckung notwendige Angebotspotential für einen Berufsbereich jeweils für bestimmte Zeiträume ermittelt.

Bei den Bedarfsdeckungsprojektionen werden 4 Varianten unterschieden. Als Bedarf wurde einmal der Bedarf für die gesamte (stationäre, teilstationäre und ambulante) Versorgung, zum anderen der Bedarf nur für die stationäre Versorgung angesetzt; dies, weil mit dem Ausgangsbestand aus der Erhebung der Sachverständigen-Kommission nur die stationäre Versorgung erfaßt wurde. Als Ausgangsbestand wurden einmal nur die in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie tätigen Personen des Berufsbereichs berücksichtigt, zum anderen zusätzlich noch die in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke tätigen Personen des Berufsbereichs berücksichtigt. Die Aussonderung von zwei Ausgangsbestandszahlen erfolgte deshalb, weil in der Erhebung der Sachverständigen-Kommission die psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser praktisch total erfaßt wurden, während dies bei den Heimen und Anstalten jedoch nicht der Fall war; da zudem deren Gesamtzahl nicht genau bekannt ist, kann der nicht erfaßte „Ausfall" hier auch nicht berechnet und berücksichtigt werden. Daher sind die Erhebungsdaten für die Heime und Anstalten unvollständig und nur mit Vorsicht zu verwenden. Da jedoch die alleinige Berücksichtigung der in den psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern tätigen Personen ein schiefes, da unvollständiges Bild für den Bereich der stationären Versorgung erbringt, wurden in einem zweiten Schritt auch die Heime und Anstalten in den Bestandszahlen mit berücksichtigt. Gerade diese Differenzierung der Bestandszahlen erbrachte — um dies schon an dieser Stelle kurz vorwegzunehmen — ein interessantes Ergebnis: die Bedarfsdeckungsdefizite in der Psychiatrie haben ein solches Ausmaß, daß sich nur ein geringfügiger Unterschied zwischen dem dann jeweils notwendigen Neuangebot zur Bedarfsdeckung ergibt.

[1]) Die folgenden Erläuterungen zur Bedarfsdeckungsprojektion gelten gleichermaßen für die nachfolgenden Berufsbereiche.

Restangebot — Psychologen

Fortschreibung des Bestandes an Psychologen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern mit Hilfe der Überlebenswahrscheinlichkeiten für fünfjährige Altersgruppen 1972 bis 2000

Altersgruppe (in Jahren)	Anfangsbestand 1972	Restbestand					
		1975	1980	1985	1990	1995	2000
25 bis 30	115	.	.	.	.	.	.
30 bis 35	49	114	.	.	.	.	.
35 bis 40	49	49	113	.	.	.	.
40 bis 45	49	48	48	112	.	.	.
45 bis 50	48	48	47	47	110	.	.
50 bis 55	6	47	47	46	46	107	.
55 bis 60	6	6	45	45	44	44	103
60 bis 65	6	6	6	42	42	41	41
zusammen ...	328	318	306	292	242	192	144

Notwendiges Neuangebot an Psychologen zur Deckung des von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfs für die psychiatrische Versorgung

1. Variante: Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung

	An-zahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Psychologen für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission		2 000 = 100 %	
2. Ausgangsbestand an Psychologen 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	328		
3. Notwendiges Neuangebot an Psychologen durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	66	1975	*25,8*
		1980	*41,7*
		1985	*57,5*
		1990	*71,5*
		1995	*85,5*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	79	1975	*27,8*
		1980	*46,9*
		1985	*66,0*
		1990	*83,2*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	98	1975	*30,6*
		1980	*54,5*
		1985	*78,3*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	131	1975	*35,6*
		1980	*67,7*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	212	1975	*47,7*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	560	1975	*100,0*

2. Variante: Bedarfsdeckung für die stationäre psychiatrische Versorgung

	An-zahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Psychologen für die stationäre Versorgung ..... lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission		1 320	*100,0*
2. Ausgangsbestand an Psychologen 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	328		
3. Notwendiges Neuangebot an Psychologen durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	42	1975	*33,6*
		1980	*48,6*
		1985	*63,5*
		1990	*75,6*
		1995	*87,7*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	49	1975	*35,2*
		1980	*52,9*
		1985	*70,4*
		1990	*85,2*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	60	1975	*37,7*
		1980	*59,5*
		1985	*81,2*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	79	1975	*42,0*
		1980	*71,1*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahre 1980	127	1975	*53,0*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	334	1975	*100,0*

Erläuterung der Berechnungsmethode:

1. $\frac{\text{Bedarf an Psychologen (2000)} - \text{Restbestand im Bedarfsdeckungsjahr}}{\text{Bedarfsdeckungsjahr} = 1972} = \text{notwendiges Neuangebot durchschnittlich pro Jahr}$

2. $\frac{(\text{Zwischenjahr} - 1972)) \times \text{notwendiges Neuangebot durchschnittlich pro Jahr} + \text{Restangebot im Zwischenjahr}}{\text{Bedarf an Psychologen (2000)}} = \text{Bedarfsdeckungsgrad im Zwischenjahr}$

Restangebot — Psychologen

Fortschreibung des Bestandes an Psychologen in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke, mit Hilfe der Überlebenswahrscheinlichkeiten für fünfjährige Altersgruppen 1972 bis 2000

Altersgruppe (in Jahren)	Anfangsbestand 1972	Restbestand					
		1975	1980	1985	1990	1995	2000
25 bis 30	131	.	.	.	.	.	.
30 bis 35	61	130	.	.	.	.	.
35 bis 40	59	60	129	.	.	.	.
40 bis 45	56	58	58	128	.	.	.
45 bis 50	48	55	56	57	125	.	.
50 bis 55	7	47	53	55	55	121	.
55 bis 60	6	7	45	51	52	53	116
60 bis 65	6	6	7	42	47	47	48
zusammen ...	374	363	348	333	279	221	164

Notwendiges Neuangebot an Psychologen zur Deckung des von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfs für psychiatrische Versorgung

3. Variante: Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Psychologen für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission			2 000 = 100 %
2. Ausgangsbestand an Psychologen 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	374		
3. Notwendiges Neuangebot an Psychologen durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	66	1975	*25,8*
		1980	*41,7*
		1985	*57,5*
		1990	*71,5*
		1995	*85,5*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	77	1975	*29,7*
		1980	*48,2*
		1985	*66,7*
		1990	*83,3*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	96	1975	*32,6*
		1980	*55,8*
		1985	*79,1*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	128	1975	*37,4*
		1980	*68,6*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	207	1975	*49,2*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	546	1975	

4. Variante: Bedarfsdeckung für die statonäre psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Psychologen für die stationäre Versorgung ..... lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission			1 320 % = 100 %
2. Ausgangsbestand an Psychologen 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	374		
3. Notwendiges Neuangebot an Psychologen durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	41	1975	*36,8*
		1980	*51,2*
		1985	*65,6*
		1990	*77,1*
		1995	*88,2*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	48	1975	*38,4*
		1980	*55,5*
		1985	*72,5*
		1990	*86,6*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	58	1975	*40,7*
		1980	*61,5*
		1985	*82,4*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	76	1975	*44,7*
		1980	*72,4*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	122	1975	*55,2*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	319	1975	*100,0*

Die Bedarfsdeckungsprognosen zeigen auf, daß im psychologischen Bereich zur Zeit zwar eine große Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot an Psychologen besteht, doch scheint es nicht unrealistisch zu sein, anzunehmen, daß diese Bedarfsdeckungslücke mittelfristig zu schließen ist. Der überdurchschnittliche Anstieg der Studentenzahlen wie der Anzahl der berufstätigen Psychologen, und hier insbesondere der Klinischen Psychologen, läßt die Annahme zu, daß trotz einer künftig zu erwartenden verminderten Zuwachsrate durch die Einführung des numerus clausus in absehbarer Zeit ein ausreichendes Neuangebot an Psychologen vorhanden sein wird, um auch den Bedarf in der psychiatrischen Versorgung decken zu können.

4 Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

4.1 Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen im Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

Zum Berufsbereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sind praktisch keine empirischen Daten vorhanden, da dieser in den amtlichen Statistiken meist nicht gesondert ausgewiesen wird. Aus diesem Grunde ist nicht bekannt, wieviele ausgebildete Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten zur Zeit berufstätig sind; auch über die Entwicklung der Schülerzahlen kann nichts gesagt werden.

Eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung und staatliche Anerkennung für Beschäftigungstherapeuten steht bislang noch aus; diese ist erst ab 1976 vorgesehen. Die Ausbildung zum Beschäftigungstherapeuten war in den letzten Jahren starken Veränderungen in Richtung auf eine mehr formalisierte und verbesserte Art der Ausbildung unterworfen. Während vor einigen Jahren die Ausbildung fast ausschließlich in Werkseminaren stattfand, findet sie heute meist in Fachschulen statt.

Zur Zeit gibt es 7 Ausbildungsstätten für Beschäftigungstherapie auf Fachschulebene. Voraussetzung für die Ausbildung dort ist neben der Fachschulreife ein Krankenpflegepraktikum oder Berufserfahrung in verwandten Gebieten. Die Dauer der theoretischen und praktischen Ausbildung beträgt drei Jahre. Die Aufnahmekapazität der 7 Ausbildungsstätten beläuft sich nach deren Angaben auf insgesamt 210 bis 220 Schüler pro Jahr. Die Zahl der Bewerber ist jedoch weitaus höher; nur etwa jeder 5. Bewerber kann zur Zeit aufgenommen werden.

Für eine Ausbildung zum Arbeitstherapeuten gibt es bislang erst eine Ausbildungsstätte. Aufnahmevoraussetzung für die Ausbildung ist Berufserfahrung in verwandten Gebieten. Die Ausbildung kann als grundständige Ausbildung oder als Zusatzausbildung für Beschäftigungstherapeuten erfolgen. Eine formalisierte Regelung der Ausbildung steht bislang noch aus, ebenso die staatliche Anerkennung. In der Planungsphase befindet sich momentan eine Ausbildung zum Berufstherapeuten in der Stiftung Rehabilitation. Geplant ist hier eine 3jährige Ausbildung auf Fachhochschulebene.

4.2 Gegenüberstellung von Bedarf und notwendigem Neuangebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten

Für den Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie konnten aufgrund des Fehlens empirischer Daten keine Prognosen erstellt werden. Hier wurden deshalb auch Bedarfsdeckungsprojektionen auf der Grundlage der Ergebnisse der Erhebung der Sachverständigen-Kommission durchgeführt, die dieselbe Berechnungsstruktur aufweisen wie die zum psychologischen Bereich erstellten Bedarfsdeckungsprojektionen. Die dort ausgeführten Erläuterungen gelten deshalb gleichermaßen für die Bedarfsdeckungsprojektionen für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.

Notwendiges Neuangebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten zur Deckung des von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfs für die psychiatrische Versorgung

1. Variante: Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission ...		7 620 = 100 %	
2. Ausgangsbestand an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	729		
3. Notwendiges Neuangebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten durchschnittlich pro Jahr ...			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	261	1975	*19,8*
		1980	*36,7*
		1985	*53,4*
		1990	*68,7*
		1995	*84,4*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	313	1975	*21,6*
		1980	*41,8*
		1985	*61,9*
		1990	*81,0*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	393	1975	*24,8*
		1980	*50,2*
		1985	*75,6*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	536	1975	*30,4*
		1980	*65,2*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	868	1975	*43,5*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	2 297	1975	*100,0*

2. Variante: Bedarfsdeckung für die stationäre psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten für die stationäre Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission		7 380 = 100 %	
2. Ausgangsbestand an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	729		
3. Notwendiges Neuangebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten durchschnittlich pro Jahr ...			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	252	1975	*19,8*
		1980	*36,5*
		1985	*53,2*
		1990	*68,8*
		1995	*84,4*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	302	1975	*21,9*
		1980	*41,9*
		1985	*62,0*
		1990	*81,0*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	380	1975	*25,0*
		1980	*50,4*
		1985	*75,7*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	518	1975	*30,6*
		1980	*65,3*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	838	1975	*43,6*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	2 224	1975	*100,0*

Berechnungsmethode: vgl. Erläuterung bei der Berufsgruppe der Psychologen

Notwendiges Neuangebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten zur Deckung des von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfs für die psychiatrische Versorgung

3. Variante: Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission		7 620 = 100 %	
2. Ausgangsbestand an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	1 135		
3. Notwendiges Neuangebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten durchschnittlich pro Jahr ..			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	254	1975	*24,5*
		1980	*40,5*
		1985	*56,6*
		1990	*71,0*
		1995	*85,5*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	302	1975	*26,3*
		1980	*45,6*
		1985	*64,8*
		1990	*82,4*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	377	1975	*29,3*
		1980	*53,4*
		1985	*77,6*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	509	1975	*34,5*
		1980	*67,3*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	821	1975	*46,8*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	2 173	1975	*100,0*

4. Variante: Bedarfsdeckung für die stationäre psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten für die stationäre Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission			
2. Ausgangsbestand an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	1135		
3. Notwendiges Neuangebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	246	1975	*24,9*
		1980	*41,0*
		1985	*57,0*
		1990	*71,4*
		1995	*85,8*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	292	1975	*26,8*
		1980	*46,0*
		1985	*65,1*
		1990	*82,6*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	363	1975	*29,7*
		1980	*53,7*
		1985	*77,6*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	490	1975	*34,8*
		1980	*67,4*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	791	1975	*47,1*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	2 093	1975	*100,0*

Die Bedarfsdeckungsprojektionen weisen nachdrücklich auf die enorme Lücke hin, die zwischen Bedarf und Angebot an Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten zur Zeit besteht. Aufgrund der derzeitigen geringen Ausbildungskapazitäten wird eine Dekkung des Bedarfs in diesem Bereich auch langfristig kaum zu erreichen sein. Berücksichtigt man neben dieser Feststellung noch die Tatsache, daß die Bewerberzahl an den Ausbildungsstätten weit höher ist als deren Ausbildungskapazitäten, so ist anzunehmen, daß durch die Schaffung ausreichender Ausbildungskapazitäten die Hauptursache für das enorme Bedarfsdeckungsdefizit bei den Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten beseitigt werden kann.

5 Sozialbereich

5.1 Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen im Sozialbereich

Als für die psychiatrische Versorgung wichtige Berufsgruppen im Sozialbereich werden hier die grad. Sozialarbeiter und grad. Sozialpädagogen erfaßt, die als eine zusammengehörige Berufsgruppe behandelt werden müssen.

Obwohl vom Berufsbild her der Sozialarbeiter vorwiegend sozialpflegerisch in der Sozialtherapie und -prophylaxe tätig ist, während der Sozialpädagoge vorwiegend erzieherisch in der Sozialtherapie und -prophylaxe tätig ist, ist eine Trennung der beiden Berufe in der Praxis kaum möglich; sowohl hinsichtlich der Ausbildungsinhalte als auch hinsichtlich des beruflichen Tätigkeitsbereichs sind die Grenzen fließend. Selbst nach gleichem Studiengang wird je nach Bundesland unterschiedlich ein Abschluß als grad. Sozialarbeiter oder grad. Sozialpädagoge erworben. Der Berufsverband der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen spricht sich aus diesen Gründen gegen eine Unterteilung des Gesamtbereichs der Sozialarbeit in zwei Berufsgruppen aus und fordert, da die Abgrenzung unterschiedlich und oft recht willkürlich getroffen wird, eine den gesamten Sozialbereich umfassende Berufsbezeichnung.

Eine weitere Abgrenzungsschwierigkeit, die eine exakte statistische Erfassung kaum zuläßt, ergibt sich aus den unterschiedlichen Qualifikationsstufen der Ausbildung bei den heute berufstätigen Sozialarbeitern und Sozialpädagogen. Grad. Sozialarbeiter und grad. Sozialpädagogen werden erst seit 1971 an Fachhochschulen ausgebildet. Davor wurden Sozialarbeiter und Sozialpädagogen an Höheren Fachschulen und noch früher nur an Fachschulen ausgebildet. Auch heute noch werden Sozialarbeiter und Sozialpädagogen an Fachschulen ausgebildet, die allerdings einen anderen Berufsstatus als die Fachhochschulabsolventen besitzen. In den vorliegenden Statistiken werden jedoch alle diese unterschiedlichen Qualifikationsstufen häufig zusammengefaßt aufgeführt als eine Berufsgruppe. Eine klare Abgrenzung selbst einer solchen diffusen Berufsgruppe wird weiterhin dadurch erschwert, daß diverse andere sozialpflegerische und erzieherische Berufe häufig als dieser Berufsgruppe zugehörig angesehen werden und dementsprechend statistisch hier mit erfaßt werden. Hieraus wird ersichtlich, wie ungenau und undifferenziert die statistische Erfassung der Berufe im Sozialbereich heute ist. Dementsprechend vage sind auch die uns vorliegenden empirischen Daten.

Aus der Volks- und Berufszählung geht hervor, daß 1970 70 000 Sozialarbeiter und Sozialpädagogen berufstätig waren; [1]) in dieser Zahl sind jedoch die unterschiedlichsten Qualifikationsstufen und Berufsbezeichnungen im Sozialbereich zusammengefaßt, so daß sie nichts über den Bestand an grad. Sozialarbeitern und grad. Sozialpädagogen aussagt.

Zur Zeit studieren rd. 15 000 Studenten an den Fachhochschulen die Fachrichtungen Sozialarbeit und/oder Sozialpädagogik, wobei die Aufteilung der Studenten auf die beiden Fachrichtungen gegenwärtig ein Verhältnis von etwa 1 : 1 aufweist, obwohl in der Praxis nach wie vor die traditionelle Arbeit als Sozialarbeiter überwiegt. Die Studentenzahlen sind in den letzten Jahren in beiden Fachrichtungen explosiv angestiegen, besonders aber in der Fachrichtung Sozialpädagogik. Gegenwärtig ist jedoch an fast allen Fachhochschulen ein numerus clausus für beide Fachrichtungen eingeführt, der den Anstieg der Studentenzahlen wieder absinken läßt.

Nach Auskunft des Ministeriums für Bildung und Wissenschaft wird es 1974 3 500 Fachhochschulabsoventen der Fachrichtungen Sozialarbeit und Sozialpädagogik geben, 1975 werden es ca. 5 700 sein und 1980 etwa 11 000. Das bedeutet, daß in nächster Zeit ein starker Anstieg an ausgebildeten grad. Sozialarbeitern und grad. Sozialpädagogen zu erwarten ist. Allerdings wird eine Zunahme an berufstätigen Sozialarbeitern und Sozialpädagogen nicht in gleichem Maße zu verzeichnen sein, wie dies die Absolventen- oder Studentenzahlen erwarten lassen, da nach Schätzungen ca. 1/3 der Fachhochschüler nach ihrem Examen oder schon während des Studiums auf eine wissenschaftliche Hochschule wechseln. Dies ist u. a. eine der unerwünschten Nebenfolgen des numerus clausus an den Hochschulen: man überbrückt die Wartezeit auf einen Studienplatz auf der Fachhochschule, weshalb auch hier wiederum ein numerus clausus eingeführt werden muß.

Der Anteil der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, der in der Psychiatrie tätig ist, ist jedoch so gering, daß z. B. die Entwicklung der Studentenzahlen in diesen Fachgebieten nichts auszusagen vermag über die Entwicklung des Neuangebots im Bereich der Psychiatrie.

Der Mangel an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen im Gesundheitswesen allgemein und in den psychiatrischen Einrichtungen im besonderen hat verschiedene Ursachen, von denen hier nur zwei wesentliche

[1]) Quelle: Statistisches Bundesamt: Volkszählung vom 27. Mai 1970, Erwerbstätige nach Beruf und Alter, Fachserie A, Heft 20

Notwendiges Neuangebot im Sozialbereich (Sozialarbeiter und Sozialpädagogen) zur Deckung des von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfs für die psychiatrische Versorgung

1. Variante: Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission			6 610 = 100 %
2. Ausgangsbestand an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	432		
3. Notwendiges Neuangebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	229	1975	*16,7*
		1980	*33,8*
		1985	*51,0*
		1990	*67,2*
		1995	*83,5*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	276	1975	*18,9*
		1980	*39,5*
		1985	*60,1*
		1990	*80,0*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	349	1975	*22,2*
		1980	*48,3*
		1985	*74,4*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	479	1975	*28,1*
		1980	*64,1*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	776	1975	*41,6*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	2 064	1975	*100,0*

2. Variante: Bedarfsdeckung für die stationäre psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen für die stationäre Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission			5 170 = 100 %
2. Ausgangsbestand an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	432		
3. Notwendiges Neuangebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	178	1975	*18,4*
		1980	*35,3*
		1985	*52,2*
		1990	*68,2*
		1995	*84,1*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	214	1975	*20,5*
		1980	*40,9*
		1985	*61,2*
		1990	*80,7*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	269	1975	*23,7*
		1980	*49,4*
		1985	*75,1*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	368	1975	*29,5*
		1980	*64,7*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	596	1975	*42,7*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	1 584	1975	*100,0*

Berechnungsmethode: vgl. Erläuterung bei der Berufsgruppe der Psychologen

Notwendiges Neuangebot im Sozialbereich (Sozialarbeiter und Sozialpädagogen) zur Deckung des von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfs für die psychiatrische Versorgung

3. Variante: Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission			6 610 = 100 %
2. Ausgangsbestand an Sozialarbeitern und Sozialpädadgogen 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	552		
3. Notwendiges Neuangebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	227	1975	*18,4*
		1980	*35,2*
		1985	*52,1*
		1990	*68,0*
		1995	*83,9*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	273	1975	*20,5*
		1980	*40,8*
		1985	*66,1*
		1990	*80,5*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	345	1975	*23,8*
		1980	*49,5*
		1985	*75,3*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	471	1975	*29,5*
		1980	*64,8*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	762	1975	*42,7*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	2 025	1975	*100,0*

4. Variante: Bedarfsdeckung für die stationäre psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen für die stationäre psychiatrische Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission			5 710 = 100 %
2. Ausgangsbestand an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	552		
3. Notwendiges Neuangebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	176	1975	*20,6*
		1980	*37,2*
		1985	*53,8*
		1990	*69,2*
		1995	*84,6*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	211	1975	*22,6*
		1980	*42,6*
		1985	*62,6*
		1990	*81,4*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	265	1975	*25,7*
		1980	*50,9*
		1985	*76,1*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	360	1975	*31,2*
		1980	*65,6*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	582	1975	*44,1*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	1 552	1975	*100,0*

erwähnt seien: eine viel zu geringe Anzahl von Planstellen sowie eine Ausbildung, die für die praktische Tätigkeit im Bereich der Psychiatrie keine ausreichenden Kenntnisse vermittelt. Der Beruf eines Fachsozialarbeiters „für Sozialtherapie oder Psychiatrie mit einer speziellen Zusatzausbildung, die für eine praktische Tätigkeit im Bereich der Psychiatrie adäquat vorbereitet, befindet sich zur Zeit noch im Planungsstadium.

5.2 Gegenüberstellung von Bedarf und notwendigem Neuangebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen

Für den Sozialbereich liegen, wie aufgezeigt, dermaßen undifferenzierte und unvollständige empirische Angaben vor, daß ebenfalls für die Berufsgruppen der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen keine Prognose erstellt werden konnte. Deshalb wurden auch für diesen Bereich Bedarfsdeckungsprojektionen auf der Grundlage der Ergebnisse der Erhebung der Sachverständigen-Kommission durchgeführt, die dieselbe Struktur aufweisen wie die vorhergehenden. Die unter Punkt 3.2 ausgeführten Erläuterungen gelten deshalb für die Bedarfsdekkungsprojektionen für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Die Bedarfsdeckungsprojektionen zeigen auch im Sozialbereich eine große Diskrepanz auf zwischen Bedarf und Angebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen. Diese Bedarfsdeckungslücke scheint hier jedoch weniger bedingt durch zu geringe Ausbildungskapazitäten oder eine zu geringe Anzahl an ausgebildeten Sozialarbeitern und Sozialpädagogen als vielmehr dadurch, daß die Bedingungen in der psychiatrischen Versorgung einerseits und das Selbstverständnis dieser Berufsgruppen andererseits gerade in diesem Berufsbereich eine geringe Motivation bewirken, in der Psychiatrie tätig zu werden. Dies kommt auch in den Ergebnissen einer Motivationsstudie zum Ausdruck, die u. a. erbrachten, daß nur etwa 1,5 % der in Ausbildung befindlichen Sozialarbeiter ihren Beruf später in der psychiatrischen Versorgung ausüben wollen [1]). Sowohl eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie als auch eine stärker sozialpsychiatrisch ausgerichtete Ausbildung wären somit eine Voraussetzung, um ein ausreichendes Angebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen im Bereich der psychiatrischen Versorgung schaffen zu können.

6 Pädagogischer Bereich

6.1 Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen im Pädagogischen Bereich

Als für die psychiatrische Versorgung wichtige Berufsgruppen im pädagogischen Bereich werden hier die Heilpädagogen und Heilerziehungspfleger einschließlich Heilerziehungshelfer erfaßt. Gerade im pädagogischen Bereich, unter dem oft die verschiedensten Berufsgruppen statistisch zusammengefaßt werden, ist die Situation äußerst diffus. Das Fehlen einer bundeseinheitlichen Regelung der Ausbildung wie einer staatlichen Anerkennung hat dazu geführt, daß dieser Berufsbereich durch Uneinheitlichkeit und Unklarheiten der Berufsbezeichnungen und deren qualifikatorische Abstufungen sowie durch unterschiedliche mögliche Ausbildungsgänge und vielfältige Arten von Ausbildungsinstitutionen gekennzeichnet ist. Dies verhindert eine exakte statistische Erfassung der Berufsgruppen im pädagogischen Bereich; in den amtlichen Statistiken sind dementsprechend zu den einzelnen Berufsgruppen im pädagogischen Bereich keine Angaben zu finden.

Nach Angaben des Berufsverbandes gab es Mitte 1973 ca. 1 500 berufstätige Heilpädagogen. Die Ausbildung zum Heilpädagogen erfolgt derzeit gewöhnlich auf Fachschulebene, seit einiger Zeit daneben auch auf Fachhochschulebene. (Diplom-Heilpädagogen werden bislang nur an zwei Ausbildungsstätten in der Schweiz ausgebildet.) Somit gibt es innerhalb der Berufsgruppe der Heilpädagogen zwei unterschiedliche Qualifikationsstufen, die zudem noch jeweils in sich Unterschiede bezüglich Form, Dauer und Anforderungen aufweisen, so daß man zur Zeit von einem einheitlichen Berufsbild weit entfernt ist. Der Berufsverband der Heilpädagogen fordert daher eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung, die nur noch auf Fachhochschulebene erfolgen sollte [1]).

Grad. Heilpädagogen werden zur Zeit an 3 Fachhochschulen ausgebildet, deren Aufnahmebedingungen und Studiengänge unterschiedlich gestaltet sind. An zwei der Fachhochschulen ist Aufnahmevoraussetzung ein abgeschlossenes Fachhochschulstudium als Sozialarbeiter oder Sozialpädagoge. Die Ausbildung zum grad. Heilpädagogen erfolgt in einem 2- bzw. 4semestrigen Aufbaustudium. An der dritten Fachhochschule erfolgt die Ausbildung zum grad. Heilpädagogen in einem 8semestrigen grundständigen Studium. Aufnahmevoraussetzung ist hier lediglich die Fachhochschulreife, in Ausnahmefällen werden auch Fachschulabsolventen mit einschlägiger Berufserfahrung angenommen. Auch hier ist ein 4semestriges Aufbaustudium für grad. Sozialarbeiter und grad. Sozialpädagogen geplant. Diese drei Fachhochschulen mit Fachrichtung Heilpädagogik können pro Jahr ca. 120 Studienanfänger aufnehmen.

Heilpädagogen werden zur Zeit an sieben Ausbildungsstätten auf Fachschulebene ausgebildet, deren Aufnahmebedingungen und Studiengänge ebenfalls unterschiedlich gestaltet sind. Die heilpädagogische Ausbildung ist jedoch generell eine auf einer abgeschlossenen Ausbildung aufbauende einjährige Zusatzausbildung. Aufnahmevoraussetzung an den Instituten, Seminaren und Fachschulen ist eine abge-

[1]) Bisher unveröffentlichte Untersuchung, die gemeinsam von Viefhues und dem Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführt wurde.

[1]) Vgl. hierzu ausführlich die Informationsschriften des Berufsverbandes der Heilpädagogen in der Bundesrepublik Deutschland (BHD) e. V.

schlossene Fachschulausbildung als Sozialarbeiter, Sozialpädagoge oder Erzieher, in der Regel auch Berufserfahrung in diesen Berufsbereichen. Diese sieben Ausbildungsstätten auf Fachschulebene können pro Jahr etwa 165 Heilpädagogen ausbilden. Die Zahl der Bewerber für die Ausbildung zum Heilpädagogen ist jedoch weitaus größer, so daß sich häufig längere Wartezeiten ergeben, die viele dieser Bewerber in eine andere Berufsausbildung drängen.

Die Vielzahl der Berufsbezeichnungen für die Heilerziehungspfleger (Heilerzieher, Sondererzieher, staatlich anerkannter Erzieher, u. ä.) weist schon deutlich hin auf die derzeitige diffuse Situation, in der diese Berufsgruppe sich befindet. Bundeseinheitliche Regelungen der Ausbildung und der Berufsbezeichnung sowie eine staatliche Anerkennung sind bisher ausgeblieben; nur in drei Bundesländern erfolgte bisher eine Vereinheitlichung der Ausbildung und Anerkennung.

Die berufsbegleitende Ausbildung zum Heilerziehungspfleger dauert drei Jahre und erfolgt auf Fachschulebene. Zur Zeit gibt es 25 Ausbildungsstätten für Heilerziehungspfleger in der Bundesrepublik Deutschland, die fast alle an Heil- und Pflegeanstalten eingerichtet sind. Voraussetzung für die Ausbildung ist in der Regel die Fachschulreife oder aber eine mindestens zweijährige Berufsausbildung oder eine abgeschlossene Ausbildung als Heilerziehungshelfer oder Krankenpflegehelfer. Die 25 Ausbildungsstätten haben derzeit eine Kapazität von 900 Ausbildungsplätzen für Heilerziehungspfleger; das bedeutet, daß pro Jahr etwa 300 Heilerziehungspfleger ausgebildet werden können. Die Anzahl der ausgebildeten Heilerziehungspfleger ist nicht bekannt.

Die berufsbegleitende Ausbildung zum Heilerziehungshelfer dauert ein Jahr und erfolgt auf Berufsfachschulebene. Voraussetzung für die Ausbildung ist eine mindestens zweijährige berufliche oder hauswirtschaftliche Tätigkeit nach dem Hauptschulabschluß. In der Regel werden Heilerziehungshelfer in denselben Ausbildungsstätten ausgebildet wie die Heilerziehungspfleger. An diesen Ausbildungsstätten gibt es derzeit pro Jahr ca. 600 Ausbildungsplätze für Heilerziehungshelfer. Auch die Zahl der ausgebildeten Heilerziehungshelfer ist nicht bekannt. Viele der ausgebildeten Heilerziehungshelfer schließen hieran jedoch noch die weitere Ausbildung zum Heilerziehungspfleger an.
Für die Berufsgruppe der Heilerziehungspfleger ist die Schaffung von Ausbildungskapazitäten an Fachschulen dringend erforderlich; dies wäre auch ein erster Schritt zu einer Vereinheitlichung der Ausbildung wie der staatlichen Anerkennung.

6.2 Gegenüberstellung von Bedarf und notwendigem Neuangebot an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern

Für den pädagogischen Bereich liegen, wie aufgezeigt, fast keine empirischen Angaben vor, so daß auch für die Berufsgruppen der Heilpädagogen und und Heilerziehungspfleger ebenfalls keine Prognosen erstellt werden konnten. Deshalb wurden für diesen Bereich wiederum Bedarfsdeckungsprojektionen auf der Grundlage der Ergebnisse der Erhebung der Sachverständigen-Kommission durchgeführt, die auch dieselbe Struktur aufweisen wie die vorhergehenden. Die unter Punkt 3.2 ausgeführten Erläuterungen gelten deshalb gleichermaßen für die Bedarfsdeckungsprojektionen für Heilpädagogen und Heilerziehungspfleger.

Notwendiges Neuangebot im Pädagogischen Bereich (Heilpädagogen u. ä. und Heilerziehungspfleger u. ä.) zur Deckung des von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfs für die psychiatrische Versorgung

1. Variante: Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission		28 600 = 100 %	
2. Ausgangsbestand an pädagogischem Personal 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	392		
3. Notwendiges Neuangebot an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern durchschnittlich pro Jahr			
a) Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	1 015	1975	*12,0*
		1980	*29,7*
		1985	*47,4*
		1990	*64,9*
		1995	*82,4*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarf im Jahr 1995	1 233	1975	*14,3*
		1980	*35,8*
		1985	*57,3*
		1990	*78,6*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahre 1990	1 573	1975	*17,8*
		1980	*45,3*
		1985	*72,7*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahre 1985	2 173	1975	*24,1*
		1980	*62,1*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	3 529	1975	*38,3*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	9 407	1975	*100,0*

Berechnungsmethode: vgl. Erläuterung bei der Berufsgruppe der Psychologen

2. Variante [1]: Bedarfsdeckung für die stationäre psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern für die stationäre Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission		28 600 = 100 %	
2. Ausgangsbestand an pädagogischem Personal 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	392		
3. Notwendiges Neuangebot an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	1 015	1975	*12,0*
		1980	*29,7*
		1985	*47,4*
		1990	*64,9*
		1995	*82,4*
		2000	100,0
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	1 233	1975	*14,3*
		1980	*35,8*
		1985	*57,3*
		1990	*78,6*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	1 573	1975	*17,8*
		1980	*45,3*
		1985	*72,7*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	2 173	1975	*24,1*
		1980	*62,1*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	3 529	1975	*38,3*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	9 407	1975	*100,0*

[1]) identisch mit 1. Variante

Notwendiges Neuangebot im Pädagogischen Bereich (Heilpädagogen u. ä. und Heilerziehungspfleger u. ä.) zur Deckung des von der Sachverständigen-Kommission ermittelten Bedarfs für die psychiatrische Versorgung

3. Variante: Bedarfsdeckung für die gesamte psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission		28 600 = 100 %	
2. Ausgangsbestand an pädagogischem Personal 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	2 122		
3. Notwendiges Neuangebot an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	988	1975	*17,6*
		1980	*34,5*
		1985	*51,5*
		1990	*67,7*
		1995	*83,8*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	1 189	1975	*19,7*
		1980	*40,2*
		1985	*60,7*
		1990	*80,3*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	1 502	1975	*23,0*
		1980	*48,9*
		1985	*74,9*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	2 055	1975	*28,8*
		1980	*64,4*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	3 328	1975	*42,1*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	8 847	1975	*100,0*

4. Variante [1]: Bedarfsdeckung für die stationäre psychiatrische Versorgung

	Anzahl	Deckungsgrad in % des Bedarfs	
1. Bedarf an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern für die stationäre Versorgung lt. Angaben der Sachverständigen-Kommission		28 600 100 %	
2. Ausgangsbestand an pädagogischem Personal 1972 in psychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sowie in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch Kranke lt. Erhebung der Sachverständigen-Kommission	2 122		
3. Notwendiges Neuangebot an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern durchschnittlich pro Jahr			
a) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 2000	988	1975	*17,6*
		1980	*34,5*
		1985	*51,5*
		1990	*67,7*
		1995	*83,8*
		2000	*100,0*
b) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1995	1 189	1975	*19,7*
		1980	*40,2*
		1985	*60,7*
		1990	*80,3*
		1995	*100,0*
c) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1990	1 502	1975	*23,0*
		1980	*48,9*
		1985	*74,9*
		1990	*100,0*
d) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1985	2 055	1975	*28,8*
		1980	*64,4*
		1985	*100,0*
e) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1980	3 328	1975	*42,1*
		1980	*100,0*
f) bei Deckung des Bedarfs im Jahr 1975	8 847	1975	*100,0*

[1] identisch mit 3. Variante

Die Bedarfdeckungsprojektionen zeigen mit aller Deutlichkeit die enorme Diskrepanz auf, die im pädagogischen Bereich zwischen Bedarf und Angebot an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern zu verzeichnen ist. Zieht man zudem noch in Betracht, daß der Ausgangsbestand noch einen erheblichen Anteil an unqualifiziertem pädagogischem Hilfspersonal enthält, so erscheint die Möglichkeit einer Bedarfsdeckung auch langfristig kaum realisierbar. Die derzeitigen Ausbildungskapazitäten reichen bei weitem nicht aus, um einen zur Bedarfsdeckung notwendigen Neuzugang an Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern ermöglichen zu können. Im pädagogischen Bereich sind somit einschneidende Maßnahmen zur Schaffung ausreichender Ausbildungskapazitäten erforderlich, um eine adäquate sonderpädagogisch-therapeutische Betreuung in der psychiatrischen Versorgung wenigstens mittel- oder langfristig gewährleisten zu können.

7 Zusammenfassende Schlußbemerkungen

Der Vergleich der von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Bedarfszahlen für die psychiatrische Versorgung mit den derzeitigen Bestandszahlen und dem voraussichtlich zu erwartenden bzw. zur Bedarfsdeckung notwendigen Angebotspotential in den für die Psychiatrie wesentlichen Berufsbereichen erbrachte für alle untersuchten Berufsgruppen ein enormes Bedarfdeckungsdefizit. Der zur Zeit herrschende Mangel an qualifizierten Fachkräften im ärztlichen, psychologischen, pflegerischen ,therapeutischen, pädagogischen und sozialen Berufsbereich in der psychiatrischen Versorgung ist eklatant.

Bei Fortbestehen der zur Zeit herrschenden Verhältnisse im Ausbildungssektor wie auch der materiellen und strukturellen Bedingungen im psychiatrischen Versorgungssystem selbst kann ein den Bedarf deckendes Angebot an adäquat qualifizierten Fachkräften in der Psychiatrie in absehbarer Zukunft nicht erwartet werden.

Die politischen Instanzen sind deshalb aufgerufen, für den Bereich der psychiatrischen Versorgung umgehend einschneidende Maßnahmen hauptsächlich im Bildungs- und Gesundheitswesen zu ergreifen. Nur durch einen stark forcierten Ausbau der Ausbildungskapazitäten und die Förderung geeigneter Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge, die zu den verschiedenen psychiatrischen Fachberufen hinführen, wird eine quantitative und qualitative Verbesserung der Personalsituation im psychiatrischen Versorgungssystem realisierbar sein. Daneben sind materielle Verbesserungen und strukturelle Reformen sowie Maßnahmen zum Abbau der derzeit herrschenden starken Vorurteile gegenüber dem gesamten Behinderten- und psychiatrischen Bereich erforderlich, um zur Ausbildung auf psychiatrische Fachberufe hin zu motivieren, bzw. um Angehörige der in dieser Studie untersuchten Berufsbereiche zu motivieren, in der Psychiatrie tätig zu werden.

Dies alles wird sicherlich nur in langfristig angelegten Programmen und Maßnahmen zu realisieren sein. Doch auch kurzfristig auf die Personalsituation in der Psychiatrie verbessernd wirkende Maßnahmen müssen bedacht und in Angriff genommen werden, da „eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen." [1])

---

[1]) Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestags-Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973, S. 23

Anhang

Personalbedarf für die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
lt. Entwurf der Sachverständigen-Kommission vom 18. Oktober 1974

a) stationäre Versorgung

	Ärztlicher Bereich	Psychologischer Bereich	Pflegebereich	Bereich der Beschäftigungs-, Arbeits- und Berufstherapie	Sozialbereich	Pädagogischer Bereich a) Heilerziehungspfleger u. ä. b) Heilpädagogen u. ä.	
Allgemeine Psychiatrie			30 000	1 500	1 500		
Geronto-Psychiatrie	3 950	790	7 200	480	480		
Sucht-Bereich			3 600	530	1 060		
Kinder- und Jugendpsychiatrie			6 000			a) 6 200 b) 2 600	
	800	400		1 120	1 120		
Oligophrene unter 18 Jahren			4 500			a) 4 500 b) 2 600	
Oligophrene 18 Jahre und älter	—	—	15 000	3 600	900	a) 9 000 b) 3 900	
Tbc-Kranke	40	10	600	30	30	—	
Psychisch kranke Rechtsbrecher	95	80	1 600	120	80	—	
zusammen ...	4 885	1 320	68 500	7 380	5 170	a) 19 500 b) 9 100	28 600

b) teilstationäre Versorgung
c) ambulante Versorgung

Allgemeine Psychiatrie							
Tagesklinik							
Nachtklinik							
Übergangswohneinheiten .			720		480		—
Ambulanz	1 800	240	720	—	480		
Öffentlicher Gesundheitsdienst und Beratungsstellen	1 000						
Geronto-Psychiatrie	960	240	2 160	240	480		—
Sucht-Bereich							
teilstat. Versorgung							
ambulante Versorgung ..	240	—	—	—	—		—
Kinder- und Jugendpsychiatrie							
Kinderheime							
Beratungsstellen	200	200	—	—	—		—
zusammen	4 200	680	3 600	240	1 440		—
insgesamt ...	9 085	2 000	72 100	7 620	6 610		28 600

Was sagen katamnestische Untersuchungen über die Effektivität stationärer psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus?

von

Rolf Göllner

1 Vorbemerkungen

Der Gutachtenauftrag wurde am 8. April 1974 erteilt. Als Hauptziel wurde bezeichnet, „harte Daten über die Effektivität stationärer psychotherapeutischer Behandlungen zu gewinnen".

Ferner wurde vereinbart, auch einschlägige Arbeiten aus dem Ausland heranzuziehen.

Die Forderung nach „harten" Daten besagt für die zur Debatte stehende Frage folgendes:

> Es soll der *Nachweisbarkeit* der Effektivität das Hauptgewicht gegeben werden.

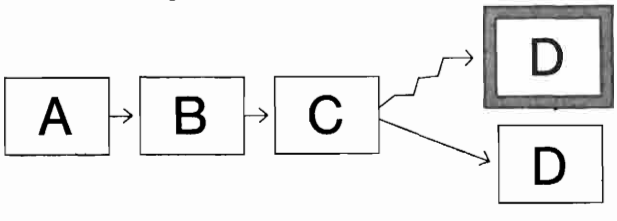
D. h., es geht nicht um ein Schätzurteil über die Wirksamkeit (stationärer) psychotherapeutischer Maßnahmen, sondern allein darum, ob eine solche (behauptete oder tatsächlich vorhandene) Wirksamkeit *nachgewiesen* werden kann.

Wenn eine Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden kann, so heißt dies nicht notwendig, daß keine Effektivität vorliegt, sondern nur, daß der Nachweis hierfür nicht erbracht wurde (für die Nicht-Wirksamkeit ergibt sich in gleicher Weise die Forderung der Nachweisbarkeit).

2 Effektivität

Um zu verdeutlichen, was Effektivität im Zusammenhang mit katamnestischen Untersuchungen bedeutet, wollen wir uns der folgenden Skizze bedienen.

Abbildung 1



A sei der Gesundheitszustand eines Patienten *vor* der psychotherapeutischen Behandlung.

B der Gesundheitszustand desselben Patienten direkt *nach* der psychotherapeutischen Behandlung.

C der Gesundheitszustand desselben Patienten, nachdem die Behandlung sowie eine *weitere Zeit* ohne Behandlung verstrichen ist.

D schließlich der *beabsichtigte* Gesundheitszustand, der durch die Behandlung erreicht werden soll.

Das zunächst einfach erscheinende Schema wird zunehmend kompliziert, wenn wir die nun folgenden Spezifikationen einführen — welche keineswegs als Sonderfälle erscheinen, sondern in der Praxis häufig vorkommen.

Die Bedeutung der Worte „vor der Behandlung" ist keineswegs einheitlich: wir können in den wenigsten Fällen von einem Patienten ausgehen, der ärztlich noch in keiner Weise „vorgeformt" ist; zahlreiche und in einzelnen Fällen nicht genau eruierbare *Vorbehandlungen* sind die Regel.

Der Weg zu einer stationären psychotherapeutischen Behandlung führt über eine Reihe von Entscheidungen, die in der Abbildung 2 veranschaulicht sind.

Die vereinfachte Darstellung zeigt vier hierarchisch geordnete Entscheidungsprozeduren (nach dem Ja-Nein-Typ), wobei sich innerhalb der stationären Psychotherapie weitere Differenzierungen anschließen können. Wie solche Entscheidungen fallen, ist von praktischen Erwägungen (wie Kosten, Wohnortentfernungen usw.) ebenso abhängig wie von theoretischen (etwa Leidensdruck, Therapierbarkeit usw.).

Ist aber die Frage, ob eine stationäre psychotherapeutische Behandlung angezeigt ist, bejaht, so ist im Bereich der Klinik eine *Mischung von* (sozusagen „reinen") *psychotherapeutischen Behandlungsverfahren mit anderen* (im strengen Sinne nicht so zu bezeichnenden) *Maßnahmen* die Regel. (So kann z. B. die Verordnung von Massagen schwerlich als psychotherapeutische Maßnahme bezeichnet werden, obwohl sie in einem Gesamt-Therapieplan durchaus ihren Platz haben kann.)

— Bei der Bestimmung der Effektivität aufgrund katamnestischer Untersuchungen geht es nun darum, zunächst eine *Änderung* zwischen dem Zustand A und dem Zustand B, bzw. zwischen A und C festzustellen.

Falls eine Veränderung gemessen wird und diese Veränderung in Richtung des therapeutisch Gewünschten erfolgt, spricht man von *Effektivität*. Die Effektivität ist somit bezogen auf einen Zustand D (siehe Abbildung 1). Dieser Zustand D wird entweder direkt angestrebt oder nur als Wunschziel, dem man sich möglichst weit nähern möchte, ins Auge gefaßt.

Für die weiteren Erläuterungen ziehen wir Abbildung 3 heran.

Abbildung 2

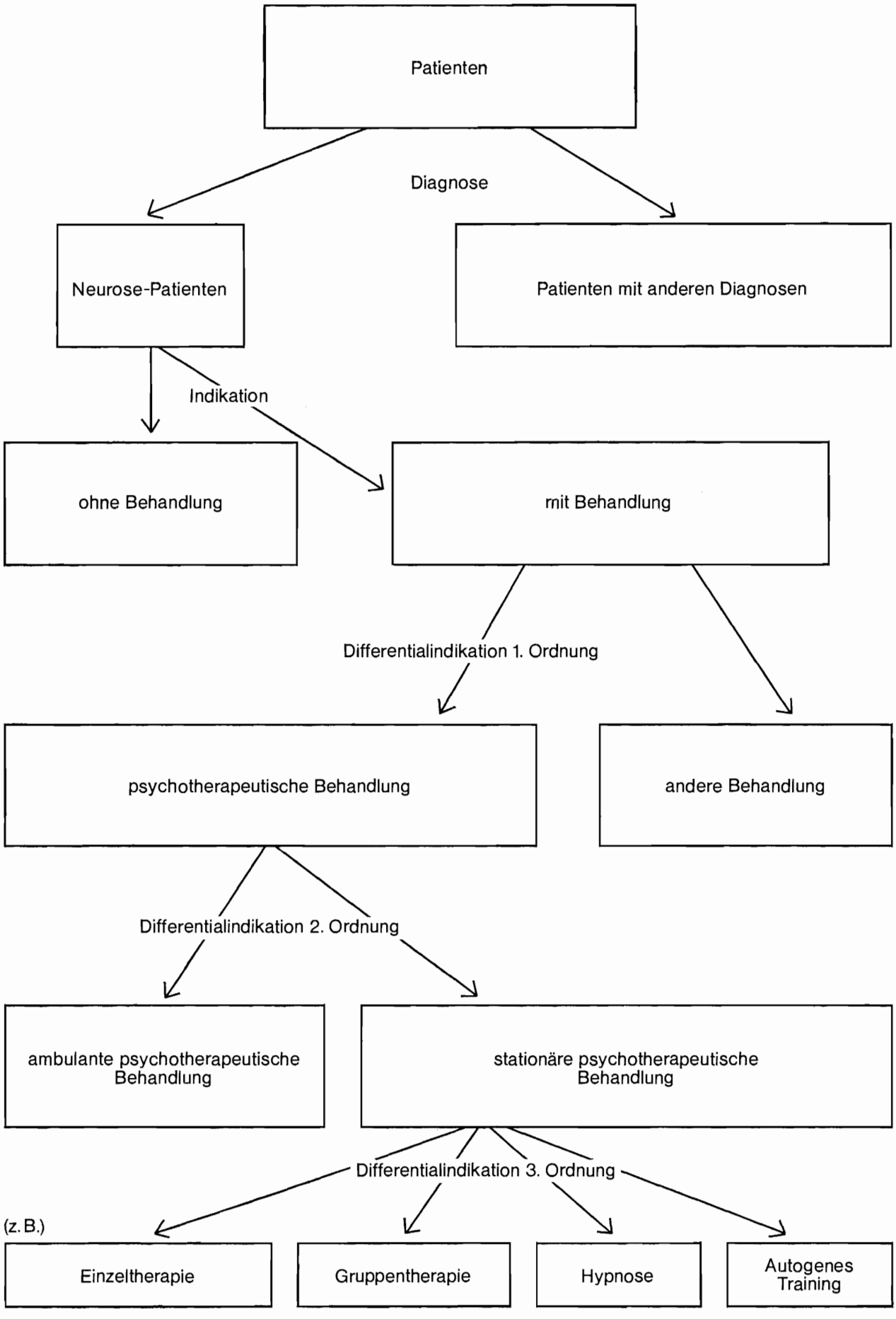
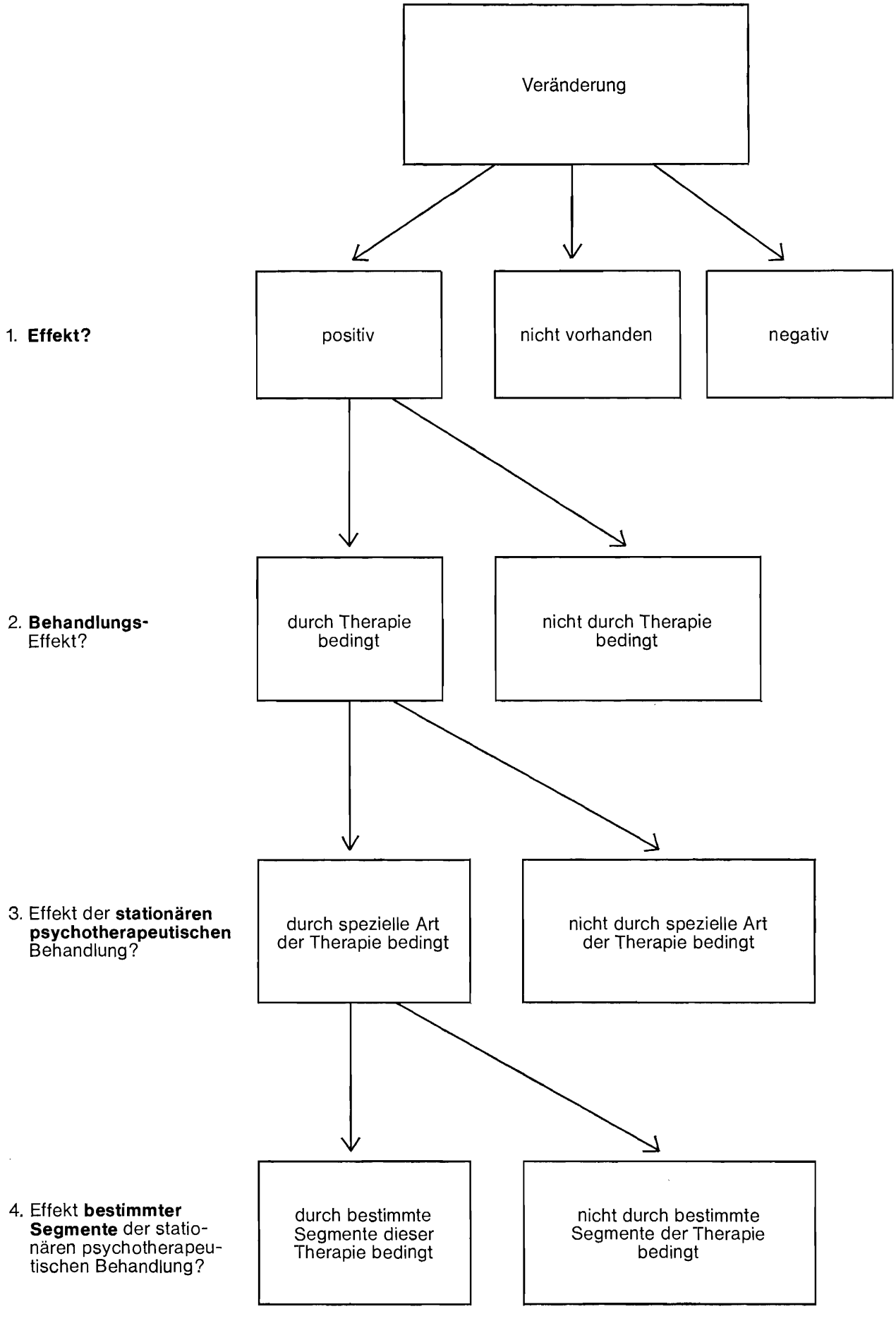

Patienten
Diagnose
Neurose-Patienten
Patienten mit anderen Diagnosen
Indikation
ohne Behandlung
mit Behandlung
Differentialindikation 1. Ordnung
psychotherapeutische Behandlung
andere Behandlung
Differentialindikation 2. Ordnung
ambulante psychotherapeutische Behandlung
stationäre psychotherapeutische Behandlung
Differentialindikation 3. Ordnung
(z. B.)
Einzeltherapie
Gruppentherapie
Hypnose
Autogenes Training

Abbildung 3


Veränderung
1. **Effekt?**
positiv
nicht vorhanden
negativ
2. **Behandlungs-**Effekt?
durch Therapie bedingt
nicht durch Therapie bedingt
3. Effekt der **stationären psychotherapeutischen** Behandlung?
durch spezielle Art der Therapie bedingt
nicht durch spezielle Art der Therapie bedingt
4. Effekt **bestimmter Segmente** der stationären psychotherapeutischen Behandlung?
durch bestimmte Segmente dieser Therapie bedingt
nicht durch bestimmte Segmente der Therapie bedingt

Hat man eine positive Veränderung festgestellt, so ist die Frage zu stellen, ob der Effekt tatsächlich auf der Tatsache der *Behandlung* beruht. Diese Voraussetzung zu machen, erscheint zunächst plausibel. sie ist es jedoch keineswegs. Es hat sich nämlich gezeigt, daß es auch ohne Behandlungen positive Veränderungen im Sinne des Wünschenswerten gibt.

Der hierfür verwendete Ausdruck „Spontanheilung" ist insofern irreführend, als er wiederum eine falsche Voraussetzung beinhaltet, nämlich die, daß die Krankheit sozusagen von sich aus (spontan) wieder verschwindet. Statt dessen gibt es aber *auch* die Möglichkeit, daß sehr wohl *gezielte* Faktoren eingewirkt haben (z. B. bestimmte Milieu-Einflüsse), ohne daß diese Faktoren etwas mit Behandlung zu tun haben. (Man könnte in diesem Zusammenhang von einer „natürlichen Behandlung" oder „zufälligen Behandlung" sprechen.)

Kann die Möglichkeit einer sog. Spontanheilung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ausgeschaltet werden, so ergibt sich die weitere Frage, ob die *spezielle Art* der Behandlung — also hier die stationäre psychotherapeutische Behandlung — den Effekt bewirkt hat. Mit anderen Worten: würden andere Behandlungsformen diesen Effekt auch erreichen, und falls ja, — würden sie einen größeren oder einen geringeren Effekt haben?

Diese Frage gewinnt insofern an erheblicher Brisanz, als die psychotherapeutische Behandlung — die ambulante im allgemeinen und die stationäre im besonderen — hohe Kosten (sowohl bezogen auf die jeweilige Patientenbehandlung als auch auf die Ausbildung zum Therapeuten) verursacht. Die Suche nach Alternativen zu dieser Behandlung ist daher ein dringendes Erfordernis.

Falls nun nachgewiesen ist, daß die beobachtete positive Veränderung tatsächlich auf der spezifischen Art der Therapie beruht, so kann weiter nach der Wirkung *bestimmter Segmente* dieser Therapie gefragt werden.

Es kann z. B. bei der Kombination von Einzel- mit Gruppentherapie gefragt werden, ob der Effekt zum größeren Teil auf die Einzeltherapie oder zum größeren Teil auf die Gruppentherapie zurückgeht. Hier ergibt sich jedoch die grundsätzliche Schwierigkeit, die Einflußgrößen in Isolierung voneinander zu untersuchen. Zumeist hat man es mit einem Bündel an Behandlungsmaßnahmen zu tun, das sich nicht mehr in die einzelnen Bestandteile zerlegen läßt. — Diese letzte Frage ist allerdings von geringerer praktischer Bedeutung für die Effektivitätsbeurteilung: mit dem Nachweis, daß die Wirkung durch die spezielle Art einer stationär-psychotherapeutischen Behandlung bedingt ist, wäre die Berechtigung dieser Therapie bereits bewiesen.

Bisher haben wir noch keinen Unterschied zwischen Konstellation A zu B und A zu C gemacht (s. Abb 1). Dieser Unterschied nun bezieht sich auf die *Dauer des Effekts*. Allgemein gilt, daß ein positiver Effekt für eine „gewisse Zeit" anhalten muß; andernfalls ist er zu kurzfristig und damit nicht als Erfolg zu werten. Dieses Argument bekommt im Rahmen der Psychotherapie aber besonderes Gewicht, da die Behandlungen selbst häufig über Jahre dauern. Noch heute sind ambulant durchgeführte Analysen von über 2 000 Stunden Dauer keine Seltenheit. *Stationäre* psychotherapeutische Maßnahmen pflegen zwar in der Regel nicht mehr als ein halbes Jahr zu dauern; sie werden jedoch — der Auffassung verschiedener Psychoanalytiker zufolge — häufig bloß als Teil einer weit längeren Therapie angesehen, die sich dann *doch* über mehrere Jahre erstreckt. Man wird daher billigerweise verlangen müssen, daß sich auch die Effekte über Jahre erstrecken.

Wenn aber die *stationäre psychotherapeutische Behandlung nur ein Teil einer Gesamt-Therapie* ist: wie soll man herausfinden, in welchem Ausmaß der Effekt auf der stationären Behandlung und in welchem Ausmaß er auf den Vor- und Nachbehandlungsmaßnahmen beruht?

3 Beurteilungskriterien

Ob die zwischen A und B bzw. zwischen A und C beobachtete Veränderung positiv zu bewerten ist, wird aufgrund von Bewertungskriterien (Erfolgskriterien) entschieden.

Diese *Bewertungskriterien* orientieren sich an einem direkt oder annäherungsweise angestrebten Zustand D (s. Abb 1). Dieser Zustand D könnte mit „Gesundheit" des Patienten bezeichnet werden. Schließlich ist es ja das Ziel jedweder ärztlichen Bemühung, eine Gesundung herbeizuführen.

In der Psychotherapie ist indessen dieser Begriff selten zu finden, da man gelernt hat, sich auf die klinisch am häufigsten vorkommenden Behandlungsausgänge einzustellen. Daß der Patient psychisch „gesund" die Klinik verläßt, erscheint den meisten Therapeuten als ein kaum erreichbares und daher nicht realistisches Ziel einer stationären psychotherapeutischen Behandlung.

Statt dessen ist der Begriff „Umstrukturierung" der Persönlichkeit gebräuchlicher. Es ist jedoch jeweils konkret anzugeben, was man im je individuellen Fall unter „Umstrukturierung" zu verstehen hat. (Andernfalls handelt es sich um ein Schlagwort, mit dem angebliche, nicht näher definierte positive Veränderungen beschrieben werden sollen.)

Die konkrete Festlegung von Behandlungszielen ist ebenso schwierig wie auch schon die Beurteilung der Ausgangssituation (Zustand A):

Ein einheitliches und von allen akzeptiertes Maß für die *Schwere* einer neurotischen Erkrankung existiert nicht. Bisherige Vorschläge haben eine stark konventionelle (wenn nicht gar wertende) Komponente; sie sind gezwungen, heterogene Merkmale in einem Gesamt-Index zu verschmelzen. (Eine Erkrankung kann schwer sein bezüglich der Behandelbarkeit, bezüglich der auftretenden Symptome, hinsichtlich der sozialen Desintegration usw.)

Befindet sich ein Patient mit neurotischen Störungen in einer *stationären* Behandlung, so wird man im allgemeinen annehmen, daß es sich um eine

schwere Erkrankung handle: Damit ist aber in diesem Zusammenhang oft nicht mehr und nichts anderes ausgesagt als: „Diese Neurose ist so beschaffen, daß eine *ambulante* Psychotherapie nicht möglich ist."

4 Antwort

Wenn einerseits der Psychoanalytiker Malan sagt „... mag auch das Beweismaterial, das gegen die Validität der Psychotherapie spricht, nicht sehr stark sein — die Beweise, die für sie sprechen, kann man geradezu vernachlässigen" (S. 207), und wenn wir andererseits von dem bekannten Kritiker der Psychoanalyse Eysenck hören, daß seine aufgeführten Ergebnisse nicht notwendigerweise die Möglichkeit therapeutischer Effektivität widerlegen („The figures quoted do not necessarily disprove the possibility of therapeutic effectiveness" (S. 323), so sieht man recht deutlich, daß es einen sehr breiten Spielraum für mögliche Beurteilungen gibt. Wo gesicherte und aussagekräftige Fakten fehlen, breiten sich Meinungen aus.

Während Dührssen bei Behandlungsende von 845 Fällen keinen einzigen als „ungebessert" klassifizierte, fanden Miles und Mitarbeiter 42 % ungebesserte („unchanged") Fälle.

Trotz einer großen Fülle von Untersuchungen zur Effektivität (stationärer) psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen, ist der Bestand an gesichertem Wissen zu diesem Thema gering.

Die Vielzahl der Untersuchungen (s. das beigefügte Literaturverzeichnis) ist einerseits Ausdruck für das stete Bemühen, die Effektivität nachzuweisen; andererseits aber auch Ausdruck der Tatsache, daß dieser Nachweis bisher nicht stichhaltig gelungen ist.

Dies hängt insbesondere mit der Schwierigkeit in der Einschätzung von zwei Größen zusammen: 1. mit der Einschätzung der Häufigkeit von „Spontanheilungen" und 2. mit der Schwierigkeit, einen *aussagekräftigen* Vergleich mit anderen Behandlungsmaßnahmen durchzuführen. Der erste Punkt entspricht dem Vergleich: Psychotherapie gegenüber keiner Therapie; der zweite dem Vergleich: Psychotherapie gegenüber einer Behandlungs-Alternative.

Als eindeutig nachgewiesen kann gelten, daß es spontane Besserungen gibt. Legt man einen Zeitraum von bis 5 Jahren zugrunde, so liegen die Schätzungen unbehandelter Besserungen bei einem Drittel der Fälle (Langen und Sonnenburg, Saslow und Peters). Es gibt jedoch auch höhere Schätzwerte (z. B. Stokvis in einer Untersuchung: 53 %).

Es gibt keinen eindeutigen Hinweis dafür, daß psychotherapeutische Verfahren gegenüber anderen Verfahren überlegen seien. Die vorliegenden Befunde sprechen eher dagegen (z. B. Harris, der 60 Psychotherapiefälle mit 60 Patienten mit CO_2-Behandlung miteinander verglich und keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fand; siehe dazu das Sammelreferat von Hofstätter).

Bei den unterschiedlichen Kriterien, die zur Beurteilung des Behandlungserfolges angelegt werden (man vergleiche z. B. Boehm, Dührssen, Kleinsorge/Klumbies; der Psycholoanalytiker Winkler hält sie für „inkommensurabel") ist ein Vergleich der Ergebnisse miteinander problematisch. Führt man ihn dennoch durch, so ergibt sich das folgende Durchschnittsbild:

Ein Drittel der Fälle wird als „wesentlich gebessert" (oder „geheilt") klassifiziert, ein weiteres Drittel als „gebessert" und schließlich das letzte Drittel als „nicht gebessert" (s. dazu die Übersicht von Langen und Veith, S. 292).

Vergleicht man diese Schätzung mit der Schätzung der Spontanremissionen, so ist daraus eine Überlegenheit der psychotherapeutischen Behandlung gegenüber einer Nicht-Behandlung abzuleiten.

Die Psychotherapie erweist sich damit als effektiv in dem Sinne, daß sie wünschenswerte Änderungen herbeiführt.

Eine Überlegenheit dieser Methode gegenüber anderen Verfahrensweisen ist jedoch nicht nachzuweisen. Die dazu bisher vorliegenden Befunde sprechen eher gegen eine solche Behauptung.

Die zu beantwortende Frage lautet:

> „Was sagen katamnestische Untersuchungen über die Effektivität stationärer psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus?"

In den Vorbemerkungen war betont worden, daß auf die Nachweisbarkeit abgehoben werden soll. Von diesem Ausgangspunkt her sind die folgenden Aussagen — und nur diese! — zu machen:

1. Katamnestische Untersuchungen weisen nach, daß stationär-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen effektiv sind in dem Sinne, daß sie bei schätzungsweise zwei Drittel der bis zum vorgesehenen Ende der Therapie Behandelten wünschenswerte Veränderungen hervorrufen.
2. Katamnestische Untersuchungen machen die folgende Aussage sehr wahrscheinlich (auch wenn sie sie nicht mit letzter Sicherheit nachweisen): stationär-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen sind Nicht-Behandlungen überlegen, da ihre Effekte größer sind als die, welche ohne Behandlung erzielt wurden (sogenannte Spontanheilungen, d. h.: Besserungen ohne gezielte Behandlung).
3. Katamnestische Untersuchungen ergeben keine Hinweise dafür, daß stationär-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen anderen Behandlungsmaßnahmen überlegen sind; die spärlichen Hinweise aus Untersuchungen sprechen eher gegen eine solche Überlegenheit.

Literaturverzeichnis zur Katamnestik

Appel, K. E., Lhamon, W. T., Meyers, J. M., Harvey, W. A.: Long term psychotherapy, Res. Publ. Ass. nerv. ment Dis. 31: 21—34 (1953).

Ash, P.: The reliability of psychiatric diagnoses, J. abnorm. soc. Psychol. 44: 272—276 (1949).

Baily, M. A., Warshaw, L., Eichler, R. M.: A study of factors related to length of stay in psychotherapy, J. clin. Psychol. 15: 442—444 (1959).

Barron, F., Leary, T.: Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy, J. cons. Psychol. 19: 239—245 (1955).

Barron, F.: Some test correlates of response to psychotherapy, J. cons. Psychol. 17: 235 (1953).

Boehm, F.: Erhebung und Bearbeitung von Katamnesen, Zbl. Psychother. 14: 17 (1942).

Bond, E. D.: Follow-up work in mental and surgical cases, Amer. J. Ppsychiat. 3: 445 (1923).

Bond, E. D., Braceland, F. J.: Prognosis in mental disease, Amer. J. Psychiat. 94: 263 (1937).

Carmichael, H. T., Massermann, T. H.: Results of treatment in a psychiatric outpatient department, J. amer. med. Ass. 113: 2292—2298 (1939).

Carr, A. C.: An evaluation of nine non-directive psychotherapy cases by means of the Rorschach, J. cons. Psychol. 13: 196 (1949).

Cartwright, D. S.: Effectiveness of psychotherapy: a critique of the spontaneous remission argument, J. cons. Psychol. 2: 290—296 (1955).

Cheney, C. O., Landis, C.: A program for the determination of the therapeutic effectiveness of the psychoanalytic method, Amer. J. Psychiat. 91: 1161 (1935).

Cobb, S.: Treatment of psychoneurosis and results of follow-up study, Mthl. Rev. Psychiat. Neurol. 120: 5—6 (1950).

Combs, A. W.: Follow-up of a counselling case treated by the non-directive method, J. clin. Psychol. 1: 147—154 (1945).

Comore, B. I.: Follow-up study of 100 patients diagnosed as "neurosis", J. nerv. ment Dis. 83: 679—684 (1936).

Coriat, I. H.: Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. Psychoanal. Rev. 4: 209 (1917).

Cowen, E. L., Combs, A. W.: Follow-up study of 32 cases treated by non-directive psychotherapy. J. abnorm. soc. Psychol. 45: 232—258 (1950).

Cremerius, J.: Die Beurteilung der Behandlungserfolge in der Psychotherapie. Springer, Berlin (1962).

Cremerius, J.: Zur Prognose unbehandelter Neurosen. Z. Psychosom. Med. 12: 106—111 (1966).

Degler, R., Diedrich, R., Enke H., Studt, H. H.: 5-Jahres-Katamnesen stationär psychotherapeutisch behandelter Patienten. Dokumentation III: Klinische Psychotherapie 1957—1965. Münchn. Med. Wschr. 17: 925—934 (1967).

Denker, P. G.: Prognosis and life expectancy in the psychoneurosis. Proc. Ass. Life Insur. med. Div. Amer. 24: 179—186 (1937).

Denker, P. G.: The prognosis of insured neurotics. N. Y. St. J. Med. 39: 238—247 (1939).

Denker, P. G.: Results of treatment of psychoneurosis by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. N. Y. St. J. Med. 46: 2164—2166 (1946).

Denker, P. G.: Results of treatment of psychoneurosis by the general practitioner. Arch. Neurol. 57: 509 (1947).

Dührssen, Annemarie, Jorswieck, E.: Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 36: 4, 166.

Dührssen, A.: Die Überprüfung prognostischer Urteile bei psychogenen Erkrankungen. Z. Psychother. 2: 174 (1952).

Dührssen, A.: Katamnestische Untersuchungen bei Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z. Psychoter. med. Psychol. 3: 167 (1953).

Dührssen. A.: Die Beurteilung des Behanlungserfolges in der Psychotherapie. Z. Psychosom. Med. 3: 201—210 (1957).

Dührssen, A.: Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z. Psychosom. Med. 2: 94—113 (1962).

Dührssen, A. Jorswieck, E.: Zur Korrektur von Eysenck's Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. Acta psychother. 10: 329—342 (1962).

Dührssen, A.: Erfolgsstatistik in der Psychotherapie. Z. ärztl. Fortbild. 8: (1966).

Eitinger, L.: A follow-up study of neuroses. Acta psychiat. 106: 265 (1956).

Enke, H.: Der Verlauf in der Psychotherapie. Springer, Berlin/Heidelberg/N. Y. (1965).

Ernst, K.: Die Prognose der Neurosen. 120 jahrzehntelange Katamnesen poliklinischer Fälle. Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg (1959).

Ernst, K.: Die psychiatrische Behandlung im Rückblick von Patient und Nachuntersucher. Nervenarzt 35: 248—256 (1964).

Ernst, K.: Neurotische Langstreckenverläufe und ihre Beeinflussung durch Psychotherapie, Z. Psychother. med. Psychol. 15: 285—294 (1965).

Ernst, K.: Siebzig 20-jährige Katamnesen hospitalisierter neurotischer Patientinnen. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat 95: 359—415 (1965).

Eysenck, H. J.: The effects of psychotherapy. An evaluation. J. cons. Psychol. (Lancaster) 16: 319—324 (1952).

Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, S. D., Stone, A. R., Nash, E. H.: Patients expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. Amer. J. Psychiat. 115: 961—968 (1959).

Frank, J. D.: Problems of controls in psychotherapy as exemplified by the psychotherapy research project of the Phipps Psychiatric Clinic. In: Rubinstein, E. A., Parloff, M. A. (Hgg): Research in psychotherapy. National Publishing Co., Washington, D. C., S. 10—26 (1959).

Friess, C., Nelson, M. J.: Psychoneurotics five years later. Amer. J. med. Sci. 203: 539—558 (1942).

Goering, M. H.: Erfolgsmöglichkeiten der Psychotherapie. Zbl. Psychother. 8: 219 (1935).

Goldstein, A. P.: Therapist and client expectation of personality change and its relation to perceived change in psychotherapy. Unpublished doctoral dissertation, Penna. State Univers. (1959).

Goldstein, A. P.: Patients expectancies and nonspecific therapy as a basis for (un) spontaneous remission. J. clin. Psychol. 16: 399—403 (1960).

Goldstein, A. P.: Therapist-patient expectancies in psychotherapy. Pergamon, Oxford (1962).

Hardcastle, D. H.: A follow-up study of one hundred cases made for the department of psychological medicine, Guy's Hospital. J. ment. Sci. 80: 536 (1934).

Harris, A.: The prognosis of anxiety states. Brit. med. J. 2: 649 (1938).

Harris, A.: A comperative study of results in neurotic patients treated by two different methods. J. ment. Sci. 100: 718—721 (1954).

Harris, H. I.: Efficient psychotherapy for the large outpatient clinic. New Engl. J. Med. 221 : 1 (1939).

Hastings, D. W.: Follow-up results in psychiatric illness. Amer. J. Psychiat. 114: 1057—1066 (1958).

Heimann, H. et al.: Katamnestische Untersuchungen zur Frage der schizophrenen Reaktion. Mitteilung an der 137. Versammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie in Zürich (28. 10. 62). Schweiz. Arch. Neurol.

Hildreth, H. M.: A scale for measuring psychological changes during military service. Ed. Psychol. Measure 6: 391—399 (1946).

Hofstätter, P. R.: Gegenwärtiger Stand und die gesellschaftlichen Voraussetzungen von Neurosenlehre und Psychotherapie. In: Handb. d. Neurosenlehre u. d. Psychotherapie Bd. I. Urban & Schwarzenberg, Wien/München, S. 171 (1958).

Huddleson, J. H.: Psychotherapy in 200 cases of psychoneurosis. Mil. Surgeon 60: 161 (127).

Hyman, H. T.: The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. J. amer. med. Ass. 107: 326 (1936).

Jacobson, J. R., Wright, K. W.: Review of a year of group psychotherapy. Psychiat. Quart. 16: 744 (1942).

Kaufmann, L.: Zum Problem der Katamnesen nach psychotherapeutischen Behandlungen. Nervenarzt 35: 436—443 (1964).

Kelly, E. L., Fiske, D. W.: The prediction of success in the VA training programm in clinical psychology. Am. Psychologist 5: 395—406 (1950).

Kessel, L., Hyman, H. T.: The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. J. amer. med. Ass. 101: 1612 (1933).

Kleinsorge, H., Klumbies, G.: Kritische Prüfung einer Stichprobe von 1000 Psychotherapiefällen. Dtsch. Ges.-Wes. 42: 1298—1309 (1957).

Kleinsorge, H., Klumbies, G.: Psychotherapie in Zahlen. In: Psychotherapie in Klinik und Praxis. Urban & Schwarzenberg (1960), S. 434—448.

Kleinsorge, H., Klumbies, G.: Psychotherapeutische Erfahrungen einer internistischen Universitäts-Klinik. Urban & Schwarzenberg, München (1960).

Knight, R. P.: Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. Amer. J. Psychiat. 98: 434 (1941).

Köndgen, R., Uberla, K.: Einjahreskatamnesen von 150 stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten. Z. Psychother. med. Psychol. 6: (1962).

Kretschmer, E.: Moderne Probleme der psychotherapeutischen Methodik. Dtsch. med. Wschr. 74: 657 (1949).

Landis, C.: Statistical evaluation of psychotherapeutic methods. In: Hinsie, S. E. (Hg): Concepts and Problems of Psychotherapy. S. 155—165, Heinemann, London (1938).

Langen, D., Veit, H.: Katamnesen nach stationärer Psychotherapie. Z. Psychother. med. Psychol. 4: 281—296 (1954).

Langen, D.: Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart (1956).

Langen, D., Jaeger, A.: Die Pubertätskrisen und ihre Weiterentwicklungen. Arch. Psychiat. 205: 19—36 (1964).

Langen, D.: Faktoren der Spontanheilung bei psychoreaktiven Störungen. Acta psychiat. scand. 41: 428—435 (1965).

Langen, D., Sonnenburg, Renate: Behandelte und Unbehandelte in der Psychotherapie aus der Sicht der Nachuntersuchung. Z. Psychother. med. Psychol. 4: 132 bis 138 (1967).

Levitt, E. E.: The results of psychotherapy with children: An evaluation. J. cons. Psychol. 21: 189—196 (1957).

Linnemann, E. J.: Die Prognose bei Psychotherapie. (dän. mit engl. Zusammenfassung) Nord. Med. 47: 727 bis 730 (1952).

Löfgren, B.: Differenties and ambiguities in using "results" as an evaluating norm in psychiatry. Brit. J. med. Psychol. 33: 95 (1960).

Luff, M. C., Carrod, M.: The after-results of psychotherapy in 500 adult cases. Brit. med. J. 2: 54—59 (1935).

Malan, D.: On assessing the results of psychotherapy. Brit. J. med. Psychol. 32: 86—105 (1959).

Malan, D. H.: Zur Methodik der Beurteilung von Behandlungsergebnissen in der Psychotherapie. Psyche 15: 331—363 (1961).

Malan, D.: Psychoanalytische Kurztherapie. Gemeinschaftsverlag: Huber, Bern/Klett, Stuttgart. (1965).

Massermann, J. H., Carmichael, H. T.: Diagnosis and prognosis in psychiatry: with a follow-up study of the results of short term general hospital therapy of psychiatric cases. J. ment. Sci. 84: 893 (1938).

Matz, P. B.: Outcome of hospital treatment of ex-service patients with nervous and mental disease in the U. S. Veteran's Bureau. U. S. Vet. Bur. med. Bull. 5: 829—842 (1929); Psychiat. Quart. 3: 550 (1929).

Middendorf-Moor, V.: Katamnestische Untersuchungen nach poliklinisch durchgeführter Kurztherapie. Psyche 10: 664—675 (1957).

Miles, H. H. W. Barrabee, E. L., Finsinger, J. E.: Evaluation of psychotherapy. With a follow-up study of 62 cases of anxiety neurosis. Psychosom. Med. 13: 83—105 (1951).

Miller, J. G.: Objective methods of evaluation process and outcome in psychotherapy. Amer. J. Psychother. 108: 258—263 (1951).

Müller, Ch.: Vorläufige Mitteilungen zur langen Katamnese der Zwangskranken. Nervenarzt 24: 112 bis 115 (1953).

Müller, V.: Katamnestische Erhebungen über den spontanen Verlauf der Schizophrenie. Mschr. Psychiat. 122: 257—276 (1951).

Neustatter, W. L.: The results of fifty cases treated by psychotherapy. Lancet 1: 796—799 (1935).

Oberndorf, C. P.: Consideration of results in psychotherapy. Amer. J. Psychiat. 99: 374—381 (1942).

Oberndorf, C. P.: Results of psychoanalytic therapy. Int. J. Psycho-Anal. 24: 107 (1943).

Oberndorf, Ph., Greenacre, Kubie, L.: Symposion on the evaluation of therapeutic results. Int. J. Psycho-Anal. 29: 7—33 (1948).

Phillipson, H.: The assessment of progress after at least two years of group therapy. Brit. J. med. Psychol. 31: 32 (1958).

Rapaport, D.: Struktur der psychoanalytischen Theorie. Klett, Stuttgart (1959).

Rees, J. R.: Prognosis in the sexual neuroses. Lancet 228: 948 (1935).

Rennie, T. A. C.: Prognosis, follow-up study of 500 patients with schizophrenia admitted to hospital from 1913 to 1923. Arch. Neurol. Psychiat. 4: 877 (1939).

Rennie, T. A. C.: Prognosis in the psychoneurosis: benign and malignant developments. In: Hoch, P. H., Zubin, J. (Hgg): Current problems in psychiatric diagnoses. Gruner and Stratton, N. Y. (1953).

Ripley, H. S., Wolff, H. G.: Treatment in a psychosomatic clinic. J. amer. med. Ass. 138: 949—951 (1948).

Rosenbaum, M., Friedlander, J., Kaplan, S. M.: Evaluation of the results of psychotherapy. Psychosom. Med. 18: 113 (1956).

Rosenszweig, S. A.: A transvaluation of psychotherapy — a reply to Hans Eysenck. J. abnorm. soc. Psychol. 49: 298—304 (1954).

Rosenthal, D., Frank, J. D.: Psychotherapy and the placebo effect. Psychol. Bull. 53: 294—302 (1956).

Ross, T. A.: An enquiry into prognosis in the neuroses. Univ. Press., Cambridge (1936).

Saslow, G., Peters, A. D.: A follow-up study of "untreated" patients with various behavior disorders. Psychiat. Quart. 30: 283—302 (1956).

Schilder, P.: Results and problems of group psychotherapy in severe neuroses. Ment. Hyg., N. Y. 23: 87—98 (1939).

Schjelderup, H.: Lasting effects of psycho-analytic treatment. Psychiat. 18: 109 (1955).

Schou, H. I., Vorbeck, H.: Prognose der Neurasthenie und Hysterie im Lichte von Nachuntersuchungen. Ugeskr. Laeg., S. 1655 (1941).

Seeman, J.: A study of the process of non-directive therapy. J. cons. Psychol. 13: 157 (1949).

Stokvis, B.: Symposium on the evaluation of the therapeutic results. Int. J. Psycho-Anal. 29: 7 (1948).

Stokvis, B.: Erfolge der Psychotherapie. In: Stern, E.: Die Psychotherapie in der Gegenwart. Rascher, Zürich (1958).

Stokvis, B.: Psychotherapeutische Ergebnisse. Z. Psychother. 2: 262 (1952).

Stokvis, B.: Psychotherapeutische Fragen, Methoden und Ergebnisse bei allergischen Patienten. Hippokrates 28: 496—500 (1957).

Stokvis, B.: Veersuch einer Erfolgsstatistik über die Wirkung der Psychotherapie an Hand katamnestischer Untersuchungen. In: Speer, E. (Hg): Aktuelle Psychotherapie. — Vorträge der Lindauer Psychotherapiewoche 7. (1957). Lehmann, München (1958) S. 38—49.

Stokvis, B.: Results of psychotherapy. Topical Probl. Psychother. (Karger) 1: 64—72 (1959).

Stokvis, B.: Psychotherapie und Psychopharmakologie bei Psycho- und Somatoneurotikern. Heil-Erfolge oder Schein-Erfolge. Acta psychother. 10: 246—264 (1962).

Strotzka, H.: Betrachtungen zur Frage des Psychotherapieerfolges. Acta Psychother. 12: 341—353 (1964).

Teuber, H. L., Powers, E.: Evaluating therapy in a delinquency prevention programme. Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis. 31: 138 (1953).

Thorley, A. S., Craske, N.: Comparison and estimate of group and individual methods of treatment. Brit. med. J. 1: 97 (1950).

Veraguth, O.: Kennzeichen der Heilung durch Psychotherapie Schweiz. med. Wschr. 55: 797—801 (1925).

Watson, R. J., Mensh, J. N.: The evaluation of the effects of psychotherapy. I. Sources of material. J. Psychol. (Princeton) 32: 259—273 (1952), II. A case study. J. Psychol. (Princeton) 32: 275—291 (1951), III. Research design. J. Psychol. (Princeton) 32: 293—308 (1951).

Wenger, P.: Über weitere Ergebnisse der Psychotherapie im Rahmen einer medizinischen Poliklinik. Wien. med. Wschr. 84: 320—325 (1934).

Wenke, Renate: Verlaufsuntersuchung am behandelten und unbehandelten Patienten in der Psychotherapie. Diss. med. Tübingen (1966).

Wheeler, E. C. et. al.: Neurocirculatory asthenia (anxiety neurosis, effort syndrome, neurasthenia). A twenty year follow-up of hundred and seventythree patients. J. amer. med. Ass. 142: 878—889 (1950).

Wiegmann, H.: Der Neurotiker in der Klinik. Einführung in die Theorie und Praxis stationärer Psychotherapie (Katamnesen: S. 177—192). Verlag für medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen (1968).

Wilder, J.: Facts and figures on psychotherapy. J. clin. exp. Psychopath. 7: 311—347 (1945).

Winkler, W.: Erfolgsstatistik in der psychotherapeutischen Arbeit. (Vortrag 5. Lindauer Psychotherapie-Woche 1954). Thieme, Stuttgart (1955).

Yaskin, J. C.: The psychoneuroses and neuroses. A review of 100 cases with special reference to treatment and results. Amer. J. Psychiat. 93: 107-125 (1936).

Ziegler, D. K., Paul, N.: On the natural history of hysteria in women. A follow-up study twenty years after hospitalization. Dis. nerv. Syst.15: 301—306 (1954).

Ziegler, L. H., Heershema, P. H.: A follow-up study of 111 nonhospitalized depressed patients after 14 years. Amer. J. Psychiat. 99: 813 (1942).

Zubin, J.: Evaluation of psychotherapeutic outcome in mental disorders. J. nerv. ment. Dis. 117: 95—111 (1953).

Erläuterungen und Ergänzungen zum vorstehenden Gutachten

von Rolf Göllner

Diskussionen mit der Arbeitsgruppe „Stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Therapie" über das von mir vorgelegte Gutachten veranlassen mich zu einigen Erläuterungen und Ergänzungen, die dazu dienen sollen, falsche Schlußfolgerungen aus dem Gutachten zu vermeiden.

1 Zur Indikation

Die Alternative zwischen stationärer Psychotherapie und einer anderen Form der Therapie stellt sich nicht in den Fällen, die im Prinzip weder ambulant noch anders als *psycho*therapeutisch behandelbar sind. Auf sie ist daher die Gutachtenfrage nicht anzuwenden.

Zu Ihnen gehören z. B.

— Erkrankungen, deren Versorgung nur durch ein stationär verfügbares medizinisch-therapeutisches Instrumentarium möglich ist, also ein Großteil psycho*somatischer* Erkrankungen, deren genauere Beurteilung sich dem Gutachter (als Nicht-Mediziner) entzieht.

— Erkrankungen, deren Symptomatik eine *ambulante* Behandlung unmöglich macht (wenn z. B. ein Patient keine Verkehrsmittel benutzen kann und

die nächstliegende Praxis eines Psychotherapeuten weit entfernt ist, ist eine ambulante Therapie nicht durchführbar, da in aller Regel der Therapeut nur in seiner Praxis behandelt).

— Patienten aus Gebieten, in denen sich keine oder zu wenig Therapeutenpraxen befinden.

Der letzte Punkt stellt jedoch nur eine Notlösung dar: Wäre ein Therapeut vorhanden, so würde der Patient ambulant behandelt werden.

Die Indikationsfrage führt zu einer grundsätzlichen Schwierigkeit, die *vergleichende* Erfolgsuntersuchungen stark belastet:

Es sind immer spezifischere differentielle Indikationen entwickelt worden, z. B. für die Abgrenzung analytischer Psychotherapie gegenüber aktiv-klinischer Psychotherapie (Dührssen 1952, Langen 1971, Strotzka 1969), Psyhotherapie bei Psychoneurosen gegenüber Psychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen (Enke 1965, Freyberger und Müller-Wieland 1966, Wittich 1970), ambulanter gegenüber stationärer Psychotherapie (Beese 1971, Heigl 1972), (Psycho-)Therapie bei „Reaktionen" gegenüber therapeutischen Maßnahmen bei „Entwicklungen" (Hahn 1969), Psychoanalyse gegenüber Gesprächspsychotherapie (Rogers 1942, 1951) und Verhaltenstherapie (Blöschl 1969).

Damit werden die Patienten immer zahlreicher werdenden Behandlungsvarianten zugeführt (und die Zahlen innerhalb der jeweiligen Variante immer kleiner).

Über die Varianten selbst wird argumentiert, daß diese nicht mehr miteinander vergleichbar seien, da ja die Zuordnungsanweisungen grundsätzlich verschieden seien; das Patientenkollektiv mit der Behandlungsart A also grundsätzlich anders sei als das mit der Behandlungsart B. Unter dieser Argumentation wird dann die Frage sinnlos, ob Behandlungsart A besser sei als Behandlungsart B.

Der korrekte Untersuchungsplan müßte dabei so aussehen: Patienten mit der indizierten Behandlungsart A werden hälftig der Behandlungsart A, zur anderen Hälfte aber der Behandlungsart B zugeführt (obwohl diese bei diesen Patienten nicht indiziert ist). Desgleichen werden Patienten mit der indizierten Behandlungsart B nur zur Hälfte dieser Behandlungsart, zur anderen Hälfte aber Behandlungsart A zugeordnet (obwohl A nicht indiziert ist).

Vom Untersuchungsdesign her ist das Verfahren durchaus korrekt. Der Mediziner wird indessen den folgenden gewichtigen Einwand vorbringen: Es sei medizinisch nicht verantwortbar, einen Patienten, der Behandlungsart A benötige, einer Behandlungsart B zu unterziehen. Mit anderen Worten: Es ist unzulässig, einem Patienten eine falsche Therapie zu verabreichen.

Vergleicht man aber nach einem anderen Versuchsplan B-Behandelte (bei nur B-Indizierung) mit A-Behandelten (bei nur A-Indikationen), so besagt ein ermittelter Unterschied — z. B. „B-Behandlung führt zu höherer Anzahl an Besserungen" — nicht notwendig, daß die B-Behandlung besser ist, denn es kann sich ja bei den B-indizierten Patienten von vornherein um prognostisch günstigere Fälle handeln, der Unterschied also darauf beruhen, daß die B-Fälle die „leichteren" sind.

Verbindet man also die Indikationsfrage mit der Frage des ärztlich(-ethischen) Handelns, d. h. sieht man in der wahlweisen Zuordnung der Behandlungsverfahren aus Versuchsgründen Verstöße gegen verantwortungsbewußtes Handeln, so verzichtet man damit auch gleichzeitig auf empirische Überprüfungsmöglichkeiten.

Ein anderer Grund des Verzichts kann aber auch in der a priori-Sinnlos-Erklärung bestehen: A und B seien ganz verschiedene Behandlungsarten bei unterschiedlichem Patientengut, unterschiedlicher Prognose usw.

Auf unterschiedliche Krankheitsbilder laufen auch die Indikationskriterien zur stationären Psychotherapie hinaus, wie sie etwa von Beese 1971, Heigl 1972 oder von der Arbeitsgruppe stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Therapie entwickelt wurden. In letzterem wird betont, daß zur klinischen Behandlung u. a. *schwere* Ich-Störungen oder Borderlinefälle, d. h. ebenfalls *schwere* Erkrankungformen, die psychotischen Zustandsbildern nahe kommen, in Frage kämen (1974).

Damit ist (vorausgesetzt, man hält sich in der Praxis an die theoretischen Ausarbeitungen) bereits eine spezifische Selektion gebildet, die, bedenkt man ferner die Unterschiede im sogenannten klinisch-stationären Setting (vorausgesetzt, man nutzt die im klinischen Milieu liegenden Möglichkeiten) mit den ambulant Behandelten nicht mehr vergleichbar ist.

— Aus den bisherigen Ausführungen könnte hervorgegangen sein, daß jedenfalls die stationäre Art der Behandlung ein in sich homogenes Feld sei. Da dies nun aber keineswegs der Fall ist, sind selbst innerhalb des Bereiches der klinischen Psychotherapie Erfolgsuntersuchungen nur begrenzt miteinander vergleichbar. „Was dort (d. h. in der stationären Behandlung, R. G.) passiert, was dort psychotherapeutisch passiert, kann . . . nicht homogen sein", „sondern ist bestenfalls durch Reduzierung auf äußerliche Aspekte als homogen zu konstruieren (Dauer des Aufenthalts etc.)" (Kächele 1974).

Die Alternative hier: stationäre Psychotherapie, dort: ambulante Psychotherapie scheint also aus zwei Gründen bei der Abhandlung des Themas Effektivität von geringer Tragweite:

1. der Vergleich stößt auf prinzipielle Bedenken, da das methodisch korrekte Design sowohl auf indikations-theoretische Bedenken als auch auf Bedenken der (unzulässigen) Änderung des ärztlich Gebotenen stößt,
2. ist der Vergleich problematisch, da im Feld stationärer Behandlungen höchst Verschiedenartiges geschieht. (z. B. Enke und Göllner 1971)

Die Frage nach der Effektivität stationärer psychotherapeutischer Maßnahmen geht daher in der allgemeineren Frage nach der Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen überhaupt auf.

Bei der geschilderten Problemlage verwundert es denn auch nicht, daß der Psychoanalytiker Fürstenau (1974) zum Indikationsproblem resümierend

sagt: „Bis heute gibt es keine verbindliche Lösung des Indikationsproblems, die in irgendeinem Sinne über die Meinung und die Erfahrung bestimmter Schulen hinausreichte. Alle empirische Forschung, die bisher in dieser Richtung geleistet worden ist, ist — wie ich es zu nennen pflege — Rechtfertigungsforschung für die jeweilige Konzeption, für die jeweilige Schule, Gruppe, Institution als solche. ‚Rechtfertigungsforschung' soll in diesem Zusammenhang kein Schimpfwort sein, sondern lediglich zum Ausdruck bringen, daß die Betreffenden einen immanenten wissenschaftlichen Sicherungsprozeß auf sich genommen haben, dem jedoch keine übergreifende allgemeine Bedeutung zukommt.

Dieser Stand der Indikationsproblematik führt zu der Annahme, daß fast alle vorgeschlagenen Beziehungen zwischen Patientenkategorien bzw. nosologischen Einheiten und Behandlungsverfahren kontrovers sind. Liest man entsprechende Literatur über die Schulen hinweg, so gibt es in der Tat auf diesem Gebiet keine Frage, glaube ich, die in irgendeinem Sinne nicht kontrovers wäre." (S. 132)

2 Zur Begründung des Gesamturteils über die Effektivität

2.1 Gesamturteil

Die unseres Wissens neueste Übersicht, welche sich auf Arbeiten aus der Zeitspanne zwischen 1952 bis 1969 bezieht, stammt von Bergin (1971).

Neben der größten Aktualität hat diese Übersicht zwei weitere Vorzüge: zum einen sind generelle Stellungnahmen früherer Autoren nicht nur konstatierend, sondern auch kritisch-reflektierend mitverarbeitet, zum anderen ist der Urteilsprozeß im einzelnen transparent gemacht worden.

Bezüglich des Effekts der Psychotherapie wurden von den 52 Arbeiten 22 als positiv und 15 als negativ eingestuft; die restlichen 15 waren nicht entscheidbar („in doubt"). Im Gesamturteil spricht daher der Verfasser von einem mäßig positiven bzw. bescheidenen positiven durchschnittlichen therapeutischen Effekt („moderately positive, average therapeutic effect", S. 229 bzw. „average effect that is modestly positive", S. 263).

2.2 Differenzierungen

Differenzierungen in der Unterschiedlichkeit des Ausmaßes des Effekts konnten teils deutlich festgestellt, teils gemutmaßt werden. U. a. ist der Effekt abhängig:

1. Von der Diagnose („Thus, in spite of the unreliability of diagnoses, there is still evidence that there is gold to bi mined in this domain" (S. 236).
2. Von der Genauigkeit der Beschreibung und Differenzierung (positive Korrelation, die wiederholt beobachtet worden ist).
3. Von der Erfahrung des Therapeuten (*schwache* positive Beziehung).
4. Von der Gründlichkeit und Angemessenheit der Untersuchung (*schwache positive* Beziehung).
5. Von der „Zerlegung" der Gesamttherapie in Komponenten (Behandlungselemente; positive Beziehung): Globale Untersuchungen sind schwerer interpretierbar als spezifizierte.

Der Effekt scheint dagegen *nicht abhängig* zu sein von Dauer und Art der Therapie.

> „Duration of therapy and type of therapy appeared unrelated to outcome, though the possibilities for analysis of these variables must be considered crude and simple to date" (S. 238).

Diese Tatsache sowie deren nicht völlig ausreichende Untermauerung führten zu der 3. Schlußfolgerung des Gutachtens:

> „Katamnestische Untersuchungen ergeben keine Hinweise dafür, daß stationär-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen anderen Behandlungsmaßnahmen überlegen sind; die spärlichen Hinweise aus Untersuchungen sprechen eher gegegen eine solche Überlegenheit."

2.3 Andere Urteile

Es wurde oben (2.1) begründet, warum die Arbeit von Bergin anderen Analysen vorgezogen wurde. Aus den dort genannten Gründen ergeben sich auch die Zurückweisungen anderer Urteile.

2.3.1

Meltzhoff und Kornreich kommen zu dem Urteil: „Effectiveness of psychotherapy is ambly demonstrated" — so lautet der Titel des Aufsatzes von Meltzhoff 1969. Die näheren Ausführungen dazu (in Meltzhoff/Kornreich 1970) konnten diese These jedoch nicht adäquat stützen. Nur allzu deutlich wird, daß in Zweifelsfällen die Befunde zugunsten der Wirksamkeit der Psychotherapie interpretiert werden: so werden z. B. bei der Diskussion der zusammenfassenden Tabelle (S. 174) die Arbeiten mit negativem Ergebnis kritisch unter die Lupe genommen, die mit positivem Ergebnis jedoch nicht.

Dennoch muß betont werden, daß die Abweichung im Urteil gegenüber Bergin eine nur graduelle ist. So stehen bei Meltzhoff/Kornreich Sätze, die wohl auch Bergin unterschreiben könnte (S. 175).

> „The accumulated evidence that enables us to reject the null hypothesis does not enable us to make any statement about the degree of effectiveness of psychotherapy, expectancy rates, or whether or not it is worthwhile."

Noch einmal: Die Urteilsunterschiede zwischen Bergin und Meltzhoff/Kornreich sind nur gradueller Natur. Da Bergin neutraler vorgeht, verdient er den Vorzug. Der einzig essentielle Unterschied zwischen beiden besteht darin, daß Meltzhoff/Kornreich zum Ausdruck bringen, die Effektivität sei ausreichend demonstriert.

2.3.2

Zur negativen Seite weicht Eysenck ab. Seine extreme Ansicht ist die, daß die therapeutischen Effekte die Spontanheilungsquote nicht übersteigen; deshalb *scheine* die Behauptung der Nützlichkeit der Psychotherapie nicht haltbar:

„. . . ; there was an underlying belief that while results to date had not disproved the null-hypothesis,

improved methods of research would undoubtedly do so. Such belief does not *seem* to be tenable any longer *in this easy optimistic form . . .*" (1966, S. 40, Hervorhebungen vom Verf.)

(Man sieht, obwohl Eysenck als einer der schärfsten Kritiker der Psychoanalyse gilt, bleibt seine Ausdrucksweise ein Stück weit unbestimmt; siehe auch den Gutachtentext S. 11.)

Die Gründe, die Eysenck für seine Ansicht anführt, sind aber nicht stichhaltig. Die Gegeneinwände gegen seine Untersuchungen (Dührssen u. Jorswiek 1962; Cremerius 1962, Meyer u. Chesser 1970) sind so weitgehend akzeptiert, daß es nicht mehr wissenschaftlich vertretbar ist, die Eysenckschen Untersuchungen als Argumente für eine Nicht-Effektivität der Psychotherapie zu benutzen.

2.3.3

Auf dem anderen Extrem steht die Meinung von Cremerius: Die Wirksamkeit der Psychotherapie sei jederzeit demonstrierbar. In seiner Arbeit (1972), die sich mit dem Kontrollgruppen-Problem befaßt, steht ganz unvermittelt und ohne jede Begründung: „Bei den mit der Methode vertrauten Fachleuten besteht kein Zweifel ihrer (d. h. der Psychotherapie, R. G.) — jederzeit demonstrierbaren — Wirksamkeit" (S. 541).

Obwohl diese Aussage wissenschaftlich nicht begründbar ist, drückt sie doch einen Tatbestand aus, der wiederholt anzutreffen ist: der klinisch (oder in ambulanter Praxis) tätige Psychotherapeut hat in der Regel den *Eindruck*, daß die dort durchgeführten psychotherapeutischen Maßnahmen in hohem Maße wirksam (effektiv) sind. Er begründet dies meist mit „klinischen Erfahrungen".

Es ist somit eine Diskrepanz zwischen dem klinischen Eindruck einerseits und den wissenschaftlich demonstrierbaren Effekten andererseits festzustellen.

Hieraus darf nun allerdings nicht — wie es häufig geschieht — der Schluß gezogen werden, daß die Effektivität schon bewiesen werde, wenn nur die Qualität der katamnestischen Methodik sich verbessere.

Für den praktisch tätigen Therapeuten mögen sogenannte „Evidenz"-Erlebnisse von Bedeutung sein — seine Erwartungen zeigen in der Tat Beziehungen zum Endergebnis der Behandlung (Goldstein 1962) — als wissenschaftlich gesichert aber kann nur gelten, was auch empirisch demonstrierbar ist. Die Benutzung der Evidenz als wissenschaftliches Gütekriterium (Lorenzer 1970) ist, wie wir zeigen konnten (Göllner 1974), unzulässig.

Zu welchen Teilen die sich häufig zeigende Nicht-Effektivität (s. die 37 von Bergin als negativ bzw. fraglich eingestufte Untersuchungen) à Konto mangelhafter katamnestischer Forschung und zu welchen Teilen sie auf tatsächliche Unwirksamkeit zurückgehen — dies ist zur Zeit nicht exakt abzuschätzen. Jedenfalls ist es zum gegenwärtigen Zeitpunkt unzulässig, die Ursache *allein* in der Problematik der Katamnesenforschung zu sehen.

2.3.4

Die zusammenfassende Übersicht, die Kellner (1965; 1967) gibt, weicht von der Berginschen Darstellung praktisch nicht ab und bedarf daher nicht der weiteren Diskussion.

3 Einzeluntersuchungen

Die im folgenden aufgeführten Einzeluntersuchungen sollen nicht im ganzen referiert werden (sie müßten dann fast so lang sein wie die Originalarbeiten selbst), vielmehr ist beabsichtigt, *einzelne Sachverhalte* an Hand dieser Untersuchungen zu demonstrieren. Daraus folgt, daß 1. die hier erwähnten Untersuchungen nicht notwendig zu den wichtigsten auf dem Gebiet der Katamnesenforschung gehören und 2. eine Vollständigkeit nicht angestrebt ist. Wir ziehen hier Arbeiten aus dem deutschen Sprachraum heran, da im bisherigen Teil der Erläuterungen hauptsächlich auf Arbeiten aus dem anglo-amerikanischen Sprachgebiet zurückgegriffen wurde.

3.1 Kleinsorge und Klumbies (1957)

Die Arbeit bezieht sich auf 1 000 Psychotherapiefälle, bei denen der Sofort- und Dauererfolg bestimmt wurden. Die Kriterien sollen hier nicht im einzelnen diskutiert werden.

Hervorzuheben ist, daß die Erfolge zu zwei verschiedenen Zeitpunkten ermittelt werden. Bei einer 4-Kategorien-Einteilung ergab sich folgendes Bild:

Die „Sehr-gut"-Bewertungen waren an beiden Zeitpunkten etwa gleich, die „Gut"-Bewertungen nahmen erheblich ab (von ca. 45 % auf ca. 15 %), das Urteil „gering" lag in beiden Fällen um 20 %, während die Beurteilung „ohne Erfolg" von ca. 18 % auf ca. 42 % anstieg.

3.2 Baerwolff (1958)

Es wird über 82 katamnestisch nachuntersuchte Patienten berichtet. Alle Patienten wurden stationär behandelt.

Insgesamt wurden die Ausgänge in rd. 70 % als „befriedigend" und in rd. 30 % der Fälle als „unbefriedigend" eingestuft. Das Intervall bis zur Nachuntersuchung betrug zwei Jahre, bei durchschnittlicher Verweildauer in der Klinik von knapp 70 Tagen.

Hervorzuheben ist: „Etwa die Hälfte der als ‚gut gebessert' bzw. ‚gebessert' beurteilten Patienten war im Anschluß an die stationäre Behandlung noch zur ambulanten Psychotherapie aus eigenem Entschluß gekommen, wobei hier sehr verschiedene Zeiträume, von einigen wenigen Sitzungen bis zu einigen ausgedehnten, sich über Jahre erstreckenden Analysen, notwendig waren. An therapeutischen Maßnahmen stand die analytische Psychotherapie im Vordergrund; daneben wurden übende Maßnahmen, wie autogenes Training, Gymnastik, angewandt. Physikalische Maßnahmen, Diät und symptomatische Medikation vervollständigten die Therapie."

Das Zitat verdeutlicht einerseits, daß es sich hier um ein hochgradig komplexes Behandlungsangebot

(Fürstenau) handelt — dieses mag in anderen Kliniken völlig anders aussehen; zum anderen wird deutlich sichtbar, daß die stationäre Psychotherapie sehr häufig nur der Bestandteil einer Gesamttherapie ist. In einer so angelegten Untersuchung ist es daher unmöglich, zu sagen, ob beobachtete Effekte auf bestimmte therapeutische Maßnahmen zurückgehen und es ist ebenso nicht möglich zu sagen, ob der Effekt hauptsächlich auf dem stationären Teil oder der nachfolgenden ambulanten Behandlung beruht.

3.3 Dührssen: (1962)

Es handelt sich um eine sehr detaillierte Arbeit, in der insbesondere auf die Kriterien zur Beurteilung des Erfolges eingegangen wird.

Das Ergebnis am Ende der Behandlung lautet: sehr gut gebessert 43 %, gut gebessert 9, befriedigend gebessert 3, genügend gebessert 41, kaum gebessert 2, ungebessert 0 % (während in 2 % der Fälle kein Abschlußurteil gebildet wurde).

Hervorzuheben ist mit den Worten der Autorin: „Zur Erläuterung dieser Tabelle (d. h. in der eben gegebenen Aufstellung, R. G.) muß ich vielleicht noch einmal wiederholen, daß wir aus technischen Gründen die systematische und vollständige Einbestellung aller Kranken, die bei uns ungebessert die Therapie beendet haben (ca. 20 %), aufgeben mußten, so daß sie in der Tabelle über die Behandlungsabschlüsse *nicht* erscheinen" (S. 104).

Die hier gegebene Aufstellung mit dem (auch im Original) direkt anschließenden Text stellt ein Kuriosum dar: in der (optisch zunächst ins Auge springenden) Tabelle werden 0 % ungebesserte Fälle angegeben (von 845), während im Text quasi nebenbei (in einer Klammer!) von 20 % Ungebesserten gesprochen wird. Deutlicher kann sich die Absicht, „Positives" zu demonstrieren, kaum noch äußern. — Andererseits muß aber gerade diese Arbeit als eine der gründlichsten bezeichnet werden. Nicht zu Unrecht gehört sie zu den am häufigsten zitierten. Das katamnestische Ergebnis (nicht das Ergebnis bei Ende der Behandlung) zeigt das typische Resultat: rund zwei Drittel der Fälle werden als gebessert, das restliche Drittel als ungebessert befunden.

3.4 Stokvis (1962)

In dieser Arbeit werden u. a. die Ergebnisse bei Psychoneurotikern (75 bzw. 30 an der Zahl) mitgeteilt. Als Erfolgskriterium wird die soziale Anpassung benutzt.

Es wurden eingestuft (in %):

sozial sehr gut angepaßt 3,3,

sozial gut angepaßt 20,0,

sozial genügend angepaßt 16,7,

zweifelhafte Anpassung 36,8,

kein Resultat oder Verschlimmerung 23,2.

Hervorzuheben ist: Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Behandlung mit aufdekkenden Methoden (z. B. Adler- oder Rogers-Therapie) und der Behandlung mit zudeckenden Methoden (Hypnose, autosuggestive Methoden u. a.).

3.5 Langen und Veit (1954)

Während der Hauptgegenstand der Arbeit hier nicht referiert werden soll, ist folgendes *hervorzuheben:* In der Literaturübersicht dieser Arbeit werden 10 Untersuchungen erwähnt, in denen der Prozentsatz der Nicht-Gebesserten zwischen 19 und 36 schwankt (bei einem „Ausreißer" von 49 % bei nur Einzelbesprechung). Die Fallzahlen, auf die sich die Untersuchungen beziehen, sind ausgesprochen groß; sie liegen um 1 000 oder noch weit darüber. Eine solche Größe ist statistisch sinnlos; sie wird aber wohl deshalb als notwendig angesehen, weil man sich nicht in der Lage fühlt, aus einem großen Krankengut eine repräsentative Stichprobe zu ermitteln. Auch hier zeigt sich also wieder, wie wenig reliable Kriterien der Katamnesenforschung zur Verfügung stehen.

3.6 Langen und Sonnenburg (1967)

Die Katamnesen wurden mit Hilfe von Fragebogen erhoben. Die Beurteilungen erfolgten vier bis sieben Jahre nach Ende der Behandlung.
Hervorzuheben ist: Es wurde alternativ zugeordnet zu Behandlung bzw. Nicht-Behandlung! Bei den behandelten (41) Patienten wurden zwei Drittel Besserungen festgestellt, bei den Unbehandelten (ebenfalls 41) Patienten war ein Drittel gebessert. Die Autoren schlagen vor, eine „gereinigte Erfolgsziffer", d. h. Erfolge minus Spontanheilungen, zu ermitteln.

3.7 Fürstenau (1972)

Aus dieser — auch für andere Zusammenhänge interessanten Arbeit ist *hervorzuheben:* Die zu Recht skeptische Einstellung, daß die bisherige Katamneseforschung nicht in der Lage sei, die Frage zu klären, „ob und gegebenenfalls welche charakteristische Eigenheiten der je angewandten Theorie und Behandlungsmethode für den Behandlungserfolg verantwortlich sind und wie sich der Erfolg des betreffenden Verfahrens ggf. nach verschiedenen relevanten Gesichtspunkten spezifiziert" (S. 427).

Hierzu können sich Uberlegungen anschließen, wie die zukünftige Katamnesenforschung zu verbessern ist (S. 4).

4 Ausblick

Weitere Katamneseforschung, die über bloße „Rechtfertigungsforschung" (Fürstenau) hinausgehen will, müßte u. a. folgende Merkmale zeigen:

1. Sie müßte die Reliabilität der Erfolgsbeurteilungs-Kriterien prüfen und den Bereich möglicher Kriterien einengen.
2. Sie müßte eine Reihe von Vereinheitlichungen durchführen, die sich insbesondere auf verbindliche diagnostische und prognostische sowie Indikationskategorien beziehen.

3. Überregionale Großprogramme müßten gegenüber isolierten, nur auf eine bestimmte Klinik bezogenen Projekten bevorzugt werden.
4. Die Forschungen sollten möglichst von einem Team durchgeführt werden, das nicht direkt an der jeweiligen Institution (Klinik usw.) beschäftigt ist (und von deren Wohlwollen abhängig ist).

Unter solchen Bedingungen ist es dann auch möglich, im einzelnen zu bestimmen, welche Faktoren in welcher Weise Einfluß auf das Resultat einer psychotherapeutischen Behandlung haben.

Literatur zu den Erläuterungen Kapitel 1

Arbeitsgruppe stationäre psychotherapeutisch-psychomatische Therapie: Darstellung der Zielvorstellungen der Arbeitsgruppe 4: stationäre, psychotherapeutisch-psychomatische Therapie. Unveröffentlichtes Arbeitspapier 1974.

Beese, F.: Indikation zur klinischen Psychotherapie. Fortsch. Med. 5 (1971) 208; 6 (1971), 234.

Blöschl, L.: Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie, Huber, Bern 1969.

Dührssen, A.: Die Überprüfung prognostischer Urteile bei psychogenen Erkrankungen. Z. Psychother. 2 (1952), 174.

Enke, H. u. Göllner, R.: Bestimmt das Krankheitsbild die Psychotherapieform? Psyother. med Psychol. 5: 182—187, 1971.

Enke, H.: Möglichkeiten und Grenzen einer Psychosomatischen Klinik. In: Preuss, H. G. (Hrsg.): Praxis der klinischen Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg, München 1965.

Freyberger, H., K. Müller-Wieland: Kombinierter internistisch-psychomatischer Therapieansatz bei Colitis ulcerosa. Med. Klin. 61 (1966), 228.

Fürstenau, P.: Zur Problematik von Psychotherapiekombinationen aus der Sicht der vergleichenden Psychotherapieforschung und der Organisations-Soziologie — Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik 4: 131—140, 1974.

Hahn, P.: Über die Indikation zu verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren. Hippokrates 24 (1969), 941.

Heigl, F., Indikation und Prognose in Psychologie und Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1972.

Kächele, H.: Briefliche Mitteilung an den Verfasser 1974.

Langen, D.: Psychotherapie, Kompendium für Studierende und Ärzte, Thieme, Stuttgart 1971.

Rogers, C. R.: Counseling and psychotherapy, Houghton Mifflin Co., Boston 1942.

Rogers, C. R.: Client-centered therapy, Houghton Mifflin Co., Boston 1951.

Strotzka, H.: Psychotherapie und soziale Sicherheit, Huber, Bern 1969.

Wittich, W.: Regression und therapeutische Technik. Vortrag 20. Lindauer Psychotherapie-Woche. April 1970.

Literatur zu den Erläuterungen Kapitel 2

Bergin, A. E.: The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin, A. E. and Garfield, S. L.: Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York 1971.

Meltzhoff, J.: Effectiveness of psychotherapy is amply demonstrated. Intern. J. Psychiatr. 7: 149—152, 1969.

Meltzhoff, J. and Kornreich, M.: Research in psychotherapy. Atheron Press 1970.

Eysenck, H. J.: The effecets of psychotherapy. International Science Press. New York 1966.

Dührssen, Annemarie und Jorswiek, E.: Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. Acta psychotherap. psychosomat. 10: 329—342, 1962.

Cremerius, J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie, Berlin 1962.

Meyer, V. und Chesser, E. S.: Behavior Therapy in Clinical Psychiatry Harmondsworth 1970 (Deutsch: Stuttgart 1972).

Goldstein, A. P.: Therapist-patient expectancies in psychotherapy. Pergamon Press 1962.

Lorenzer, A.: Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Suhrkamp Frankfurt 1970.

Göllner, R.: Psychodiagnostische Tests. Eine Einführung für Mediziner unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik in der Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht 1974 (in Druck).

Kellner, R.: The efficacy of psychotherapy: The results of some controlled investigations. Psychiatr. Neurol. 149: 333—340 (1965).

Kellner, R.: The evidence in favour of psychotherapy. Brit. H. med. Psychol. 40: 341—358 (1967).

Literatur zu den Erläuterungen Kapitel 3

Kleinsorge, H. und Klumbies, G.: Kritische Prüfung einer Stichprobe von 1 000 Psychotherapiefällen Dtsch. Ges.-Wes. 42: 1298—1309 (1957).

Baerwolff, H.: Katamnestische Ergebnisse stationärer analytischer Psychotherapie. Z. psychosom. Med. 5: 80—91 (1958).

Dührssen, A.: Katamnestische Ergebnisse bei 1 004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z. psychosom. Med. 8: 94—114 (1962).

Stokvis, B.: Psychotherapie und Psychopharmokologie bei Psycho- und Somatoneurotikern. Heil- oder Schein-Erfolge? Acta psychother. 10: 246—264 (1962).

Langen, D. und Sonnenburg, Renate: Behandelte und Unbehandelte in der Psychotherapie aus der Sicht der Nachuntersuchung. Z. Psychother. med. Psychol. 4: 132—138 (1967).

Langen, D. und Veit, H.: Katamnesen nach stationärer Psychotherapie. Z. Psychother. med. Psychol. 4: 281—296 (1954).

Fürstenau, P.: Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung. Psyche 6: 423—462 (1972).

Die Übersicht bezieht sich auf insgesamt 52 Arbeiten,
die in der dem Artikel entnommenen Tabelle aufgeführt sind:

Outcome-studies (aus Bergin 1971, S. 230 bis 237)

Authors	Date	Population	Therapy N	Therapy Type	Average Therapy Duration
Wispe & Parloff	1965	Psychologists	55	Mixed analytic (exp.)	22 months 60 sessions
Cartwright & Lerner	1963	U. of Chicago Counseling Center	28	Client-centered (exp.)	40 sessions
Varble & Landfield	1969	Students	36	Eclectic (exp.)	8 sessions
Lorr, McNair, Michaux & Raskin	1962	VA out-patients	133	Mixed analytic (exp.)	8 months 17 to 96 sessions
Persons	1967	Institutionalized delinquent boys	41	Group and individual (exp.)	80 hours
Jersild, Lazar, & Brodkin	1962	School teachers	111	Psychoanalysis (exp.)	600
Endicott & Endicott	1964	Outpatient neurotics	17	Analytic (one therapist—exp.)	20
Heilbrunn	1966	Outpatient neurotics (excluding psychotics)	32	Psychoanalysis (one therapist—exp.)	500
Heilbrunn	1966	Outpatient Neurotics (excluding psychotics)	48	Analytic	200
Heilbrunn	1966	Outpatient neurotics (excluding psychotics)	75	Brief analytic	50
Aronson & Weintraub	1968	Outpatient neurotics— Character disorders, borderlines	127	Psychoanalysis (exp.)	2 to 3 years
Feifel & Eells	1963	VA outpatients	63	Mixed (exp.)	50+ sessions
Rogers, Gendlin, Kiesler, & Truax	1967	Inpatient psychotics	14	Client-centered (exp.)	105
Strupp, Wallach, & Wogan	1964	Outpatient neurotics	44	Analytic (exp.)	166
Bieber et al.	1962	Male homosexuals	106	Psychoanalysis (exp.)	200
McNair, Lorr, Young, Roth & Boyd (3-year follow-up of 1962 study)	1964	VA outpatients	81	Analytic (exp.)	60 sessions

Criteria	Control Group	Adequacy of Design	Percent Improved (If Given)	Outcome
Publication rate	Yes	2		Negative, but criterion questionable
Therapist rating	No	3	54	In doubt; no control
Judges' ratings Kelly SCRT	Yes	2	75	Positive, but weak compared to controls
Therapist and Patient ratings (Miscellaneous tests)	No	1		Modest positive
Test scores (behavior ratings, parole violations, stying in community)	Yes	1	68 to 74	Positive
Self ratings	Yes	3	50 to 90	Positive, sample highly selective control group inadequate
Miscellaneous tests and therapist ratings	Yes	2		Negative
Therapist rating	No	3	44	Negative
Therapist rating	No	3	48	Negative
Therapist rating	No	3	45	Negative
Therapist ratings	No	3	57 to 84	Modest positive results vary by criteria and diagnosis
Patient and therapist ratings	No	2	62 to 90	Positive
Numerous tests and behaviors	Yes	1	43	Negative, with qualifications
Patient and therapist ratings on questionnaire	No	2	70 to 80	Positive, but sample favorably biased
Behavior change	Yes	2	27 to 43	Positive, though sample favorably biased and control group inadequate
Tests, Patient and therapist ratings	No	1		In doubt due to small changes and to control

Authors	Date	Population	Therapy N	Therapy Type	Average Therapy Duration
Cattell et al.	1966	Outpatient neurotics	46	(exp.)	6 sessions
Sager, Riess, & Grendlach	1964	Out-patients, Including borderline	103	Analytic (exp.)	107 sessions
Fiske & Goodman (18-month follow-up)	1965	U. Chicago Counseling Center	69	Client-centered (mixed exp. levels)	26 sessions
Riess	1967	Outpatients, including borderline	414	Analytic (exp.)	57 sessions
Uhlenhuth & Duncan	1968	Out-patient neurotics	128	Eclectic (inexp. medical)	6 sessions
Weber, Elinson, & Moss	1965	Outpatients, all diagnoses	564	Psychoanalysis (exp. and inexp.)	
Weber, Elinson, & Moss	1965	Outpatients, all diagnoses	732	Analytic therapy (exp. and inexp.)	
Koegler & Brill	1967	Outpatients, all diagnoses	27 to 39 depend-ing on criterion	Analytic (inexp. residents)	5.5 months
Koegler & Brill	1967	Outpatients, all diagnoses but more disturbed	162	Brief contact (inexp. residents)	10 sessions
Gottschalk, Mayerson, & Gottlieb	1967	Mostly outpatient neurotics	34	Energency, brief therapy (exp. ?)	6 sessions
Shore & Massimo	1966	Delinquent boys	10	Vocationally oriented psycho-therapy—(exp. 1 therapist)	10 months
Jonckheere	1965	Outpatient neurotics	72	Eclectic (exp.)	
Schjelderup	1955	Outpatient neurotics	28	Psychoanalysis (exp.— (1 therapist)	

Criteria	Control Group	Adequacy of Design	Percent Improved (If Given)	Outcome
Cattell Scales	Yes	3		In doubt due to inadequate control group and possible placebo effects
Therapist, Patient and researcher ratings of questionnaire	No	3	25 to 59, marked improvement; 60 to 37, small improvement	Appears positive; difficult to interpret
Numerous tests, ratings, interviews and questionnaire	No	1		No change during post-therapy period
Change in income	Yes	2		Positive
Patient symptom checklist	No	2	72	Posititve, but placebo effects look improved
Judges' ratings of clinic records	No	2	30	Negative
Judges' ratings of clinic records	No	2	25	Negative
Tests, patient and therapist ratings, and interview	Yes	1	87 on self-rating, but placebo group was 76 on same measure	Negative at follow-up. Change at termination, but not greater than placebo
Therapist and patient ratings	No	3	49 to 86, depending on criterion	In doubt due to criteria and lack of controls
Research interview and self-rating	Yes dropouts	2	85, but does not distinguish degree of improvement	Positive, but controls probably more disturbed
Numerous tests ratings and behavioral changes	Yes	1	70	Positive; only 30 % change in controls
Therapist rating	No	3	76	In doubt; no control; liberal definition of improved
Questionnaire, therapist rating, and observer rating (Pooled)	No	2	79	Positive, criteria rigorously applied and long follow-up

Authors	Date	Population	Therapy N	Therapy Type	Average Therapy Duration
Orgel	1958	Outpatient peptic ulcers	12	Psychoanalysis (exp.—(— 1 therapist)	600 sessions
Warne, Canter, & Wiznia	1953	VA outpatient neurotics	30	Eclectic—(many inexp.)	125 sessions
Warne, Canter, & Wiznia	1953	VA outpatient neurotics	30	Eclectic (exp.)	27 sessions
Shlien, Mosak, & Dreikurs;	1962	Outpatient neurotics		Client-centered and Adlerian:	20 & 37 sessions
Shlien; and Henry & Shlien	1965 1958			brief and unlimited (exp.)	
Vorster	1966	Outpatient neurotics	65	Eclectic (exp.— (1 therapist)	27 sessions
Board	1959	Outpatients	228	Eclectic	
Rosenthal	1955	In- and outpatient neurotics	12	Eclectic (inexp. residents)	5 months
Ellis	1956	Homosexuals	40	Eclectic (exp.)	20 sessions
Graham	1960	Neurotics	64	Analytic (exp.)	6 months
Feldman, Lorr, & Russell	1958	VA neurotics and schizophrenics	5367	Eclectic— analytic	
Rosenbaum, Friedlander, & Kaplan	1956	Miscellaneous diagnoses	210	Analytic (inexp. residents)	
Berlemann & Steinburn	1967	Potential delinquents	28	Eclectic (exp.)	5 months
Mason	1956	Neurotics	31	Analytic (exp.— 1 therapist)	
O'Connor et al.	1964	Ulcerative Colitis patients	57	Eclectic-analytic (exp. ?)	
Cappon	1964	Mixed out-patients	201	Eclectic— analytic (Exp.— 1 therapist)	35 sessions
L. Rogers [a]	1960	Mixed out-patients patients	4081	Eclectic (exp. and inexp.)	13 sessions
Harris	1954	Neurotics out-patients	60	Eclectic (exp. ?)	
Appel, Myer, &[b] Scheflen	1953	Hospitalized neurotics	4790	Eclectic	

[a] Summary of Government clinics.
[b] Summary of 14 studies.

Criteria	Control Group	Adequacy of Design	Percent Improved (If Given)	Outcome
Symptom removal	No	2	83	Positive, with 10 to 22 years follow-up
Ratings of case records	Yes	2	20 (slight)	Negative
Ratings of case records	Yes	2	53 (slight) 13 (great	Positive, but in doubt because controls not matched
Q sort, TAT, self-ratings	Yes	1	70 to 85 on one criterion	Positive, except time-limited at follow-up
Therapist rating	No	3	89	Positive
Therapist and patient ratings	No	3	64 to 67	In doubt
Tests, questionnaire, and research interview	No	2	42	Negative
Therapist rating	No	3	65	Positive.
Therapist ratings of sexual satisfaction	Yes	2	44 to 76	Positive, but controls not equated
Therapist ratings	No	3	44 32	Negative, but difficult to interpret
Therapist ratings	No	3	68	In doubt
School discipline records	Yes	2		Negative
Therapist rating and interview at 18 months	No	3	45	Negative
Objective symptom change	Yes	1		Positive, with schizophrenic Ss deleted
Therapist, patient, and outsider ratings, and symptom change	No	3	40 to 75, depending on criterion	In doubt, but some positive evidence
Therapist ratings	No	3	71	In doubt; no control and improved ratings questionable
Therapist follow-up interviews at 1 year and patient ratings Various	Yes (Co_2)		20 to 27	Negative
Various	No		68	In doubt

Authors	Date	Population	Therapy N	Therapy Type	Average Therapy Duration
Rosenthal and Frank [c]	1958	Mixed out-patients	216	Eclectic (inexp. residents)	11 to 20 sessions
Imber, Nash, Stone, & Frank [d]	1968	Mostly neurotics	34	Eclectic (inexp. residents)	16 to 18 sessions 10 year f. up
Truax, Wargo, Frank, et al. [e]	1966	Outpatient neurotics	40	Eclectic (inexp. residents)	4 months
Betz	1962	Schizophrenics	421	Eclectic (inexp. residents)	
Betz	1962	Schizophrenics	432	Eclectic (inexp. residents)	
Cartwright	1957 1961	U. Chicago Counseling Center	10 19	Client-centered (exp. and inexp.)	26 37
Paul	1967 2 yr. f. up	Speech-anxious students	12	Eclectic (exp.)	5 sessions

[c] They review 3 other studies with N = 772, showing improvement rates from 19 to 39 when drop outs are counted as failures.
[d] Also Imber et al. (1957) and Stone et al. (1961).
[e] See text for further analysis of Truax studies.
[f] Variations in improvement rates within single studies are a function of differing criteria or differing diagnostic groups within the sample.

Note. Exp = Experienced Therapists; Inexp = Inexperienced Therapists. Adequacy of Design: 1 = good, 2 = fair, 3 = poor. Outcome is positive if change is greater than in control group, or (where there is no control group), percent improvement is substantially higher than 30percent spontaneous rate documented in Table 8.

Criteria	Control Group	Adequacy of Design	Percent Improved (If Given)	Outcome
Therapist ratings	No		63 (continuers); 34 (drop-outs)	In doubt
Patient ratings, and interviewer and observer rating	Yes, minimal contact therapy		59	In doupt; significant changes, but not greater than control
Two global ratings by patient and therapist, and three specific change indices	No		70, on global rating only	In doubt, due to no control and mixed results on different criteria
Research analysis of charts and Changes in overt behavior	No	2	48	Negative
Research analysis of charts and changes in overt behavior	No	2	73	Positive
Q sort Q sort	Yes Yes	2 2		Both in doubt; amount of change limited and controls = normals
Behavior change and personality scales	Yes	1	25 to 50	Negative

Zu Fragen der Organisation (juristische Stellung, Finanzierung und Strukturierung) von psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten

von

H. Roskamp und H. Schmid

1. Vorbemerkungen

1.1

„Fragen der Organisation ..." sind abhängig von dem zu organisierenden Gegenstand.

Der Gegenstand, „Weiterbildungsstätten mit poliklinischen Abteilungen", ist daher vorab zu umschreiben:

Es handelt sich um Weiterbildungsstätten, deren zentrale Aufgabe in der Ausbildung von analytischen Psychotherapeuten zu sehen ist.

Die Weiterbildung analytischer Psychotherapeuten unterliegt nun speziellen Kriterien, die sich aus der Eigenart der analytischen Psychotherapie herleiten und in aller Welt in entsprechenden Organisationsmerkmalen der Weiterbildung ihren Niederschlag gefunden haben.

Als analytische Psychotherapie soll hier — unbeschadet etwa ihrer Differenzierungen — die „Behandlung von Störungen des Erlebens und Sich-Verhaltens (einschließlich psychogener körperlicher Erkrankungen) mittels seelischer Einflußnahme" [1] verstanden werden.

Weiterbildung in analytischer Psychotherapie zielt demnach auf organisierte Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten ab, die zur Ausübung von analytischer Psychotherapie — in ihren diversen Anwendungsformen — befähigen.

1.2

Ehe verschiedene Formen der Weiterbildungsorganisation erörtert werden können, sind die maßgebenden Kriterien analytisch-psychotherapeutischer Weiterbildung zu kennzeichnen, denn ihnen muß eine befriedigende Weiterbildungsorganisation Rechnung tragen.

Der Gutachtenauftrag legt es daher nahe, darzulegen:

1.2.1

Voraussetzungen und Bedingungen, die in der vorwissenschaftlichen und vorberuflichen allgemeinmenschlichen Befähigung wurzeln,

1.2.2

die sich daraus gegebenenfalls zwingend ergebenden Auswahlverfahren, die möglicherweise mit einem „Recht" auf diese Spezialausbildung konkurrieren (ein solches „Recht" gegebenenfalls von der Sache her ausschließen),

1.2.3

die sich aus dem Ziel der zu organisierenden Weiterbildung ergebenden Essentials einer solchen Weiterbildung, also deren Voraussetzungen und Bedingungen,

1.2.4

um von da aus die Grundlinien einer „Organisation" zu gewinnen, zu begründen und zu entwickeln.

Es dürfte zweckmäßig sein, dabei von vornherein die Frage mit ins Auge zu fassen, ob es sinnvoll sein könnte, die Weiterbildungsinstitute für analytische Psychotherapeuten in Universitäten zu integrieren.

1.2.5

Da es sich bei Weiterbildung selbstverständlich um „Ausbilder" und Weiterzubildende handelt, hat die vorzuschlagende „Organisation" auch auf deren Situation besonders einzugehen.

1.2.6

Schließlich ist die derzeitige Lage zu berücksichtigen und eine Organisation vorzuschlagen, die diese Lage nachhaltig unter Beachtung der Realitäten — und das heißt: unter wissenschafts- und gesundheitspolitischen, aber auch fiskalischen und rechtlichen Gesichtspunkten — zu verändern, näherhin zu verbessern.

Das Gutachten ist demzufolge in zwei Teile gegliedert:

I Voraussetzungen und Bedingungen psychoanalytischer Weiterbildung

II Organisation der Weiterbildungsstätten unter Berücksichtigung der Voraussetzungen und Bedingungen psychoanalytischer Weiterbildung.

[1] 1, S. 423

I Voraussetzungen und Bedingungen psychoanalytischer Weiterbildung

1

Als Grundelemente psychoanalytisch-psychotherapeutischer Arbeit gilt unbezweifelt die Handhabung von Widerstand und Übertragung. Das bedeutet, daß der analytische Psychotherapeut über eine relativ ungestörte eigene Persönlichkeit als therapeutisches Instrument verfügen können sollte: er muß auf ein durch innerseelische Konflikte nicht grob eingeschränktes Einfühlungsvermögen, auf ein ausgeprägtes Interesse an Selbstwahrnehmung, auf die Fähigkeit zu kritischer Unterscheidung zwischen Wunsch und Wirklichkeit, innerseelischer und fremdseelischer Vorgänge zurückgreifen können und von konflikthaft-impulsiver Ungeduld ebenso wie von beherrschenden und ideologisch verankerten Voreingenommenenheiten relativ unbehelligt sein.

1.1

Die Erfüllung dieser Bedingungen schließt die Bewältigung der wichtigsten Reifungs- und Entwicklungsprozesse auf dem Weg zum Erwachsensein ein, die Fähigkeit zu vollverantwortlicher, selbständiger Existenz in der menschlichen Gesellschaft und sie bedeutet, daß der analytische Psychotherapeut über ein hinreichendes Maß an allgemeiner Lebenserfahrung und möglichst über persönliche Erfahrung in verantwortlicher Berufstätigkeit im sozialen Bereich verfügen und sein stabiles Interesse an innerseelischen und zwischenmenschlichen Konflikten geprüft und damit zugleich auch seine Zielstrebigkeit und Fähigkeit zu konstanten Objektbeziehungen erwiesen haben sollte.

1.2

Da analytische Psychotherapie wissenschaftlich begründete Behandlung kranker Menschen ist, setzt sie humanwissenschaftliche Grundstudien voraus — in der Bundesrepublik wird in der Regel die Zulassung zur Weiterbildung an die Bedingung eines abgeschlossenen Medizin- oder Psychologiestudiums geknüpft, bei der Weiterbildung zum Psychagogen (Kinderpsychotherapeuten) ist ein sozialwissenschaftliches Fach- oder Fachhochschulstudium als Voraussetzung erwünscht. Das human- bzw. sozialwissenschaftliche Grundstudium kann nicht allein als Instrument notwendiger Sachinformation verstanden werden — es hat vielmehr auch die Funktion exemplarischen wissenschaftlichen und wissenschaftlich begründeten praktischen Befaßtseins mit den Bedingungen und Gegebenheiten des menschlichen Lebens und schafft einen Fundus an Bereitschaft und Fähigkeit zu kritischer Reflexion.

1.3

Diese Darlegungen machen deutlich, daß Weiterbildung in analytischer Psychotherapie als post-graduate-Studium aufzufassen ist; tatsächlich hat sich in aller Welt die Weiterbildung von Psychoanalytikern bzw. analytischen Psychotherapeuten durchweg als Folgestudium etabliert — unbeschadet etwa schon während des Medizin- und Psychologiestudiums einsetzender theoretischer Lehrangebote in Psychosomatik und medizinischer Psychologie und pragmatisch-psychotherapeutischer Verfahren.

Daß dafür auch andere, im Wesen der Weiterbildung zum psychoanalytischen Psychotherapeuten selbst begründete Gesichtspunkte maßgebend sind, ist im folgenden noch darzulegen.

2

Das traditionelle Hochschulstudium besteht sowohl in den naturwissenschaftlichen Disziplinen, in der Medizin wie in den Geisteswissenschaften in erster Linie in der Aneignung rational vermittelten Wissens und im Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Übung unter Anleitung.

Als Qualifikation zum Hochschulstudium gilt dementsprechend der Nachweis ausreichender intellektueller Begabung und ausdauernder Lern- bzw. Arbeitsfähigkeit — für welche die Schulzensuren zeugen sollen. Mit hinreichenden Schulzeugnissen hat sich ein Abiturient das „Recht" auf Zulassung zum Studium erworben (— der Numerus clausus bestätigt nur dieses Selektionsprinzip).

2.1

Wie schon das Zulassungsverfahren, so kennzeichnet auch den Lehrbetrieb der Universität und Fachhochschule, die Wechselbeziehung von Lehrenden und Studierenden, ein relativ hohes Maß an Anonymität. Und selbst, wenn — was die Ausnahme geworden ist — intimere persönliche Bekanntschaft Lehrende und Lernende verbindet, gilt doch als ein bewährtes und selbstverständliches Prinzip, daß die Beurteilung der fachlichen Kompetenz der Lernenden — etwa in Prüfungen — weitmöglichst von der persönlichen Eigenart der Probanden abzusehen hat, ausgehend von der Annahme, daß sich die fachliche Kompetenz bei den klassischen Hochschuldisziplinen tatsächlich unter Absehung von der Gesamtpersönlichkeit der zu Prüfenden erfassen läßt.

Dem entspricht es, daß qualifizierende Prüfungen unter sorgfältiger Wahrung der Anonymität — schriftlich und ohne Namensnennung — durchführbar sind. Und es macht umgekehrt verständlich, daß die Bestallung der Hochschullehrer, ihr Auftrag zu lehren und zu prüfen, sich traditionellerweise bis hin zur Emeritation erstreckt, die Zahl der Hochschullehrer eines Faches am gleichen Ort und damit das Angebot an Möglichkeiten zu individueller Identifikation an die Studierenden bleibt demzufolge gering und über lange Jahre hin unverändert. Die persönliche Eigenart ist, so müßte man daraus schließen, für den Lehr- und Lernbetrieb der Universitäten tatsächlich nicht von großem Belang.

2.2

Ein weiteres Merkmal, welches den Lehrbetrieb an Universitäten wesentlich bestimmt, ist in der nach wie vor stabilen Hierarchie zu sehen. Mögen die Assistenten und — seltener schon — die nachgeordneten Dozenten bisweilen wechseln: der Institutsdirektor, der Ordinarius, ist, wie schon festgestellt, einmal berufen, zumeist auf lange Zeit im Amt. Das stiftet, auch wenn moderne Hochschulordnungen dem zu steuern suchen, je nach den individuellen Mentalitäten, mehr oder minder starke Abhängigkeiten. Solange die individuellen Eigenarten der Lehrer und Lernenden ein Studium nicht im Kern berühren, müssen hierarchiebedingte Abhängigkeiten jedoch das Lehren und Lernen nicht unbedingt über Gebühr belasten.

3

Ließe sich nun die Weiterbildung von analytischen Psychotherapeuten — von Psychoanalytikern und Kinderpsychotherapeuten (Psychagogen) — in die bezeichneten Hochschulgegebenheiten und die Bedingungen des Hochschulstudiums einfügen, ohne die Ausbildung essentiell zu beeinträchtigen?

3.1

Die Weiterbildung von analytischen Psychotherapeuten setzt unerläßlich ein humanwissenschaftliches Grundstudium an der Hochschule oder Fach(hoch)schule (Psychagogen) und eine Berufserfahrung, die auf dem Grundstudium fußt, voraus (siehe I 1, 1.1, 1.2). Sie kann schon deshalb nicht — etwa in Form des Doppelstudiums — das Grundstudium begleiten oder als Teil des Grundstudiums — etwa des Medizin- oder Psychologiestudiums — betrieben werden.

3.2

Ließe sie sich aber nicht als Folgestudium, als Zweitstudium nach oder während der Zeit der Ausübung des Grundberufs doch in die Hochschule oder Fachhochschule integrieren?

3.2.1

Bereits das Zulassungsverfahren würfe hier beträchtliche Probleme auf.

Die Befähigung zu einem erfolgreichen therapeutischen Umgang mit Patienten wird nicht „erst mit einer speziellen psychotherapeutischen Ausbildung im Sinne der miteinander konkurrierenden Schulen und Richtungen erworben", sie wurzelt vielmehr „in einer vorwissenschaftlichen und vorberuflichen allgemein-menschlichen Befähigung . . ., die durch Ausbildungen . . . nur entwickelt und differenziert wird" [2]). Kommt aber der allgemein-menschlichen Befähigung zu Psychotherapie eine so große Bedeutung zu, dann legt das eine frühzeitige Prüfung dieser Qualifikation dringlich nahe — wie schwierig ihre Erfassung auch immer erscheinen mag.

Mit rein formalen, die Anonymität der Persönlichkeit wahrenden Mitteln, wie sie bis heute hochschulüblich sind (siehe I 2.1), lassen sich die hier maßgebenden Qualifikationsmerkmale nicht erfassen.

Der Zugang zu den individuellen, sehr persönlichen Determinanten, die bei der Prüfung der Qualifikation zum Psychotherapeuten ins Auge zu fassen sind, wird bisher vor allem mit eben jenen Mitteln angestrebt, die durch die „psychoanalytische Situation" gegeben sind: durch die spezifische, sehr persönliche Arbeitsbeziehung zwischen dem Analytiker und seinem Analysanden, die der angehende Psychotherapeut später selbst mit seinen Patienten handhaben wird.

Hält man an diesem Selektionsverfahren fest, so muß dem Weiterbildungsbewerber eine gewisse Freiheit in der Wahl der — üblicherweise wenigstens drei — Psychoanalytiker gewährleistet sein, mit denen er seine Eignung zur Weiterbildung in einer „psychoanalytischen Situation", in sogenannten „Bewerbungsinterviews" gemeinsam prüfen kann. Wäre er auf die notwendigerweise beschränkte Zahl psychoanalytischer Hochschullehrer am Platz verwiesen, so könnte das eine im Einzelfall möglicherweise unerträgliche Beeinträchtigung der Wahlfreiheit bedeuten, die angesichts der sehr tiefgehenden Selbstdarstellung in einem Bewerbungsinterview unerläßlich ist.

Die Beteiligung außeruniversitärer Persönlichkeiten — freiberuflich tätiger Psychoanalytiker oder hochschulfremder Dozenten der Psychoanalyse — an einem Zulassungsverfahren zu einem Hochschulstudium ist unter den gegenwärtig waltenden Usancen jedoch schwer vorstellbar, wie denn überhaupt das bisher die Weiterbildung zum analytischen Psychotherapeuten eröffnende Selektionsverfahren mit den sonst hochschulüblichen Qualifikationsnachweisen schon deshalb schwer vereinbar wäre, weil es den Eindruck elitärer Exklusivität erwecken müßte — wenngleich es kaum entbehrlich ist, solange man der Gefahr höchst unökonomischer Investitionen begegnen will: erfahrungsgemäß kann ein Studierender der Psychotherapie, der sich im Zuge der Weiterbildung als ungeeignet erweist, zumeist nur äußerst schwer von seiner mangelhaften Eignung überzeugt und damit zur Aufgabe des Wunsches, als Psychotherapeut zu arbeiten, veranlaßt werden. Denn auch im Bereich der analytischen Psychotherapie lassen sich zwar theoretische und technische Kenntnisse rational erwerben und überprüfen. Die Beurteilung aber der Fähigkeit, theoretische Kenntnisse verständnisvoll und erfolgreich in die Behandlung kranker Menschen umzusetzen, stützt sich in hohem Maße auf subjektive Evidenz, deren Ursachen und Bedingungen mit wachsender Erfahrung zwar zunehmend explizierbar sind, sich aber gerade dem Weiterzubildenden selbst zumeist erst spät erschließen, so daß unzureichende Befähigungen oft nur durch eine lange Folge enttäuschender Erfahrun-

[2]) 1, S. 431 f.

gen so offenkundig werden, daß sie als hinreichend objektiviert gelten und auch vom Weiterzubildenden selbst eingesehen werden können.

3.2.2

Aber auch grundlegende Weiterbildungsprozesse selbst fügen sich in ein traditionell organisiertes Hochschulstudium schwerlich ein:

Hauptelement der psychoanalytischen Weiterbildung ist die psychoanalytische Selbsterfahrung: die sogenannte Lehranalyse.

Der Weiterzubildende unterzieht sich ihr während des gesamten Weiterbildungsverlaufes, mindestens während des überwiegenden Teiles. Sie sollte schon fortgeschritten sein, wenn der Studierende im zweiten Teil der Weiterbildung unter der Kontrolle erfahrener Analytiker selbst die ersten Behandlungen übernimmt, und sie soll die ersten eigenen Behandlungen begleiten, da erfahrungsgemäß die Aufnahme der Behandlungstätigkeit spezifische Konflikte mobilisiert, die in der Lehranalyse bearbeitet werden müssen, damit sie später nicht die eigene Behandlungstätigkeit zu Lasten der Patienten stören.

Die Erfahrung belegt, daß eine gründliche Lehranalyse allein zwar keine psychotherapeutische Qualifikation verbürgt (siehe I 3.2.1), für eigenverantwortliche und selbständig durchzuführende analytische Psychotherapie aber unverzichtbare Voraussetzung ist und auch für nicht im engeren Sinne analytische Formen von Psychotherapie günstige persönliche Bedingungen schafft.

Eine Grundbedingung für die Durchführung analytischer Psychotherapie und dementsprechend für die Lehranalyse muß darin gesehen werden, daß die Beziehung von Analytiker und Analysand geschützt, d. h. von störenden äußeren Einflüssen weitmöglichst freigehalten wird. Analytiker und Analysand sollten weder durch verwandschaftliche noch freundschaftliche oder regelmäßige berufliche Beziehungen aufeinander verwiesen sein. Dienstliche Abhängigkeiten zwischen Analysand und Analytiker könnten die Möglichkeit zur Entwicklung eines von Fremdeinwirkungen freien wechselseitigen Vertrauensverhältnisses, das die Voraussetzung für rückhaltlose Offenheit ist und erst den Zugang zu unbewußten Persönlichkeitsanteilen erschließt, leicht schwer belasten. Lehranalytiker und Lehranalysand sollten deshalb in der Regel nicht Angestellte oder Beamte desselben Instituts oder derselben Klinik kein. Praktisch hat das dazu geführt, daß die Mehrzahl der Lehranalytiker in aller Welt außerhalb der Weiterbildungsinstitute — entweder in freier Praxis oder in anderen Institutionen — ihre Tätigkeit ausüben.

Die unverzichtbare Unvoreingenommenheit des Analytikers legt auch die existentielle bzw. dienstliche Unabhängigkeit des Lehranalytikers vom direktorial geleiteten Weiterbildungsinstitut nahe.

Alle diese Bedingungen einer geschützten analytischen Beziehung aber sind mit den überkommenen Organisationsformen von Hochschulinstituten und Kliniken nur schwer in Übereinstimmung zu bringen. Sie lassen sich wesentlich leichter an Weiterbildungsinstitutionen konstellieren, die weniger hierarchisch organisiert sind und eine andere Kompetenzverteilung möglich machen als das bei Hochschulen und innerhalb direktorial geführter Krankenhäuser üblich ist.

3.2.3.1

Das Schwergewicht der *praktisch-klinischen Weiterbildung* liegt auf der kontrollierten Behandlungstätigkeit des Studierenden. Der Studierende erhält eine Anleitung in den sogenannten Kontrollanalysen — d. h. in der regelmäßigen Darstellung und Diskussion einer Anzahl eigener Behandlungen mit einzelnen erfahrenen Psychoanalytikern — und in technischen bzw. kasuistischen Seminaren.

Charakteristikum der Kontrollanalysen und Seminare ist — im Unterschied zu wesentlich auf die Vermittlung rationalen Wissens und auf Übung abzielenden akademischen Lehrveranstaltungen (siehe I 2.2) — eine die individuelle, auch unbewußte (und das bedeutet oft: auch abgewehrte kränkende und deshalb der Selbstwahrnehmung noch unzugängliche) Motivation und Emotionalität der Beteiligten — eben auch des behandelnden Studierenden — reflektierende Kommunikation.

Das erfordert ein ungewöhnlich hohes Maß an Bereitschaft zu unkontrollierter, in ihrem Offenbarungsgehalt vorher nicht abschätzbarer Mitteilung und verträgt sich deshalb schlecht mit der mehr oder weniger unverbindlichen Öffentlichkeit der üblichen akademischen Informations- und Übungsmethoden.

3.2.3.2

Eng verknüpft mit der Bereitschaft zu ungewöhnlich offener wechselseitiger Reflexion ist die Tatsache, daß sich der Lernprozeß beim angehenden analytischen Psychotherapeuten weit stärker, als das in anderen akademischen Lehrbereichen üblich ist, über Identifikationen vollzieht. Damit den Studierenden möglichst vielseitige Identifikationsangebote gemacht werden können, sollte ein möglichst großer Kreis erfahrener Analytiker für die Kontrollanalysen und Seminare zur Verfügung stehen. Nur so kann die Gefahr gesteuert werden, daß individuelle Eigenarten der Kontrollanalytiker ungebührlichen Einfluß auf die behandlungstechnische Weiterbildung der Studierenden gewinnen. Wollte man die Kontrollanalytiker und Seminarleiter alle als Angestellte oder Beamte eines Hochschulinstituts, einer Poliklinik oder eines Krankenhauses etablieren, so wäre ein äußerst aufwendiger Stellenplan erforderlich. Dagegen hat es den Anschein — die tatsächlichen Verhältnisse an schon bestehenden Weiterbildungsinstituten sprechen dafür —, daß sich, nach einer gewissen Anlaufzeit, in der sich Weiterbildungsinstitute etablieren, ein hinreichend großer Stab qualifizierter Psychoanalytiker durch Kooperationsverträge relativ leicht für eine begrenzte freie Mitarbeit als Kontrollanalytiker und Seminarleiter gewinnen läßt.

3.2.3.3

Die praktisch-klinische Weiterbildung macht poliklinische Einrichtungen (Ambulanz für psychisch kranke, ratsuchende und hilfsbedürftige Erwachsene und Erziehungsberatungsstellen) unerläßlich. Darauf ist an dieser Stelle nicht detaillierter einzugehen — zumal der Gutachtenauftrag die Notwendigkeit poliklinischer Einrichtungen für die Weiterbildung analytischer Psychotherapeuten schon impliziert. Soviel soll aber festgehalten werden: daß am Weiterbildungsinstitut poliklinische Einrichtungen (psychotherapeutische Ambulanz, Erziehungsberatungsstelle) eingegliedert oder zugeordnet sein müssen, einmal hinsichtlich der Lerneffekte, die sich aus der Mitarbeit der Weiterzubildenden an diesen Einrichtungen ergeben, zum anderen wegen des Bedarfs an einer hinreichend großen Zahl von Behandlungsbedürftigen, für die eine für die Behandlung zuständige Adresse gegeben sein muß, und schließlich auch wegen der Nutzbarmachung der im Verlaufe der Weiterbildung zunehmenden psychotherapeutischen Kapazität der Studierenden für die Versorgung der Bevölkerung, die sich über poliklinische Einrichtungen am leichtesten organisieren läßt.

Es sollte sich aber um spezifisch auf psychotherapeutische Belange abgestellte Ambulanzen handeln — im Unterschied etwa von internistischen oder psychiatrischen Polikliniken, wie sie den Hochschulkliniken zugeordnet und mehr oder minder auch die Adresse psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Kranken sind.

Wirklich funktionsfähig sind psychotherapeutische Ambulanzen jedoch nur dann, wenn sie auf einen hinreichend großen psychotherapeutischen und kinderpsychotherapeutischen Mitarbeiterstab zurückgreifen können, wie er am ehesten durch fortgeschrittene und unter Supervision behandelnde sogenannte „Kandidaten" als „Assistenten" (im kassenrechtlichen Sinne) gegeben ist. Frei praktizierende Psychotherapeuten sind, wie die Erfahrung lehrt, in aller Regel so ausgelastet, daß sie nur im begrenzten Rahmen für die Versorgung der Klientel von Ambulanzen verfügbar sind.

Die Einbeziehung der Psychotherapie-Studierenden in die Versorgung der Bevölkerung, die sich schon aus den Weiterbildungserfordernissen ergibt (vgl. 3.2.3.1), wirft auch die Frage nach der Beteiligung der Studierenden an der Arbeit der poliklinischen Einrichtungen auf und damit die Frage nach den Möglichkeiten der beruflichen Etablierung angehender Psychotherapeuten für die Zeit ihrer Weiterbildung. Darauf ist unter 3.3 gesondert einzugehen.

3.2.4

Allein für den theoretischen Unterricht kämen der Weiterbildung am ehesten die besonderen Bedingungen der Hochschule zustatten: die intensive Beschäftigung mit den wissenschaftlichen Grundlagen der Psychoanalyse, wie sie in Hochschulinstituten und Abteilungen betrieben wird, die sich mit psychoanalytischer Forschung in Theorie und Praxis befassen, sollte der Weiterbildung der angehenden Psychotherapeuten unmittelbar zugute kommen.

An Hochschulinstituten, Fachhochschulen und Fachkliniken tätige Psychoanalytiker sind aber erfahrungsgemäß durchaus durch Lehraufträge für eine Mitarbeit an einem Weiterbildungsinstitut zu gewinnen. Und da das Ausbildungsangebot ein möglichst breites Informationsspektrum vermitteln soll — es reicht von psychoanalytischer Grundlagenforschung der verschiedensten Richtungen über Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie, Heil- und Sozialpädagogik bis zur psychiatrischen Psychopathologie, Sozialpsychiatrie und Psychosomatik — läßt sich das Angebot wünschenswerter theoretischer Lehrveranstaltungen ohnehin nicht durch einen hauptamtlichen Lehrkörper eines wie und wo immer angesiedelten Weiterbildungsinstitutes bestreiten.

3.2.5

Zur Organisation des Lehrbetriebes an einem Weiterbildungsinstitut für analytische Psychotherapeuten läßt sich — zusammenfassend — folgendes sagen:

Sie dürfte sich am vorteilhaftesten aus einem Engagement von Dozenten auf der Grundlage vertraglich vereinbarter Mitarbeit ergeben. Die Mitarbeit von Dozenten auf dieser Grundlage ermöglicht es am ehesten, aus einer möglichst großen Zahl dem Institut mehr oder weniger zugehöriger Psychotherapeuten, aber auch institutsfremder Gastdozenten, jeweils diejenigen zu verpflichten, die aufgrund ihrer individuellen Interessen und speziellen Qualifikationen für die wechselnden aktuellen Weiterbildungserfordernisse am besten geeignet sind. Der Kreis der Dozenten könnte so auf einfache Weise frei praktizierende Psychoanalytiker, Krankenhausärzte, im übrigen sozialen Feld berufstätige Psychoanalytiker und Hochschullehrer einbeziehen und damit eine vielseitige Praxisbezogenheit der Weiterbildungsangebote gewährleisten.

3.3

Im Hinblick auf die Struktur des Weiterbildungsinstitutes ist hier nun auf die Stellung bzw. Anstellung der angehenden Psychotherapeuten während ihrer Weiterbildungszeit einzugehen.

Curriculum-Fragen sind in diesem Zusammenhang nicht zu erörtern.

Die verschiedenen, z. Zt. geltenden Weiterbildungsrichtlinien stimmen im großen und ganzen darin überein, daß die Beanspruchung der Studierenden durch die Weiterbildungserfordernisse etwa ein bis eineinhalb Jahre nach Weiterbildungsbeginn mit der Aufnahme kontrollierter Behandlungen rasch zunimmt. Sie ist mit der Ausübung einer regulären beruflichen Ganztagsarbeit ohne eine extreme Belastung der Privatsphäre des Studierenden und der verschiedenen sozialen Relationen alsbald nicht mehr vereinbar.

Das ist hinlänglich bekannt und bedarf nicht weiterer Ausführung.

Als Alternative ist oft eine auf einige Jahre befristete Ganztagsanstellung der Studierenden am

Weiterbildungsinstitut vorgeschlagen und bekanntlich an einigen Instituten auch ermöglicht worden. Der hohe Weiterbildungseffekt, der mit einer solchen Anstellung verbunden ist, steht außer Diskussion. Es fragt sich aber, ob eine Ganztagsanstellung als *generelles* Modell der Etablierung des Psychotherapie-Studierenden realistisch — und tatsächlich wünschenswert ist. Es ist kaum vorstellbar, daß sich — selbst auf die ferne Zukunft projektiert — so zahlreiche Ganztagsstellen werden einrichten lassen, wie erforderlich wären, um die Mehrzahl der Psychotherapie-Studierenden zu erfassen. Selbst hinreichend viele Halbtagsstellen wären auf lange Sicht wohl kaum zu erreichen.

Es gibt aber auch gewichtige positive Gründe für eine andere Form einer zumindest begrenzten Freistellung der Studierenden für Weiterbildungsinteressen.

Sie sprechen für eine vertraglich vereinbarte, honorierte Mitarbeit der Studierenden in einem den individuellen Bedürfnissen und Umständen entsprechenden Ausmaß, sie könnte sich beispielsweise auf zwei Stunden täglich (zehn Wochenstunden) oder auf drei Stunden an drei Wochentagen (neun Wochenstunden) — aber auch auf eine geringere oder (seltener) höhere Stundenzahl erstrecken.

Variable Vereinbarungen dieser Art könnten es vielen Studierenden erlauben, in eingeschränktem Ausmaß ihre bisherige Berufstätigkeit weiterzuverfolgen — etwa an Erziehungsberatungsstellen, Schulen, Fachschulen, Fachhochschulen, Anstalten, Kindergärten — das gilt zumindest für Psychologen und angehende Pädagogen. Die Erfahrung belegt, daß Teilanstellungsverhältnisse in diesen Tätigkeitsbereichen relativ häufig möglich sind. Die Studierenden behielten dadurch Kontakt mit ihrer vorgängigen Berufstätigkeit — in die sie häufig auch zukünftig ihre analytisch-psychotherapeutische Qualifikation einbringen möchten. Sie hätten die Möglichkeit, die Weiterbildungsfälle außerhalb ihrer Dienstzeit zu behandeln und außerdem Gelegenheit, sich über — beispielsweise — acht bis zehn Stunden wöchentlich an Weiterbildungsinstituten, Polikliniksemina ren, Fokaltherapieseminaren und an Projektarbeiten zu beteiligen — ohne ihre, aus ihren Grundberufen stammende Kompetenz und ihre zunehmende analytische Qualifikation unentgeltlich einbringen zu müssen.

Schließlich ist damit auch die aus Weiterbildungsgründen notwendige Möglichkeit der Rückkehr in den Grundberuf im Falle des Scheiterns der Weiterbildung gegeben. Wie die Erfahrung zeigt, erlischt — ohne eine gewisse finanzielle Subvention — häufig sehr bald auch eine anfänglich große Bereitschaft zum Engagement, sei es aus einem Gefühl von Unangemessenheit, sei es aus finanzieller Notwendigkeit.

Zunehmend häufig tendieren die Studierenden dann dazu, zu frühzeitig ihre einträglichere private Behandlungstätigkeit auszudehnen.

Für Ärzte ist es gemeinhin heute noch schwer, Teilanstellungen als Klinikassistenten zu erhalten. Das führt vermehrt dazu, daß sich ärztliche Psychotherapie-Studierende relativ früh aus ihren Klinikanstellungen lösen, um sich als Psychotherapeuten niederzulassen. Das gegenwärtige Kassenrecht sichert den fortgeschrittenen Weiterbildungskandidaten auf dem Wege der Behandlungsübertragung eine verläßliche Existenzgrundlage.

Teilnahme an Fokaltherapie- und Poliklinik-Seminaren und an Projektarbeit bedeutet für diese Ärzte einen zu hohen Verdienstausfall, der allzuleicht die Neigung lähmt, sich an den angedeuteten Teamveranstaltungen zu beteiligen. Auch hier könnte durch eine Honorierung die Bereitschaft zur Mitarbeit im Team gefördert werden.

Einem öffentlichen Geldgeber könnte über die Honorierung unmittelbarer Mitarbeit in der Ambulanz hinaus auch die Honorierung solcher Teamarbeit vertretbar erscheinen — insofern sich die Mitarbeit in Poliklinik- und Fokaltherapieseminaren legitimerweise als ein Bestandteil der diagnostischen und therapeutischen Ambulanz und somit der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung beschreiben läßt, Projektarbeit dagegen häufig als im Dienste der öffentlichen Psychohygiene ausgewiesen werden kann. Die öffentliche Hand würde somit den Psychotherapie-Studierenden nicht einfach Lehr-Geld zahlen, sondern Dienstleistungen honorieren.

Der Arbeitsalltag der Studierenden könnte somit nach der eigenen Behandlungstätigkeit beispielsweise folgende Arbeitszeitaufteilung haben:

halbtägige Tätigkeit im Grundberuf;

durchschnittlich ein bis zwei, später zwei bis drei Behandlungsstunden täglich;

durchschnittlich zwei, später eine Stunde täglich Teilnahme an Poliklinik, Fokaltherapie etc., Teamarbeit und an Projektarbeit (d. h. anfangs bis zu zehn, später bis zu fünf Wochenstunden);

durchschnittlich ein bis zwei Stunden für Lehr- und Kontrollanalyse.

Darüber hinausgehender Semesterlehrbetrieb würde sich vorwiegend an frühen Abenden bestimmter Wochentage ansiedeln.

Auf der Grundlage einer so gearteten Weiterbildungsorganisation könnte es gelingen, eine große Zahl Psychotherapie-Studierender mit relativ geringem finanziellen und Verwaltungsaufwand (keine Sozialbezüge, keine gesetzlichen Kündigungsfristen) in einer den wechselnden Erfordernissen gut angepaßten Form an den diversen Aktivitäten der Weiterbildungsinstitute zu beteiligen.

Es liegt auf der Hand, daß Organisationsformen dieser Art sich schwerlich in die überkommenen Hochschulstrukturen einfügen lassen.

3.3.1

Es erübrigt sich, im einzelnen darzulegen, daß sich der Betrieb poliklinischer Einrichtungen in der Regel nicht ohne einen kleineren oder größeren Stab festangestellter Funktionsträger (verantwortliche ärztliche und psychologische Leiter) aufrechterhal-

ten läßt — auch und gerade wenn Psychotherapie-Studierende an der poliklinischen Arbeit mitbeteiligt sind, da die Studierenden der Anleitung bedürfen.

3.4

Die vorstehenden Erörterungen, die von den essentiellen Erfordernissen psychoanalytischer Weiterbildung ausgegangen sind, weisen — ganz allgemein gesagt— darauf hin, daß Institute zur Weiterbildung analytischer Psychotherapeuten besonderer Organisationsformen bedürfen — Organisationsformen, die in gegebenen Strukturen der Hochschulen und Fachhochschulen nur schwer — wenn überhaupt — zu integrieren sind.

II Organisation der Weiterbildungsstätten unter Berücksichtigung der Voraussetzungen und Bedingungen psychoanalytischer Weiterbildung

1

Im Teil I dieses Gutachtens sind die Voraussetzungen und Bedingungen psychoanalytischer Weiterbildung untersucht worden.

Bevor die Frage nach der sich aus dem zu organisierenden Gegenstand zwingend ergebenden Organisation hinreichend geklärt werden kann, ist zu fragen,

ob sich aus beschriebenen Essentials *Konstanten* ableiten lassen und welche *Variablen* möglich sind,

um von da aus die Determinanten und damit die kategorial gegebenen Bestimmungsgründe zu beschreiben und darzulegen.

2

„Konstanten"

Unter „Konstanten" sind hier verstanden diejenigen aus dem „Gegenstand" sich ergebenden Determinanten, deren Berücksichtigung unabhängig vom juristischen Status (z. B. „e. V.", „Anstalt" oder (Selbstverwaltungs-)Körperschaft des öffentlichen Rechtes) ist.

Das sind — folgt man dem unter I Dargelegten:

1. die allgemein-menschliche, vorwissenschaftliche und vorberufliche Befähigung (I 1.),
2. ihre Erfassung in einem spezifischen Selektionsverfahren (I 3.2.1),
3. die Notwendigkeit eines humanwissenschaftlichen Grundstudiums und beruflicher Vorerfahrung (I 1.1 bis 1.3),
4. spezifische und essentielle Weiterbildungsprozeduren (I 3.2.2 bis 3.2.3.2).

2.0.1

Unter den unter I 1 bis 1.3 dargelegten Gesichtspunkten handelt es sich immer und muß es sich unaufgebbar immer handeln um eine *post-graduate-Weiterbildung.*

Das hat in jedem Falle zur Folge, daß die bisher bekannten Lehr-, Weiterbildungs- etc. -Modelle nicht ausreichen, vielmehr *neue* entwickelt werden müssen — allenfalls lassen sich „Parallelen" oder Analogien in völlig anderen Berufszweigen finden, zumal in Deutschland (zumindest) die post-graduate-Weiterbildung an Universitäten bislang unbekannt ist. Es bieten sich als Vergleiche deshalb nur an die Weiterbildung zum „Facharzt" (wobei das Urteil des BVG zu berücksichtigen wäre) und — auf einem völlig anderen Gebiet (!) — z. B. die Weiterbildung zum „Steuerberater" oder zum „Wirtschaftsprüfer". Ausdrücklich sei betont, daß es sich hier nur um Analogien handelt und im zur Diskussion stehenden Falle hier völlig neue Wege beschritten werden zu müssen scheinen.

2.0.2

Unbestritten dürfte sein die *Gewährleistung einer fachgerechten,* d. h. den inneren, aus der Logik des Gegenstandes sich ergebenden Bedingungen, *Weiterbildung.* Das bedeutet im einzelnen:

2.0.2.1

entsprechende Auswahlverfahren für die „Bewerber". Weil hier möglicherweise und scheinbar „Grundrechte", wie z. B. das der freien Berufswahl, tangiert werden, ist zu bestimmen, wie die in der Person des „Bewerbers" liegenden, „gerichtsverwendungsfähigen" Gründe gefunden werden, wenn die psychoanalytische Weiterbildung nur die in der vorwissenschaftlichen und vorberuflichen, allgemein-menschlichen Befähigungen wurzelnden Befähigungen entwickeln und mit dem spezifischen „Wissen" und „Können" differenzieren kann (vgl. I 3. 2.1).

Die Kriterien und deren „Feststellung" müssen deshalb „beschreibbar" und damit objektivierbar sein.

2.0.2.2

Die „Auswählenden" müssen einerseits fachlich qualifiziert und andererseits gleichzeitig mit der gebotenen „hoheitlichen" Kompetenz ausgestatttet sein. Demzufolge ist gleichzeitig mit den „Auswahlkriterien" die Qualifikation der Auswählenden zu beschreiben. Das bedeutet, daß die „Auswählenden" die gleichen Voraussetzungen — sowohl hinsichtlich der vorberuflichen und vorwissenschaftlichen, allgemein-menschlichen, als auch hinsichtlich der eigenen beruflichen „Identität" erfüllen müssen, die sie (die „Auswählenden") an die „Bewerber" stellen.

2.0.2.3

Die „Auswählenden" und — im Vorgriff bereits hier zu sagen — „Ausbildenden" müssen, um eine qualifizierte Weiterbildung gewährleisten zu können, in einem kontinuierlichen Prozeß der Dialektik von Theoriebezogenheit und Praxis der „Behandlung" stehen.

2.0.2.4

Der qualifizierende Abschluß der Weiterbildung muß durch die „Weiterbildungsstätte" gewährleistet sein, unbeschadet etwaiger Spezifizierungen durch schulische Differenzierungen. Dieser „Abschluß" muß ebenfalls „verwaltungs-" oder „zivil"-gerichtlich — je nach Status der Weiterbildungsstätte — nachprüfbar sein.

2.0.2.5

Es sind demzufolge in jedem Falle die Voraussetzungen, Bedingungen, Inhalte einer Weiterbildung zweifelsfrei zu beschreiben. Das geschieht am besten durch eine „Weiterbildungs-, Studien- und Prüfungsordnung". Auf Einzelheiten kann im Rahmen dieser Studie nicht näher eingegangen werden, auf Wunsch wird eine entsprechende, in der Praxis bereits angewandte Ordnung vorgelegt.

2.0.2.6

Es versteht sich zwar von selbst, soll aber trotzdem hier ausdrücklich wiederholt und damit betont werden: die „Ausbildenden" oder „Lehrenden" müssen über eine entsprechende beruflich-wissenschaftliche und praktische Erfahrung verfügen.

2.0.2.7

Da es sich bei der Weiterbildung zum analytischen Psychotherapeuten um eine Qualifikation handelt, die dem Wesen des ärztlichen Berufs „als wissenschaftlich fundierter Menschenpflicht zu Hilfe und Heilung in Krankheit und Schmerz" [3]), wenn auch auf eine sehr spezifische Weise, entspricht, andererseits Fragen der somatischen Beteiligung an Genese und Krankheitsgeschehen ggf. eine eminente Rolle spielen, muß unabdingbar zumindest die verantwortliche Beteiligung eines (oder besser: mehrerer Ärzte) an der Weiterbildungsleitung gefordert werden.

2.0.2.8

Um die Weiterbildung entsprechend qualifiziert betreiben zu können, sollte eine Weiterbildungsstätte eine Mindestzahl an Lehr- und Kontrollanalytikern haben.

2.0.3

Die Sicherstellung und ständige Verbesserung der *Versorgung der Bevölkerung mit psychotherapeutischen Leistungen* sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. — Hierzu gehört nicht nur die Versorgung eines entsprechenden Klientels aus einer am Orte bzw. in der unmittelbaren Nachbarschaft („Einzugsgebiet", „Region") einer Weiterbildungsstätte ansässigen Population. Hierzu gehört auch die „Fern-Wirkung" (wörtlich!) der Weiterbildungsstätten:

die Weiterbildungsstätte *muß* — um der Gefahr der „Auszehrung" wie der Gefahr der „Einseitigkeit" zu entgehen — über ein möglichst aus den unterschiedlichsten Bevölkerungskreisen kommendes Klientel verfügen, sowohl aus Gründen der Weiterbildung wie auch — damit in untrennbarem Zusammenhang — aus Gründen der Forschung in der Praxis und damit wieder — rückgekoppelt — der Weiterbildung.

Auf die Gefahr der „Ballung" am Orte der Weiterbildungsstätte sei hier lediglich hingewiesen. Die dieser Gefahr steuernden Elemente können im Rahmen dieses Gutachtens nicht detailliert beschrieben werden. Nur so viel: hier ist ein fruchtbares Feld der Gesundheits-*Politik*.

2.0.4

Aus dem bisher (II 2.0.1 bis 2.0.3) Dargelegten ergibt sich, daß auch der *Forschung* — durch Anwendung der Theorie in der Praxis und Verifikation oder Falsifikation der Theoreme in der Praxis — ein hinreichend breiter Rahmen gegeben wird.

2.1

Sind in II 2 ff. die inhaltlichen Kategorien — d. h. die Bestimmungen der *Ziele* — beschrieben, so sind noch die *Konstanten* hinsichtlich der *organisatorisch-rechtlichen* Aspekte anzugeben. Das sind (unter Beachtung des bisher Gesagten):

2.1.1

Die „Organisation der Weiterbildungsstätte ..." ist — entsprechend ihrem Rang — in wissenschaftlicher Hinsicht und entsprechend ihrer Bedeutung für die Bevölkerung (gesundheitspolitischer Aspekt) — in jedem Falle als *post-graduate-Hochschule* anzuerkennen. Diese „Anerkennung" — unabhängig vom „Träger" und damit von der rechtlichen Zuordnung — hat in jedem Falle gleichrangig mit öffentlich-rechtlichen Körperschaften" zu geschehen, sowohl aus wissenschaftlichen als auch gesundheitspolitischen Gründen.

„Eingangsvoraussetzung" für das Studium an einer Universität ist — zumindest derzeit — das Abitur oder entsprechende Ergänzungsprüfungen. „Eingangsvoraussetzung" zur psychoanalytischen Weiterbildung ist der qualifizierte Abschluß an einer Universität *und* in der Regel noch eine mehrjährige Erfahrung im wissenschaftlich begründeten beruflichen Handeln! Soweit sich daraus Fragen in Hinsicht auf die wissenschaftliche Qualifikation der Lehrenden in besonderer Hinsicht (venia legendi o. ä.) ergeben, sind diese unter Berücksichtigung der Gesamtsituation zu klären. (Hier wäre z. B. denkbar eine besondere — erst noch zu schaffende — Qualifikation zum Erwerb der „venia legendi" im post-graduate

[3]) 2, S. 610

Bereich. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, insbesondere nicht auf die Frage der Abgrenzung der Bedingungen des post-graduate Bereiches zu den Bedingungen des universitären Bereiches, der Voraussetzungen etc. Das darzulegen würde Spezialuntersuchungen erfordern, die den Rahmen dieses Gutachtens sprengen.)

2.1.2

Unbeschadet der rechtlichen Ausgestaltung im einzelnen — hinsichtlich der Rechtsform des „Trägers", also z. B. „e. V.", „Anstalt" oder „Körperschaft des öffentlichen Rechtes" — ist — wegen der Bedeutung in gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Hinsicht — eine *Finanzgarantie der „öffentlichen Hand"* unabdingbar. Wie diese im einzelnen zu gestalten ist, ist abhängig von verschiedenen Faktoren, deren Interdependenz an dieser Stelle nicht beschrieben werden soll und kann.

2.1.3

Zu fordern ist in jedem Falle eine „Transparenz" und „Kontrollierbarkeit", sei es im Wege der Verwaltungs- oder Zivilgerichtsbarkeit.

Das schließt ein die „Rechtsaufsicht" hinsichtlich aller Vorgänge in einer „Weiterbildungsstätte mit poliklinischen Einrichtungen" für den Bereich der „Weiterbildung" (also z. B. durch entsprechende „Ordnungen" oder „Satzungen" und deren Nachprüfbarkeit im Verwaltungsrechtlichen oder Nachvollziehbarkeit in wissenschaftlicher Hinsicht) wie auch die Kontrolle hinsichtlich der finanziellen Gebaren. Dabei ist in jedem Falle zu gewährleisten, daß die Rechts- und Finanzaufsicht zweifelsfrei möglich ist, gleichzeitig aber Ein- und Übergriffe aus dem rechtlichen und/bzw. oder finanziellen Zuständigkeitsbereich in die Sach- und Fachkompetenz ausgeschlossen werden.

Da die Verantwortung der „Öffentlichkeit" — vertreten durch den „Staat" oder eine „Kommune" — sowohl für den Bereich der Weiterbildung und d. h. für den Nachwuchs an „Behandlern" als auch für den Bereich der Versorgung der Bevölkerung mit psychotherapeutischen Leistungen (für „Erwachsene" wie für „Kinder und Jugendliche" und deren pathogene Bezugspersonen) unbestritten sein dürfte, ist sowohl die Finanzgarantie für die Erbringung dieser Leistungen durch die Weiterbildungsstätte als auch deren nachhaltige Beteiligung an der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung durch entsprechende rechtliche Verordnungen sicherzustellen und in öffentlich-rechtlicher Form zu gewährleisten (z. B. wie bei Universitäts-Ambulanzen).

3 Die Variablen

3.1

Werden die unter II 2 bis 2.1.3 beschriebenen Gesichtspunkte zweifelsfrei berücksichtigt, so sind hinsichtlich der Ausgestaltung im einzelnen „Spielräume" möglich.

Das sind:

3.1.1

Fragen der *Leitungsorgane,* also z. B. direktoriale oder kollegiale Leitung.

Hier wäre zu fordern in jedem Falle die *Auswechselbarkeit,* d. h. demokratische Ablösbarkeit des Leiters oder der Leitung, um eine einseitige Orientierung, die Abhängigkeit von einer Person (z. B. mit Beamtenrechten auf Lebenszeit usw.) auszuschließen, oder um die Lösung von analytischen „Essentials" und damit eine Verfälschung der Aufgabenstellung und der Zielsetzung unter Berufung auf beamtenrechtliche Verhältnisse zu verhindern (vgl. I 2.1 bis 2.3 und 3.2.2).

4 Organisationsfragen im engeren Sinne

4.1

Hier ist zu unterscheiden zwischen dem angestrebten Ziel und den tatsächlichen Gegebenheiten. Geht man vom *Ziel* aus, so ist die optimale Rechtsform einer solchen Weiterbildungsstätte zu finden; geht man von den Gegebenheiten aus, so ist zu prüfen, wie das Gegebene in das Zukünftige integriert werden kann.

4.1.1

Vom Ziel her gesehen ist demnach zu prüfen, welche rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, da es sich hier im Bereich der Weiterbildung um eine — wie bereits ausführlich dargelegt und begründet — post-graduate-Weiterbildung handelt, für die es bisher (zumindest in der Bundesrepublik Deutschland und soweit bekannt, auch im übrigen Europa) keine Vorbilder gibt. Es wird deshalb zu prüfen sein, ob die Organisation der Weiterbildungsstätte in die Universität ein- oder angegliedert werden kann, oder ob völlig neue Wege zu gehen sind. Dabei wäre zu berücksichtigen die Pflicht des Gemeinwesens und die daraus folgenden Rechte und deren Sicherstellung.

4.1.2

Geht man von den tatsächlichen Gegebenheiten aus — und man wird das eine nicht ohne das andere tun können —, so wird festzustellen sein, daß eine qualifizierte Weiterbildung zum einen bislang nur von privat-rechtlichen Institutionen vermittelt wird, daß *ohne* deren Kapazitäten ein Neuaufbau unmöglich ist, zum anderen, daß die „Vermehrung" von Weiterbildungsstätten abhängig ist von der Zahl der vorhandenen qualifizierten Ausbilder.

Legt man hier allein die Zahlenverhältnisse (das Erfordernis einer Mindestzahl von Lehr- und Kontrollanalytikern) zugrunde, so ergibt sich einerseits

die Unmöglichkeit, auf die vorhandenen Weiterbildungskapazitäten zu verzichten, andererseits werden hier die noch — zumindest mittelfristig wirksamen — Grenzen sichtbar.

4.2

Prüft man die Verantwortung des Staates oder eines sonstigen Trägers der Gemeinschaftsmacht, so ist festzustellen, daß dessen (bzw. deren) Pflicht gegenüber dem Staatsbürger zur Bereitstellung von Psychotherapeuten Genüge getan ist, wenn er (bzw. sie) den Weiterbildungsgang zum Psychotherapeuten rechtlich „geordnet" und dessen Durchführung in finanzieller Hinsicht gewährleistet hat.

Unter diesem Gesichtspunkt ist eine optimale Rechtsform zu finden, die die dem Staat gebührende Staatsaufsicht, die in der Rechtskontrolle und in der Sorge für den geordneten Gang der Verwaltung, jedoch in keiner Ermessenskontrolle, besteht, gewährleistet.

Als Rechtsformen stehen zur Verfügung:

4.2.1

die völlige Eingliederung einer solchen Weiterbildungsstätte in eine Universität.

Das muß aus den unter I 3 bis 3.3 genannten Gründen ausscheiden;

4.2.2

die „Anbindung" an eine Universität.

Hierfür ist weder eine sachlich zwingende Notwendigkeit nachweisbar, noch gibt es dafür erprobte und bewährte Beispiele, die hinreichend gewährleisten könnten den Ausschluß all der Nachteile, die sich aus einer „Anbindung" bei den gegenwärtigen Universitätsstrukturen und in Ermangelung von Erfahrungen im übrigen post-graduate-Bereich für eine so anfällige, weil so spezifische Weiterbildung ergeben würden. Es müßten also in jedem Falle neue Modelle entwickelt werden.

4.2.3

Zu prüfen wäre dann die Frage, ob etwa eine „Anstalt" (im Sinne eines Rechtsinstituts des Verwaltungsrechtes) geeignet wäre. Eine — im einzelnen hier nicht durchführbare — Untersuchung dieser Frage muß jedoch zu dem Ergebnis kommen, daß auch dieses Rechtsinstitut ungeeignet erscheint: es ist zwar „ein Bestand von Mitteln, sächlichen wie persönlichen, welche in der Hand eines Trägers öffentlicher Verwaltung einem besonderen öffentlichen Zweck dauernd zu dienen bestimmt sind" (vgl. Otto Mayer: Deutsches Verwaltungsrecht, Bd. 2, München—Leipzig 1895, 1924 [3. Aufl.]. Darin: Die rechtliche Anstalt) und sie hat eine öffentlich-rechtliche „Nutzungsordnung", „Rechtssubjekt", und d. h. letzten Endes bestimmend bleibt aber der „Staat" oder die „Gemeinschaftsmacht", bei aller „Freiheit in Forschung und Lehre" möglicherweise doch nicht letztentscheidend der „Sachzwang" des Gegenstandes. Das wird vor allem deutlich an der — die Anstalt etwa von einer „Körperschaft" oder einem rechtsfähigen Verein — unterscheidenden Tatsache, daß die (öffentlich-rechtliche) Anstalt keine Mitglieder hat, sondern lediglich eine innerorganisatorische Verselbständigung innerhalb der allgemeinen Verwaltung ist. Genau das aber ist für den post-graduate-Bereich undenkbar.

4.2.4

Als weiteres „Rechtsinstitut" wäre zu prüfen die Bildung *„öffentlich-rechtlicher Körperschaften" (nicht* etwa „Körperschaften" des Privatrechts, wie z. B. „eingetragene Vereine", darauf wird noch einzugehen sein). Es scheint zwar keine Einhelligkeit hinsichtlich der Bestimmungskriterien zu bestehen. Doch scheint die vorherrschende Meinung dahin zu gehen, öffentlich-rechtliche Körperschaften zu definieren als „Verbände, die als selbständige, mit Hoheitsmacht ausgestattete Verwaltungsträger wirken und vom Staat beaufsichtigt werden". Charakteristisch ist für alle Rechtsinstitute dieser Art — unbeschadet der Ausgestaltung im einzelnen —, daß öffentlich-rechtliche Körperschaften auf einem „Staatsakt" gründen, durch den „sie vom Staat geschaffen werden oder durch den ein schon bestehender Verband als öffentlich-rechtliche Körperschaft anerkannt wird und das Bestehen einer Mitgliederversammlung oder einer Versammlung von Delegierten, die von den Mitgliedern gewählt werden, und das Vorhandensein eines Verwaltungs- und Geschäftsführungsorgans zwingend vorgeschrieben ist" [4]).

4.2.5

Bliebe noch das Rechtsinstitut des „eingetragenen Vereines" („Körperschaft des privaten Rechtes"). Das Gesetz schreibt hier Mindestbestimmungen vor, insbesondere für den hier in Frage stehenden „idealen Verein", wie: eindeutiger Name, Zweck, Mitgliederaufnahme, Austritt, Beitrag?, Vorstand und Vorstandswahl, Mitgliederversammlung und Protokoll [5]) — jedoch scheint der entscheidende Nachteil die Frage der Regelung der Übernahme „hoheitlicher Aufgaben" — also der dem Staat oder der Gemeinschaftsmacht zufallenden Aufgaben — und der „Staatsaufsicht" in rechtlicher und finanzieller Hinsicht zu sein.

4.2.6

Zwischenergebnis

Prüft man die möglichen Rechtsinstitute insbesondere unter der Frage des Sachzwanges, d. h. unter den Aspekten der Verantwortung der Öffentlichkeit — „Staat" bzw. „Gemeinschaftsmacht" — wie unter den Aspekten des Sachzwanges aus der Logik des zu organisierenden Gegenstandes, so scheint das Rechtsinstitut der *öffentlich-rechtlichen Körperschaft* das ideale zu sein, weil es alle Ideal-Konkurrenzen in optimaler Weise zu lösen vermag:

[4]) 4, Bd. 5
[5]) 6 und 7

4.2.6.1

Die dem „Staat" oder der Gemeinschaftsmacht obliegende Aufgabe — hier die Weiterbildung von analytischen Psychotherapeuten in Erfüllung der Fürsorgepflicht (der Staat kann den Psychotherapeuten nicht „schaffen", sondern sein Werden nur betreuen und fördern!) — wird von den dazu spezifisch Qualifizierten übernommen und durchgeführt, wobei

4.2.6.2

der „Staat" (oder die Gemeinschaftsmacht) hinsichtlich der Durchführung der „Delegation" seiner ureigensten Aufgabe an dieser „Körperschaft" die „Rechtsaufsicht" und die „Verwaltungsaufsicht" durch ein Rahmengesetz hinsichtlich der Gestaltung der Organisation und deren Gebaren zweifelsfrei klären kann, *ohne* in die sich aus den Sachzwängen des zu organisierenden Gegenstandes ergebenden inneren Angelegenheiten eingreifen zu müssen (und auch nicht zu können!),

4.2.6.3

die „Organisation" der Körperschaft von *ihren Gliedern* ausgeht, der „Staat" sich also beschränkt auf die Staatsaufsicht, „die in der Rechtskontrolle und in der Sorge für den geordneten Gang der Verwaltung" besteht, womit

4.2.6.4

der Staat einem seiner wesentlichsten Prinzipien — dem der Subsidiarität — in hervorragender Weise gerecht würde: öffentlich-rechtliche Aufgaben öffentlich-rechtlichen Körperschaften zu überlassen, „die im Wege der Selbstverwaltung die im engeren Bereich anfallenden Bedürfnisse ordnen" [6]). Als in der Praxis bewährtes Beispiel mögen hier die „Ärztekammern" genannt werden.

Wenn das so ist, folgt daraus, daß die „Körperschaft des öffentlichen Rechts" das geeignetste Rechtsinstitut für die „Organisation von Weiterbildungsstätten mit poliklinischen Einrichtungen" wäre.

Dieses Rechtsinstitut hätte außerdem weitere entscheidende Vorteile:

die vom Staat zur Erfüllung seiner Aufgabe zur Verfügung zu stellenden Mittel könnten einwandfrei auf ihre sach- und zweckgerechte Verwendung geprüft werden,

diese „Körperschaft des öffentlichen Rechtes" wäre kooperationsfähig mit den anderen Körperschaften (oder auch Anstalten) des öffentlichen Rechtes wie z. B. Hochschulen, Universitäten.

5 Schlußbemerkung und Folgerungen

5.1

Die Frage der „Organisation von (psychoanalytischen) Weiterbildungsstätten mit poliklinischen Einrichtungen" stellt die Frage nach der Organisation des post-graduate-Bereiches überhaupt.

Hier müssen generell neue Modelle entwickelt werden. Das gilt nicht nur -- obwohl hier in ganz besonderer Weise zwingend — für die psychoanalytische Weiterbildung als einer besonderen, auf vorwissenschaftlichen, in vorberuflichen und allgemeinmenschlichen Erfahrungen wurzelnden und auf einem universitären Grundberuf aufbauenden, alle diese Kriterien einbeziehenden und zu der spezifischen Qualifikation in einem ganz spezifischen Weiterbildungsgang zu differenzierenden Fertigkeiten, sondern für alle ähnlichen Bereiche.

5.2

Die Untersuchung kommt zu dem Schluß, dazu als Rechtsform die „Körperschaft des öffentlichen Rechtes" zu empfehlen.

5.3

Die hier vorgeschlagene Rechtsform bietet die Möglichkeit, alle fachspezifischen Gesichtspunkte wie auch die Interessen des Staates optimal in Einklang zu bringen.

5.4

Sie bietet ferner die Möglichkeit, von den gegebenen Verhältnissen auszugehen und sie nachhaltig zu verändern.

5.5

Sie ist geeignet, ein Modell für den ganzen nachuniversitären Bereich zu schaffen: geht man davon aus, daß die Hochschulen (deutsches Rechtes) dadurch gekennzeichnet seien, daß sie „in Forschung und Lehre verbundene, auf Dauer organisierte Ausbildungsstätten (seien), in denen systematischer Unterricht in den verschiedensten Wissenschaftszweigen erteilt wird, um die Studierenden zu selbständiger geistiger Arbeit und eigenem kritischem Unterscheiden anzuleiten, ihnen methodisch klares Denken zu vermitteln . . ." [7]), so würde sich die hier vorgeschlagene Spezial- oder post-graduate-Hochschule (in einer ersten Annäherung) wie folgt definieren lassen:

„in Forschung, Lehre und praktischer Anwendung der Lehre verbundene, auf Dauer organisierte Weiterbildungsstätten, in denen systematischer Unterricht auf der Basis eines umschriebenen Wissenschaftsgebietes und praktischer Erfahrung in der wissenschaftlich fundierten Anwendung dieser Wissenschaft erteilt wird, die Anwendung der wissenschaftlich gesicherten Kenntnisse in der Praxis unter Supervision erprobt wird, um den „Studierenden" zu selbständiger praktischer Arbeit in der Dialektik von Theoriebezogenheit und Praxis zu befähigen".

[6]) 2, S. 607

[7]) 3, S. 117

5.6

Demnach wäre vorzuschlagen,

5.6.1

die in der Form des rechtsfähigen Vereines bestehenden psychoanalytischen Weiterbildungsinstitute umzustrukturieren als Vorbereitungskörperschaften für öffentlich-rechtliche Körperschaften — ein in der Praxis erprobtes Beispiel kann als Modell vorgelegt werden —,

5.6.2

dieses Modell zu erproben und Erfahrungen zu sammeln, um dann

5.6.3

diese „Vereine" zu öffentlich-rechtlichen Körperschaften umzuwandeln aufgrund einer gemeinsamen Willensbildung der Mitglieder des „Vereines" und des „Staates",

5.6.4

bei Neugründungen zunächst bereits im Hinblick auf die spätere Umwandlung zu einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes strukturierte rechtsfähige Vereine zu bilden und dann nach 5.6.2 und 5.6.3 zu verfahren.

Literaturangaben

1. Peter Fürstenau: „Probleme vergleichender Psychotherapieforschung", „Psyche", Stgt, 6/26. Jg.
2. Görres-Gesellschaft (Hrsg.): Staatslexikon, Bd. 1, Freiburg/Brsg. 1957
3. Görres-Gesellschaft (Hrsg.): Staatslexikon, Bd. 4, Freiburg/Brsg. 1959
4. Görres-Gesellschaft (Hrsg.): Staatslexikon, Bd. 5, Freiburg/Brsg. 1960
5. Görres-Gesellschaft (Hrsg.): Staatslexikon, Bd. 8, Freiburg/Brsg. 1963
6. Bürgerliches Gesetzbuch
7. Eugen Sautter: „Der eingetragene Verein", München/Berlin 1962 (5. Aufl.)

Familientherapie

von

U. Wegener in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe für Familientherapie
im Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen

I. Einleitung: Problemübersicht

In der psychologischen Medizin setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, daß seelisch bedingte Erkrankungen sich oft nicht als Merkmale eines individuellen Trägers abgrenzen lassen, daß sie vielmehr sehr häufig als Interaktionsstörungen zu begreifen sind, an denen mehrere eng aufeinander bezogene Individuen in unterschiedlichen Funktionen gleichzeitig beteiligt sind: „Neurotic circular reactions are never absent in any well established neurosis" (Mittelmann).

Diese Erkenntnis hat eine Diskussion des Krankheitsbegriffes in der psychologischen Medizin in Gang gebracht, die eine Revision des traditionellen rein individualistischen Krankenhauskonzeptes notwendig erscheinen läßt. Diese Revision muß der Tatsache Rechnung tragen, daß z. B. in Familien oft ein oder mehrere Mitglieder trotz schwerer unbewältigter innerer Spannungen so lange nicht selbst an manifesten Symptomen erkranken, so lange sie ein oder mehrere andere Familienmitglieder als Objekte zur Abreaktion ihres inneren Druckes benutzen können, die gewissermaßen stellvertretend für sie selbst klinische Symptome produzieren. In solchen und anderen Fällen, in denen die Symptome eines Individuums lediglich die greifbare Manifestation eines krankhaften Gruppenkonfliktes in der Familie darstellen, erweist sich die isolierte Behandlung des sichtbar dekompensierten Familienteils entweder als vergeblich, weil der latent beteiligte andere Familienteil dagegen arbeitet, um den „Patienten" in der Rolle eines Kanalisationsinstrumentes festzuhalten. Oder es kommt dazu, daß die unbewältigte krankheitserzeugende Spannung in der Familie in symptomerzeugender Weise kreisförmig von einem Teil auf andere verschoben wird. Dies führt zu den geläufigen pathogenen Kettenreaktionen nach Einzelbehandlung vorgeschobener Symptomträger innerhalb einer familiären Gruppenneurose.

Die fortgeschrittene Einsicht in diese Zusammenhänge läßt die Notwendigkeit erkennen, in einschlägigen Fällen von krankheitserzeugenden Gruppenkonflikten in der Familie („Familienneurosen") die an dem Interaktionskonflikt unmittelbar beteiligten Mitglieder therapeutisch gemeinsam zu erfassen. Dabei haben auch solche latent gestörten Individuen, die gewissermaßen anstelle eigener Symptome eine krankhafte Dekompensation bei ihrem familiären Partner produzieren oder in Gang halten, als Patienten zu gelten und nicht etwa nur als ratbedürftige Angehörige. Würde man ihnen bei der Durchführung der Therapie irgendeine kotherapeutische Sonderstellung einräumen, würde man sie eher daran hindern, ihr Dominanzverhältnis gegenüber ihrem abhängigen manifest dekompensierten Partner aufzugeben.

Der Ausbau der Ehepaar- und Familientherapie erfordert eine Intensivierung der Weiterbildung und Fortbildung in diesem speziellen Bereich, die an einzelnen Stellen schon betrieben wird. Dabei erscheint es notwendig, daß die Vermittlung familiendynamischer und familientherapeutischer Kenntnisse und Fertigkeiten nicht auf einen einschlägigen Spezialistennachwuchs beschränkt werden sollte, sondern in alle Systeme psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Weiter- und Fortbildung Eingang finden muß. Familiendynamische und familientherapeutische Aspekte müssen zu einem selbstverständlichen integrierten Element in den Grundkonzepten der allgemeinärztlichen Praxis, in der angewandten Psychoanalyse und pragmatischen Psychotherapieformen sowie in den diversen Bereichen der Sozialtherapie und Partnerberatung werden. Außer als Bestandteil einer neuen Grundorientierung in der psychologischen Medizin ist Familientherapie in Form spezifischer differenzierter Methoden für einschlägige soziale und psychologische Indikationsbereiche zu entwickeln und wissenschaftlich systematisch zu erforschen.

Die Kostenträger sollten die bereits erprobten Verfahren der Familientherapie umgehend in ihren Katalog der Pflichtleistungen aufnehmen, wobei für aufwendige Spezialmethoden die Indikation und die Ausbildungsqualifikation der Therapeuten ebenso wie bei anderen psychotherapeutischen Spezialverfahren festgelegt bzw. gutachtlich kontrolliert werden mögen.

II. Indikationsstellung und settings der Familientherapie

Der Indikationsbereich für Familientherapie kann folgendermaßen definiert werden:

Familientherapeutische Verfahren sind immer dann indiziert, wenn sich nachweisen läßt, daß die manifeste psychische Krankheit der als Patient angebotenen Person ursächlich bedingt ist durch eine gestörte Interaktion der gesamten familiären Gruppe bzw. deutlich in Zusammenhang steht mit einem, die ganze Familie belastenden Konflikt.

Erfahrungsgemäß sind bei einer solchen Konstellation die Chancen einer Einzeltherapie mit dem Symptomträger sehr gering, da der übrige Teil der Familie in der Regel, um das innerfamiliäre pathologische Gleichgewicht zu erhalten, einer solchen Einzelbehandlung entgegenarbeitet. Es wäre für die Kassen also ein Gewinn, in solchen Fällen nicht erfolglose Einzeltherapien zu finanzieren, sondern erfolgversprechende Familientherapien. Die zentralen Symptomträger müssen nicht, wie man heute häufig annnimmt, bevorzugterweise Kinder sein, es kann sich ebenso oft auch um Erwachsene handeln.

Die bereits praktizierten und erprobten Verfahren der Familientherapie sind in der folgenden Aufstellung zusammengefaßt:

1. Familienberatung
   Teilgruppe der Familie oder Gesamtfamilie, 1 bis 5 Sitzungen.
2. Mittelfristige Familientherapie
   Gesamtfamilie, einmal wöchentlich, 3 bis 6 Monate.
3. Längerfristige Familientherapie
   Teilgruppe der Familie oder Gesamtfamilie, einmal wöchentlich, bis zu zwei Jahren.
4. Familientherapie in der Wohnung der Betroffenen (in der Regel Unterschichtfamilien, z. T. eingebettet in Gemeinwesenarbeit)
   Teilgruppe der Familie oder Gesamtfamilie, einmal wöchentlich bis zu zwei Jahren.
5. Familienkriseninterventionstherapie in der Wohnung der Betroffenen oder in der Praxis des Therapeuten (Suicidversuche, akute Fehlhandlungen usw.)
   2 bis 10 Sitzungen innerhalb weniger Wochen.
6. Kindergruppentherapie
   Einmal wöchentlich mit begleitender 14tägiger Beratung der Eltern, bis zu zwei Jahren
   1 oder 2 Therapeuten.
7. Elterngruppentherapie
   Einmal wöchentlich bis zu zwei Jahren
   1 oder 2 Therapeuten.
8. Paartherapie
   a) Intensive Paarkurztherapie:
      Im Durchschnitt 10 bis 12 Doppelstunden innerhalb von 2 Wochen.
   b) Längerfristige niedrig frequente Paartherapie 1 bis 2 mal wöchentlich, bis zu einem Jahr
   c) Ehepaargruppentherapie:
      1 bis 2 mal wöchentlich, bis zu zwei Jahren.
      1 oder 2 Therapeuten.
9. Paar- und Familientherapie in stationärem Rahmen (z. B. Familientherapie mit der Zentralfigur eines psychotischen Jugendlichen).

Ein für die Zukunft aussichtsreich erscheinendes, aber im Augenblick aus praktischen Gründen nur selten geübtes Verfahren, wäre eine familienbezogene allgemeinärztliche Tätigkeit, die in einer Kooperation von praktischem Arzt und zugeordnetem Sozialarbeiter bestehen könnte. Gerade in ländlichen Gegenden erscheint ein solches Arbeitsmodell für die Zukunft vielversprechend.

In einem weiteren Sinne gehören in die Definition von Familientherapie auch Aktivitäten hinein, die sich auf Institutionen beziehen, die an dem familiären Konflikt beteiligt sind (z. B. Zusammenarbeit mit Schule, Arbeitsamt, Heim, Kindergarten, Betrieb usw.). Solche Kooperation mit Institutionen im Rahmen von Familientherapie werden heute ja bereits in großem Umfang besonders von Sozialarbeitern geleistet.

Es wäre sicher wichtig, dies in das Bewußtsein der Kassen zu bringen und in Zukunft Regelungen kassentechnischer Art auch hierfür zu finden, wobei diese Aktivitäten allerdings vielfach nicht mit familientherapeutischen Maßnahmen von Ärzten oder Psychologen koordiniert sind.

III. Kassenregelung

Nach den bisher gemachten Ausführungen über die Bedeutsamkeit familientherapeutischer Konzepte für die ambulante sowie stationäre Versorgung psychisch Kranker erscheint es selbstverständlich, daß, wie schon erwähnt, die Kostenträger die familientherapeutischen Verfahren in den Katalog ihrer Pflichtleistungen aufnehmen sollten. In diesem Zusammenhang möchten wir noch einmal darauf hinweisen, daß wir der Ansicht sind, daß zu den „zur Ausübung Berechtigten" alle Berufsgruppen zu zählen sind, die eine familientherapeutische Weiter- bzw. Fortbildung unter den später dargelegten Bedingungen nachweisen können. Aus praktischen Erwägungen heraus halten wir es für sinnvoll, daß die Vergütung der Familientherapie durch die Kassen nach den gleichen Richtlinien erfolgt, die im Arztersatzkassenvertrag für die Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie gültig sind.

Wenn man von der oben formulierten Indikationsstellung ausgeht, kann man nach unserem Eindruck die Aufschlüsselung des Arztersatzkassenvertrages unter § 1 übernehmen, unter der Voraussetzung, daß die unter a, b, c, zitierten Krankheitsbilder nachweislich durch eine konflikthafte familiäre Situation bedingt sind. Wir gehen dabei davon aus, daß die unter § 1 a angegebenen Störungen beliebig zu ergänzen sind.

Ein Teil der familientherapeutischen Aktivitäten ist durch die „Regelung einer begleitenden Psychotherapie der Beziehungspersonen im Rahmen einer Kinderpsychotherapie" erfaßt. Wir haben allerdings den Eindruck, daß das unter § 14,2 angegebene Verhältnis von 1 zu 8 (Einzelbehandlung der Beziehungspersonen zur Behandlung des Kindes bzw. Jugendlichen) nicht angemessen ist. Eine Behandlung der Beziehungspersonen müßte häufiger erfolgen, etwa im Verhältnis 4 zu 8.

Abschließend sei noch bemerkt, daß die Haltung der Kostenträger, Familientherapie als Kassenleistung

erst dann anzuerkennen, wenn diese in großem Umfang betrieben wird deshalb wenig überzeugend erscheint und revisionsbedürftig ist, weil die Ausbreitung des Verfahrens ja bislang gerade durch die fehlende Kostenübernahme verhindert worden ist.

IV. Möglichkeiten der Institutionalisierung und Organisation familientherapeutischer Aktivitäten

Nach den bisher gemachten Ausführungen erscheint es offensichtlich unökonomisch und nicht am Problem orientiert, wenn man weiterhin multidisziplinäre Beratungsteams für schmalspurige Teilaufgaben einsetzt, z. B. für die Belange bestimmter Altersgruppen oder für bestimmte Problembereiche wie Eheberatung, Sexualberatung, Familienplanung usw. Für die Zukunft sind zusammengefaßte Beratungszentren, die jeweils eine bestimmte Region zu versorgen haben, die zweckmäßigste Arbeitsform für familientherapeutische und familienberatende Tätigkeiten. Die Gründe für die Einrichtung solcher integrierter Beratungszentren liegen, wie bereits mehrfach ausgeführt wurde, in erster Linie in der psychosozialen Entstehung und Verflechtung der an eine Beratungsstelle herangetragenen Probleme.

Angesichts der derzeit herrschenden Zersplitterung der Beratungsdienste scheint jedoch diese Zukunftsperspektive nicht in absehbarer Zeit realisierbar zu sein. Es muß aber mit Nachdruck gefordert werden, daß die schon existierenden Beratungsstellen ihre bisher eingeengten Arbeitsfelder ausweiten im Sinne einer Anpassung an das jeweilige psychosoziale Problem, das sich ihnen stellt. Außerdem muß die Kooperation zwischen den verschiedenen Beratungsstellen in stärkerem Maße als bisher gefördert werden, so daß ein regionaler Verbund von Beratungsstellen zustande kommt, der eine Koordination der bis jetzt zuweilen noch parallel oder gegeneinander laufenden Aktivitäten ermöglicht.

Die Effizienz der familientherapeutischen Arbeit könnte weiterhin dadurch erhöht werden, daß man in verstärktem Maße die jeweils beteiligten Institutionen oder Behörden (Schulen, Kindergärten, Heime, Jugendämter und Gerichte) koordiniert und in die familientherapeutische Arbeit einbezieht. Besonders dringlich erscheint uns ein kontinuierlicher Kontakt mit den Sozialarbeitern der kommunalen Sozialbehörden. Das setzt voraus, daß die Sozialarbeiter in geringerem Maße als es bis jetzt noch der Fall ist, gegenüber ihren Behörden weisungsgebunden sind und eine für sie überschaubare Klientel zu betreuen haben. Nur unter diesen Voraussetzungen ist ein Sozialarbeiter in der Lage, eine intensive, auf das psychologische Problem abgestellte Einzelarbeit in Kooperation mit einer familientherapeutischen Beratungsstelle zu leisten.

Erfahrungen aus den USA und einigen europäischen Ländern zeigen, daß es zweckmäßig ist, die Aufmerksamkeit auf die für familientherapeutische Arbeit noch nicht nutzbar gemachten Potentiale innerhalb der Bevölkerung zu lenken. Damit ist z. B. gemeint die Hinzuziehung interessierter Laien sowie die Auswahl und begleitende Betreuung von Familien, die geeignet erscheinen, verhaltensauffällige oder psychisch gestörte Kinder über einen bestimmten Zeitraum hinweg in Pflege zu nehmen.

Von besonderer Wichtigkeit erscheinen uns einige Überlegungen zur ambulanten familientherapeutischen Versorgung von Unter- und Randschichtgruppen. Man muß dabei von der allgemeinen Erfahrung ausgehen, daß mit absinkendem Sozialstatus die Bereitschaft der Klienten nachläßt, sich aktiv an Beratungsstellen zu wenden. Das bedeutet, daß die Beratungszentren direkt in den Siedlungen, in denen diese Bevölkerungsgruppen wohnen, lokalisiert sein müssen.

Um diese Beratungs-Institutionen attraktiver zu machen, wäre es günstig, sie zu Kommunikationszentren auszubauen, die informelle Kontakte sowohl unter den Bewohnern als auch mit den Angehörigen des Beratungsteams ermöglichen. Solche Beratungsstellen müssen wesentlich aktiver die vielfältigen sozialen, seelischen und ökonomischen Schwierigkeiten aufgreifen, als man es von Beratungsstellen mit vorwiegend Mittelschicht und Oberschicht-Klientel gewohnt ist.

Die Einführung familientherapeutischer Konzepte kann sich selbstverständlich nicht nur auf die ambulante Krankenversorgung beschränken. Sie müßten in gleichem Umfang und gleicher Intensität auch bei der stationären Krankenversorgung seelisch gestörter Menschen Anwendung finden. Hierzu ist es notwendig, daß familientherapeutisch qualifizierte Ärzte mit Schwestern und Pflegepersonal therapeutische Teams bilden, die sowohl die stationäre Behandlung als auch die ambulante Nachbehandlung der Patienten familienzentriert durchführen. Die Anwendung familientherapeutischer Konzepte im Bereich der stationären Krankenversorgung bewirkt erfahrungsgemäß einen Rückgang der Primärhospitalisierungen, eine Verkürzung der Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie eine Verringerung der Rückfallquoten und der sekundären Hospitalisierungsschäden. Außerdem hat sich gezeigt, daß die Reintegration des Patienten in seine Familie komplikationsloser verläuft.

V. Familientherapeutische Grund-, Weiter- und Fortbildung

1. Grundausbildung

Konzepte der Familiendynamik und Grundbegriffe der Familientherapie müssen zunächst in den Lernzielkatalogen der Grundausbildung für Mediziner, Psychologen, Psychagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heil- und Sonderpädagogen stärker als bisher berücksichtigt werden. Die traditionelle Grundausbildung in diesen Berufen ist immer noch

zu einseitig auf den individuellen Patienten, Klienten, Schüler zugeschnitten. Die stärkere Gewichtung der familiären Interaktionen muß im Verlaufe einer allgemeinen Umstellung auf eine neue Sichtweise erfolgen, die den psychosozialen Interaktionen des Menschen als Gruppenwesen grundsätzlich mehr Bedeutung einräumt.

2. Weiterbildung

Hinsichtlich der Weiterbildung muß unterschieden werden zwischen der Integration familiendynamischer und familientherapeutischer Elemente in die Lernzielkataloge allgemeiner Weiterbildungsgänge — etwa zum Facharzt für Psychiatrie, zum Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie (vielleicht demnächst zum Facharzt für Psychotherapie, Psychosomatik), zum Psychoanalytiker, zum Psychagogen oder dergleichen einerseits und der zusätzlichen besonderen Schulung von Therapeuten, die über die genannten üblichen Weiterbildungsgänge hinaus eine Spezialqualifikation für Familientherapie erwerben wollen.

a) Psychiater

Die Facharztausbildung der Psychiater sollte vor allem — was bisher in der Bundesrepublik Deutschland noch kaum geschieht — endlich der bedeutenden Entwicklung der familienbezogenen Psychosentherapie Rechnung tragen, die z. B. in den USA, Skandinavien, Holland sehr rasch vorangeschritten ist und sich als sehr erfolgreich erwiesen hat. Daß in der sozialpsychiatrischen Prävention und Nachsorge viel stärker als bisher familienbezogen gearbeitet werden muß, ist zwar weithin theoretisch anerkannt, aber hierzulande nur ausnahmsweise realisiert. Auch dies ist eine Folge der mangelhaften Schulung der psychiatrischen Fachärzte in familientherapeutischer Hinsicht.

b) Psychotherapeuten, Psychagogen

Bisher enthalten die von den Instituten und Akademien festgelegten Weiterbildungsgänge für den Erwerb der Qualifikation zum analytischen Psychotherapeuten, zum Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und zum Psychagogen in der Regel keine oder zumindest keine auch nur halbwegs angemessenen Angebote im Stoffgebiet Familiendynamik und Familientherapie. Das erklärt sich aus der individualistischen Denktradition der Psychoanalyse bzw. der Medizin, welche die neue auf Interaktionsprozesse bezogene Denkweise der Familien- und Gruppentherapie als eine fremdartig polare und nicht einfach als eine nur ergänzende und deshalb leicht integrierbare Perspektive erscheinen läßt. Hier steckt ein echtes Konfliktpotential, das in vielen Instituten noch nicht hinreichend bewältigt ist, so daß sich die Einzeltherapie gegen die Familien- und Gruppentherapie (ausnahmsweise auch umgekehrt) wie gegen etwas Feindliches, Gefährliches verteidigt. Die Forderung, endlich die Modelle der Familiendynamik, der Familienpathologie und wichtige Techniken der Paar- und Familientherapie gründlich und nicht nur randständig in den psychotherapeutischen bzw. psychagogischen Weiterbildungsgängen zu behandeln, wird also nur erfüllt werden, wenn die zuständigen Ausbildungsausschüsse mit diesem Konflikt in Zukunft besser als bisher fertig werden.

Praktisch ist zu fordern, daß innerhalb der angesprochenen Weiterbildungsgänge angeboten werden: Seminare über die Austauschformen psychosozialer Abwehrmechanismen, über typische pathogene Familienstrukturen, über die Kriterien der objektiven und subjektiven Indikation zu Paar- und Familientherapie, über familientherapeutische Techniken unter besonderer Berücksichtigung der hierbei relevanten Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme. Eine praxisnahe Vermittlung der theoretischen Aspekte läßt sich durch den Einbau von Rollenspielen wesentlich fördern. Einige einschlägige praktische Grunderfahrungen sollten von jedem angehenden Psychotherapeuten verlangt werden.

Neben den üblichen geforderten Einzel-Erstinterviews sollte jeder Ausbildungsteilnehmer auch eine kleine Zahl von supervisionierten Paar- und Familien-Interviews absolvieren. Er sollte ferner wenigstens eine kürzere Paarbehandlung durchführen und schließlich mit einer Konfliktfamilie unter Anwendung eines differenzierten familiendynamischen Konzeptes mindestens ein Jahr hindurch arbeiten, wobei er diese Arbeit (unter Kontrolle) allein oder als Kotherapeut innerhalb irgendeines Team-Settings leisten könnte.

c) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Unseres Wissens existieren noch keine einschlägigen institutionalisierten systematischen Weiterbildungsangebote für Sozialarbeiter außerhalb der von den Kirchen betriebenen Kurse für Ehe- und Familienberatung. Diese zuletzt genannten Lehrgänge sind zwar grundsätzlich als eine wichtige Initiative zu begrüßen, um den traditionellen Dilettantismus im Bereich dieser Beratungsdienste einzudämmen. Andererseits reichen diese Weiterbildungsaktivitäten weder quantitativ aus, noch erfüllen sie vielfach qualitativ die in sie gesetzten Erwartungen, weil auch hier oft das Übergewicht individualpsychologischer und individualtherapeutischer Lehrangebote die Einübung ganzheitlicher familiendynamischer Konzepte und Techniken stört, die gerade als das spezifische Instrumentarium dieser Beratungsstellen angesehen werden müßten. Es erscheint dringend notwendig, entweder in besonderen Instituten oder im Rahmen vorhandener psychotherapeutischer Institute Weiterbildungszweige für Sozialarbeiter zu schaffen, deren Ziel die Erlernung einer familienbezogenen Sozialtherapie zu sein hätte. Die Institutionalisierung einer solchen Weiterbildung müßte auf das neue Berufsbild eines Sozialtherapeuten ausgerichtet sein, der vor allem zur Beratung und Betreuung von Problemfamilien vor Ort und zur Beteiligung an ganzheitlichen community development-Projekten (Gemeinwesenarbeit) befähigt sein müßte. Da eine solche familienbezogene Sozialtherapie in der Regel nur in Gruppen zusammen mit Vertretern anderer Disziplinen erfolgreich geleistet wer-

den kann, sollte man mit der Einrichtung einzelner modellhafter Weiterbildungsstätten beginnen, in denen die Angehörigen verschiedener Berufsgruppen gemeinsam geschult werden (Ärzte, Psychologen, Psychagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen usw.).

d) Psychotherapeuten als Spezialisten für Familien- und Paartherapie

Der allgemein anerkannten Notwendigkeit der Ausbreitung der Familientherapie steht u. a. die Tatsache entgegen, daß es vorläufig nur eine sehr geringe Zahl von einschlägig geschulten Experten gibt, die Familientherapie kompetent lehren können. Deshalb sollte man an wenigen personell geeigneten Instituten eine zusätzliche Weiterbildung für familientherapeutische Spezialisten einrichten, die nach Absolvierung der üblichen psychotherapeutischen Vollausbildung einzusetzen und dasjenige familientherapeutische Training zu ergänzen hätte, das bereits Bestandteil des allgemeinen analytisch therapeutischen Ausbildungsprogramms sein sollte. In der familientherapeutischen Zusatzausbildung müßten die diversen Verfahren der „gemeinsamen", „konkurrierenden" und „kollaborativen" Familien- und Paartherapie und der Paargruppen-Therapie in differenzierter und besonders gründlicher Weise vermittelt werden. Diese spezialistische Weiterbildung sollte zweckmäßigerweise an dem einen oder anderen Institut angesiedelt werden, das zur Kontrolle und Weiterentwicklung der verhältnismäßig jungen Methoden der Familientherapie über ein angemessenes Forschungspotential verfügt.

3. Fortbildung

Es erscheint notwendig, familientherapeutische Erkenntnisse an verschiedene Berufsgruppen im Rahmen berufsbegleitender Fortbildungsprogramme heranzutragen. Dies kann je nachdem in Form von praxisnahen Seminaren, von gruppendynamisch orientierten Veranstaltungen oder Balint-Gruppen sowie durch andere sorgfältig konzipierte Supervisionshilfen geschehen. Wichtige Initiativen in der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie beziehen sich z. B. auf die Schulung von niedergelassenen Ärzten in Richtung auf eine Arbeit als „Familienarzt", wobei angestrebt wird, in das Arbeitsfeld der niedergelassenen Ärzte das soziale, vor allem das familiäre Umfeld der Patienten weit stärker als bisher einzubeziehen.

Gerade familientherapeutische Fortbildungsprogramme eignen sich im besonderen Maße zur Zusammenfassung der Vertreter differenter Berufsgruppen, da ja gerade familientherapeutische Ansätze in ihrer Effizienz oft davon abhängen, ob die eingefahrenen Rivalitäten zwischen den Vertretern der verschiedenen Disziplinen und Institutionen kooperativ überwunden werden können.

Als Sonderfall einer kombinierten Möglichkeit von praktischer Arbeit, Aus- und Fortbildungshilfen für Vertreter verschiedener therapeutischer, pädagogischer und fürsorgerischer Berufe ebenso wie für Laien lassen sich neuartige Initiativprojekte in Unterschicht- oder Randschichtsiedlungen ansehen. Solche Projekte, in denen eine besonders hautnahe Kooperation zwischen der jeweiligen Initiativgruppe und den betroffenen Familien angestrebt wird, bieten den großen Vorteil, daß die Mitarbeiter einen einzigartig gründlichen Einblick in die sozioökonomischen Verhältnisse, in die Normen, in den Kommunikationsstil, in die Erziehungsweise und das Krankheitsverhalten der Unterschichtfamilien erhalten und sich zugleich darin üben können, die schichtabhängigen affektiven Schwierigkeiten zwischen sich selbst und diesen Familien wahrzunehmen und nach Möglichkeit zu bewältigen. Es zeigt sich dabei, daß in solche Gruppenprojekte auch aufgeschlossene Laien erfolgreich integriert werden können, die vielfach davon profitieren, daß sie noch nicht auf ein rein mittelschichtbezogenes Rollenverhalten hin professionalisiert worden sind und sich deshalb mit besonderer Unbefangenheit und Plastizität den Bedürfnissen und Angeboten der Unterschichtfamilien öffnen können. Freilich benötigen solche komplizierten Projekte in der Regel eine besonders gründliche Supervision, um echte Lernprozesse zu ermöglichen und die Gefahr des Erstickens in einem polipragmatischen Agieren in Schach zu halten.

Über die Situation der Psychotherapie/Psychosomatik im Gesamtgebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie

von

H. J. Prill

A. Die jetzige Situation
1 Ausbildung an Universitäten und Universitätspolikliniken
2 Weiterbildung zum Facharzt an Frauenkliniken und Krankenhäusern
3 Fortbildung in der gynäkologischen Praxis

B. Zielvorstellungen
1 Ausbildung an Universitäten und Universitätspolikliniken
2 Weiterbildung zum Facharzt an Frauenkliniken und Krankenhäusern
3 Fortbildung in der gynäkologischen Praxis
4 Zukünftige Beratungstätigkeit des Gynäkologen

A. Die jetzige Situation

1 Ausbildung an Universitäten und Universitätspolikliniken

Das Gesamtgebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie ist im deutschen Sprachraum stets zusammen gelehrt und praktiziert worden. Auch wenn eine Teilung der Lehrstühle in Gynäkologie und Geburtshilfe zur Zeit an wenigen Universitäten vorgenommen wird, ist nicht zu erwarten, daß es künftig niedergelassene Geburtshelfer und Gynäkologen geben wird. Ein psychosomatisches Ausbildungskonzept sollte sich also gleichermaßen auf die geburtshilfliche und gynäkologische Tätigkeit erstrecken, zumal viele Probleme sich symptomatisch in beiden Bereichen auswirken.

Die Trennung zwischen klinischer Geburtshilfe und Gynäkologie und ambulanter Praxis ist dagegen wesentlich größer. Die Ausbildung an den Universitäten erstreckt sich vornehmlich auf die klinische Tätigkeit. Es werden bisher die klassischen Krankheitsbilder einschließlich der differenzierten endokrinologischen Diagnostik gelehrt. Die Gründe hierfür liegen u. a. in dem klinischen Patientengut, den Interessen der Lehrenden und der relativ geringen Konfrontation mit den Problemen der ambulanten Praxis.

Das Gros der niedergelassenen Geburtshelfer und Gynäkologen beschäftigt sich heute mit drei Fachgebieten:

a) Vorsorgeuntersuchungen (evtl. mit Zytologie),

b) Schwangerenberatung,

c) funktionelle Gynäkologie.

Das Gebiet der funktionellen Gynäkologie umfaßt die endokrinologischen Störungen (Amenorrhoe, Blutungsstörungen), Ausfluß (mit der Differentialdiagnostik zur Gonorrhoe, Pilzerkrankungen, u. ä.), die funktionellen Schmerzzustände im Bereiche des Unterleibs, Sterilitäts- und Fertilitätsfragen, sexuelle Funktionsstörungen u. a. Diese Themen werden heute überwiegend an den Universitäten nur untergeordnet in der Hauptvorlesung gebracht, und man verweist meistens auf Spezialvorlesungen. Diese werden jedoch aus Zeitgründen meistens nicht besucht. Als Beispiel sei nur angeführt, daß eine Spezialvorlesung über Kontrazeption im Wintersemester 1973/74 mit mehreren Dozenten an der Universität Bonn von drei Studenten besucht wurde.

Noch schlechter steht es mit der Ausbildung in psychosomatischer Geburtshilfe und Gynäkologie an den Universitäten. Mit dem häufig gegebenen Hinweis, daß bestimmte Symptome psychisch bedingt sein können, ist für die praktische Ausbildung leider sehr wenig anzufangen. Es fehlt hier an qualifizierten Psychosomatikern in diesem Fachgebiet, wenngleich es wesentlich besser wäre, daß die Lehrer sich zunächst selbst intensiver mit diesem Spezialgebiet befassen würden.

Es dürfte keine Schwierigkeiten machen, die in den letzten Jahren sehr stark propagierten sexualmedizinischen Fakten in eine Vorlesung über gynäkologische Propädeutik o. ä. einzubauen. Dagegen sind die sexual-psychologischen Fragen nach dem derzeitigen Ausbildungsstand der Gynäkologen lehrend von ihnen nicht zu bewältigen, so daß hier der Themenkreis in psychodiagnostische oder psychotherapeutische Fachvorlesungen gelegt werden sollte.

Die Tendenz, ein Bedside-Teaching im Rahmen der Geburtshilfe und Gynäkologie zu treiben, hat meines Erachtens keine oder eine negative Bedeutung für die psychosomatische Ausbildung. Es ist bisher kein plausibler Grund genannt worden, weshalb auf einer Wöchnerinnen-Station — abgesehen von dem Erkennen der physiologischen Rückbildungsvorgänge und dem Stillgeschäft — eine Erkennung von Erkrankungen oder Symptomen im praktischen Unterricht erfolgen kann. Ähnliches gilt für die Visiten auf operativen gynäkologischen Stationen, auf denen die postoperative Versorgung der Patienten gelehrt werden kann. Dies gehört aber in erster Linie in die Weiterbildungsaufgaben für Fachärzte in Kliniken. Die im Rahmen der funktionellen Gynäkologie zu behandelnden Erkrankungen werden in den meisten Fällen — abgesehen von endokrinologischen Spezialfällen — in Universitäts-Frauenkliniken meist gar nicht aufgenommen oder nach diagnostischer Abklärung dem einweisenden Gynäkologen wieder zurücküberwiesen. Dabei kann auf die sozialpsychologischen und tiefenpsychologischen Verursachungen der Symptomatik meist nicht eingegangen werden.

Von der Symptomatik gibt es einen ganz bestimmten Kreis von funktionellen gynäkologischen Symptomen, die auf eine neurotische Genese hinweisen, diese wahrscheinlich machen oder sie schon fast vom Symptom her sichern.

Neurotische Ätiologie gynäkologischer Symptome

Fast alleinige	häufige Neurosenätiologie	vorhandene
eingebildete Schwangerschaft	sek. Dysmenorrhoe	Zyklusstörungen
Vaginismus	Pelipathia vegetativa	Pruritus vulvae in der Geschlechtsreife
Frigidität	übermäßige klimakt. Beschwerden	funktionelle Kreuzschmerzen
Notstands-Amenorrhoe	zerv. Hypersekretionsfluor	habitueller Abort
Schreckblutung	Dyspareunie	vaginaler Fluor
Hyperemesis gravidarum	juvenile Blutungen	Mastodynie
	chronisch funktionelle Unterleibsbeschwerden	Sterilität

2 Weiterbildung zum Facharzt an Frauenkliniken und Krankenhäusern

Die Weiterbildung zum Facharzt dauert vier Jahre und macht eine zweijährige Tätigkeit auf der Entbindungsstation erforderlich. Dadurch ist das Fachgebiet in der Ausbildung etwa halbiert. Die Erlernung der operativen Fähigkeiten steht im Vordergrund. Zur Facharztanerkennung wird bis heute in erster Linie ein Operationskatalog in der Geburtshilfe und Gynäkologie verlangt. Erkenntnisse in der psychologischen Geburtsvorbereitung und Geburtsleitung werden ebenfalls gefordert, jedoch dazu kein Nachweis verlangt. Die Weiterbildung an den größeren Frauenkliniken ist weitgehend auf die aktuellen Belange konzentriert. An den am häufigsten vorkommenden gynäkologischen Abteilungen mit 60 bis 100 Betten wird durch den geburtshilflichen Bereitschaftsdienst der Assistenten (etwa jede dritte Nacht Dienst nach dem derzeitigen Bettenschlüssel) eine hohe physische Auslastung gefordert, die eine eingehende Psychodiagnostik aus physischen Gründen zumindestens erschwert.

Zum andern wird durch die Auswahl der einweisenden Kollegen auf akute und operative Fälle eine negative Selektion zu den chronischen funktionellen und damit eher neurotischen Erkrankungen gynäkologischer Symptomatik gegeben. So fehlt die Erlernung in der differentialdiagnostischen Beurteilung des „ärztlichen Dienstes in der ersten Linie".

Es gab bisher nur wenig Weiterbildungsmöglichkeiten für klinische Assistenten, die auf die spätere Praxis ausgerichtet waren. Am häufigsten sind sie noch mit zytologischen Fortbildungskursen gegeben, in denen die Technik und Auswertung der Carcinom-Frühdiagnostik betrieben wird.

Dieses psychosomatische Krankengut in der Geburtshilfe und Gynäkologie kann mit etwa 10 bis 20 % mit neurotischer Evidenz angenommen werden. Die Beziehung besteht zu den gynäkologischen Erkrankungen. Diese ist zu trennen von der Häufigkeit psychosomatischer Fälle in der gynäkologischen Praxis, da, wie schon angeführt, ein hoher Prozentsatz in der Sprechstunde an Vorsorgemaßnahmen (Schwangerenberatung, Ca-Vorsorge) durchgeführt wird.

Die Ausbildungsaufgaben für Studenten sind im Rahmen der Vorlesungen theoretisch durchaus möglich. Das Angebot über die Themen der funktionellen Gynäkologie ist nach meinen Erkundigungen bisher ausgesprochen gering. Nach der Untersuchung von Meienburg und Sigusch (Sexualität der Frau und Gynäkologie, Heft 8/73 der Zeitschrift: Sexualmedizin) haben etwa 1/3 der Universitäts-Frauenkliniken sexualmedizinische Themen in der Haupt- oder in einer anderen Vorlesung behandelt. Der

Problemkreis der psychosomatischen Erkrankungen ist in adäquater Weise sicherlich noch weniger erörtert worden, wenn man von der Erwähnung psychogener Ätiologie im Rahmen der Differentialdiagnose absieht. Es mangelt an Professoren und Dozenten, die die Fähigkeit besitzen, das Fach der funktionellen Gynäkologie in einer anthropologischen Betrachtungsweise, die psychosomatische Fragen ausführlicher einschließt, entsprechend darzustellen.

Die Polikliniken der Universitäts-Frauenkliniken in der Bundesrepublik Deutschland sind bis heute weitgehend somatisch orientiert. Es werden zwar Spezialsprechstunden (sog. Hormonsprechstunden, Sterilitätssprechstunden, Antikonzeptionsberatung) durchgeführt, jedoch der psychosomatische Aspekt selten mit eingeschlossen. In einem Grenzgebiet hat lediglich die Universitäts-Frauenklinik Basel bereits langjährig einen sozial-medizinischen Dienst, der auf dem Beratungssektor ausgezeichnete Erfolge aufzuweisen hat.

Zu erwähnen sind die in früheren Jahren durchgeführten Seminare der Universitäts-Frauenklinik Gießen, die sich mit der Kontrazeption auch in psychosomatischer Hinsicht beschäftigt haben. Die übrigen Weiterbildungsmöglichkeiten sind aber in erster Linie auf die klinische Weiterbildung ausgerichtet.

3 Fortbildung in der gynäkologischen Praxis

Das Interesse der Gynäkologinnen und Gynäkologen für den Bereich der Psychosomatik und der kleinen Psychotherapie kommt überwiegend erst mit der Niederlassung und ist hauptsächlich bei den Kollegen vorhanden, die keine belegärztliche Tätigkeit durchführen. Im Berufsverband der Gynäkologen hat sich eine Arbeitsgruppe „Funktionelle Gynäkologie" gebildet, die alle therapeutischen Aspekte einschließlich der psychosomatischen in ihr Weiterbildungsprogramm aufgenommen hat. Die Anzahl der an diesem Fachgebiet in der Fortbildung interessierten Kollegen liegt bei etwa 10 %. Die Zahl schätze ich aus den Teilnehmern an Psychosomatischen Seminaren für Gynäkologen, die in den letzten vier Jahren in Gießen und Mainz durchgeführt worden sind. In ihnen wurden die Grundlagen der Psychodiagnostik und einzelner spezieller gynäkologisch-psychosomatischer Fragen referiert. Das Hauptgewicht lag jedoch in Fallbesprechungsgruppen, die naturgemäß nur Einblicke in das adäquate Arzt-Patienten-Verhältnis geben konnten.

Die Hauptargumente für die bisherige Vernachlässigung der psychosomatischen Belange in der Schwangerschaft und bei gynäkologischen Erkrankungen sind

a) in methodischen Schwierigkeiten oder Unkenntnis der Psychodiagnostik,

b) in angeblich fehlender Zeit,

c) in der Nichtanerkennung derartiger Leistungen von seiten der Krankenversicherungen,

d) in der fehlenden Möglichkeit, nach entsprechender Diagnostik die Patientin an den Fachpsychotherapeuten zu überweisen,

gegeben.

Der Gynäkologe und Geburtshelfer in der Praxis verdient sicher, in „die erste ärztliche Linie" eingereiht zu werden. Man bedenke dazu, daß die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen in etwa 95 % von Gynäkologen vorgenommen werden. Zum anderen ist durch die Verschreibung der Pille ebenfalls eine große Klientel vorhanden (ca. 25 bis 30 % der geschlechtsreifen Frauen), die in zunehmendem Maße über psychohygienische und sexualpsychologische Fragen eine Antwort wünscht.

Die Beratung als flankierende Maßnahme zur Reform des Paragraphen 218 ist bisher eine politische Aussage. Unter der Annahme, daß diese flankierenden Maßnahmen Gesetzeskraft erlangen, muß gesagt werden, daß sie praktisch noch nicht durchführbar sind, oder wenn sie gleichsam angeordnet werden, nur in qualitativ mangelhafter Weise möglich erscheinen. Sollten Sozialarbeiter oder andere freiwillig geschulte Helfer dafür befähigt erachtet werden — dies wird von Bundestagsabgeordneten hier unterstellt — so ist zu befürchten, daß es sich um einseitige Beeinflussungen, aber nicht um Beratungen handelt. Beratungen auf diesem Gebiet erfordern nicht nur Sachkenntnisse, sondern auch psychologische Kenntnisse um die Reifungsvorgänge in der Schwangerschaft und die Psychopathologie zur Abwehr des Kindes. Es ist eine empirische Erfahrung, daß die einmalige Beratung zur Frage des Schwangerschaftsabbruchses völlig insuffizient ist und es einer eingehenden psychagogischen Führung der Schwangeren über Wochen oder Monate bedarf. Dafür steht aber weder bei den Gynäkologen noch bei den Psychotherapeuten oder klinischen Psychologen geschultes Personal zur Verfügung. Die bisherigen Einrichtungen (z. B. Pro Familia, Pro Vita) reichen dazu sicherlich nicht aus und sind zudem nur in Ballungsräumen oder Großstädten vorhanden, womit diese Institutionen nicht in die „erste ärztliche Linie" eingereiht werden können. Ihre Notwendigkeit und weiterer Ausbau sei aber hier eindringlich betont. Die Zusammenarbeit mit den Gynäkologen muß intensiv gefördert werden.

Seit über 20 Jahren werden in der Bundesrepublik Deutschland, wie auch in anderen europäischen Ländern, Vorbereitungskurse auf die Geburt abgehalten. Read hatte eine Methode der Geburtsschmerzerleichterung entwickelt, die auf dem sogenannten Angst-Verkrampfung-Schmerz-Syndrom aufbaute. Heute haben sich in allen größeren Städten, aber auch unter sehr verschiedenen Initiativen, staatliche, städtische und karitative Einrichtungen gefunden, die Gymnastikkurse für die Schwangerschaft und zur Vorbereitung auf die Geburt durchführen. In zahlreichen Publikationen ist ihnen für die Geburtsschmerzerleichterung ein guter Erfolg bestätigt worden. Leider wird in der Mehrzahl eine ädaquate Aufklärung über die Geburtsvorgänge nicht durchgeführt, und eine vegetative Entspannung, wie sie etwa mit dem autogenen Training möglich ist, ist bisher nur in Ausnahmefällen möglich gewesen.

Die Gymnastikkurse für Schwangere zur Vorbereitung auf die Geburt sind nicht nur von Krankengymnastinnen, sondern auch von Arztehefrauen, Atemtherapeutinnen und unqualifizierten Personen durchgeführt worden.

Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege in Frankfurt hat sich deshalb in den letzten Jahren bemüht, jährlich einen Kurs für Lehrkräfte dieser Vorbereitungskurse durchzuführen. Diese Kurse umfaßten auch eine Unterrichtung in Schwangerschaftspsychologie, Gruppendynamik und Anleitung zu dem Thema Schwangerschaft und auf die Geburt zentrierten Gesprächen. Es sind Modelle entwickelt worden, wie derartige Vorbereitungskurse nach dem heutigen Stand der Wissenschaft durchgeführt werden sollten, und es ist ein Buch für Lehrkräfte derartiger Vorbereitungskurse geplant. Den engagierten Geburtshelfern erschien ein derartiges Buch notwendig, da es bisher eine Reihe von Anleitungen für Schwangere gibt, aber die angewandten Methoden bis heute sehr individuell gestaltet werden und zum Teil für die Schmerzverarbeitung unter der Geburt ungeeignet sind.

Besonders hilfreich sind Vorbereitungskurse, die mit Diskussionsgruppen kombiniert werden, damit die in großen Unterweisungsgruppen nicht verbalisierten Ängste, Hemmungen und Fehlverarbeitungen aufgearbeitet werden können. Die Verbreitung derartiger erprobter Modelle ist bisher leider an die Initiative einzelner Ärzte gebunden. Es besteht zweifellos ein großer Bedarf an derartigen Vorbereitungskursen, und auf der anderen Seite muß gesagt werden, daß dadurch an entscheidenden Punkten Familien- und Elternberatung geschehen kann. Aus der Erfahrung heraus kann gesagt werden, daß gegenüber den in den Massenmedien mitunter publizierten modernsten Erziehungsprinzipien eine gewisse Verunsicherung der jungen Mütter geschieht, da sie zwar eine fortschrittliche, aber auch an der eigenen Entwicklung orientierte Erziehungsmethode verwirklichen wollen. Gruppendynamisch kann hier sehr viel soziale und familiäre Anpassung geschehen.

B. Zielvorstellungen

1 Ausbildung an Universitäten und Universitätspolikliniken

In Anbetracht der Tatsache, daß die Mehrzahl der ausgebildeten Gynäkologen sich in der eigenen Praxis niederlassen, sollte der Unterricht mehr auf die Gegebenheiten ambulanter Tätigkeit ausgerichtet sein. Das Gebiet der funktionellen Gynäkologie sollte nicht einseitig endokrinologisch, sondern psychosomatisch unter Einschluß der Endokrinologie erfolgen. Nach dem Belegen einer allgemeinen psychosomatischen Vorlesung wäre z. B. eine Gemeinschaftsvorlesung möglich, in der die einzelnen Spezialfächer ihre psychosomatischen Probleme darlegen.

Wirkungsvoller wäre natürlich die Eingliederung psychosomatischer Gesichtspunkte in die Vorlesung: Geburtshilflich-gynäkologische Klinik. Aus den oben dargelegten Gründen erscheint dies bei der derzeitigen Zusammensetzung des gynäkologischen Lehrkörpers jedoch eine Zukunftsvision. Realisierbar erscheint aber durchaus eine Unterrichtung in „Sexualmedizin", wobei die physiologischen und pathophysiologischen Vorgänge in den Rahmen der Gynäkologie, die psychologischen und pathopsychologischen Zusammenhänge eher in den Rahmen der psychosomatischen Vorlesung gehören. Dies ist zweifellos eine Notlösung, da vom anthropologischen Gesichtspunkt eine gleichzeitige Darstellung optimal wäre. Es erscheint jedoch nicht notwendig, daraus im medizinischen Bereich ein besonderes Fachgebiet zu machen. Für die Zukunft ist es jedoch durchaus möglich, daß Gynäkologen, die sich mit der funktionellen Gynäkologie speziell beschäftigen, auch das Fachgebiet der Behandlung sexueller Störungen mit Psychotherapie beherrschen lernen. Um die Ausbildung an den Universitätsfrauenkliniken und akademischen Krankenhäusern im psychosomatischen Bereich zu verbessern, wäre es zunächst notwendig, daß Fallbesprechungsgruppen gebildet werden. Diese müssen von einem erfahrenen Psychotherapeuten geleitet werden, da die Abwehr naturwissenschaftlich-klinischer Assistenten sehr hoch veranschlagt werden muß. Das Ziel dieser Gruppenarbeit wäre es, Verständnis für die psychosomatischen Zusammenhänge aufzubringen und Indikationen zur psychotherapeutischen Diagnostik oder Therapie anzuerkennen.

Dazu ist es erforderlich, daß psychotherapeutisch geschulte Ärzte in der Frauenklinik tätig werden, wobei eine ihrer ersten Aufgaben die Besprechung des jeweiligen Arzt-Patienten-Verhältnisses sein dürfte. Derartigen Ärzten müßten Kompetenzen gegeben werden, die es ihnen ermöglichen, bisher unbewußt gebliebene Selbsterfahrungen mit dem Psychotherapeuten zu besprechen. In einem zweiten Schritt könnten dann an derartigen Kliniken Selbsterfahrungsgruppen eingerichtet werden. In den USA sind seit 1950 in zahlreichen Kliniken Forschungs- und Lehrprogramme in dieser Weise durchgeführt worden. Am bekanntesten und erfolgreichsten war wohl die Arbeit am Peter Bent Brigham Hospital in Boston mit dem Gynäkologen Sturgis und der Psychotherapeutin De Menzer von der Harvard Medical School. An dieser Klinik arbeiteten z. B. zwei Psychiater, ein Psychologe, zwei psychiatrische Social Workers.

Spezielle psycho-gynäkologische Stationen oder Abteilungen sind mir auch außerhalb der BRD nicht bekannt, so daß ich über Erfahrungen nicht berichten kann. Ein Hinderungsgrund mag sein, daß die meisten neurotischen Erkrankungen im gynäkologischen Bereich ambulant behandelt werden können, und wenn es sich um Reifungsstörungen handelt, doch eine längerfristige Therapie erforderlich ist. Die Symptomatik ist selten so gravierend, daß die Patientinnen stationär aufgenommen werden müssen. Zweifellos wäre es aber für die Behandlung einer Gruppe von Frauen sehr günstig, wenn sie in eine derartige Spezialklinik eingewiesen werden könnten. Hier würde ich an eine Spezialisierung von LVA- oder BfA-Sanatorien denken.

2 Weiterbildung zum Facharzt an Frauenkliniken und Krankenhäusern

Das Interesse des gynäkologischen Assistenten für den Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie kommt meist erst mit der bevorstehenden Niederlassung oder entspringt der klinischen Erfahrung unterschiedlicher Therapieerfolge im nichtoperativen Bereich. Unter der Annahme, daß der Student in Zukunft mehr mit psychosomatischen Fragen konfrontiert wird und diese Vorstellungen auch in seine erste klinische Arbeit mit übernimmt, wäre im geburtshilflich-gynäkologischen Bereich gerade im ersten Fachausbildungsjahr eine gute Möglichkeit für die Fortsetzung dieses medizinischen Verständnisses geboten. Im ersten Facharztjahr wird die operative Tätigkeit meist durch Assistenz erst erlernt, und die dabei auftretenden Frustrationen könnten durch eigenverantwortliche Tätigkeit im psychodiagnostischen Bereich abgebaut werden. Es wäre sehr wichtig, durch gezielte Maßnahmen das psychosomatische Interesse in der ersten klinischen Tätigkeit nicht einschlafen zu lassen. Balint-Gruppen, in denen das Arzt-Patienten-Verhältnis im Vordergrund steht, wären z. B. eine gute Weiterbildungsmöglichkeit.

Da die Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht an Prüfungen gebunden ist, sondern an Operationslisten und Befähigungsnachweise, erscheint es für den Gynäkologen, der sich in eigener Praxis ohne Klinik oder mit kleiner Belegklinik niederlassen will, unumgänglich, im Rahmen der funktionellen Gynäkologie auch die psychosomatischen Betrachtungsweisen zu beherrschen.

Er sollte befähigt sein,

1. psychosomatischen Krankheitsbildern vorzubeugen,
2. psychodynamische und psychosoziale, insbesondere aktuelle krankmachende Konflikte zu erkennen,
3. die Möglichkeiten und Grenzen seines wie immer gearteten psychotherapeutischen Könnens gegenüber der Fachpsychotherapie abzuschätzen,
4. Geburtsvorbereitung (einschließlich von Beratungsgruppen), Familienplanung und Eheberatung sowie andere soziale Dienste in psychagogischer Form durchzuführen.

Als Nachweis sollte dann, ebenso wie Operationslisten, in Form eines Gutachtens, wie es jetzt etwa nach sechs- bis zehnstündiger Psychodiagnostik verlangt wird, eine Arbeit über einen gynäkologischen oder geburtshilflichen Fall gebracht werden, die von einem Fachpsychotherapeuten gegengezeichnet wird. Der Zwang zu einer solchen Betätigung wird während der Weiterbildung zumindest das Interesse an derartigen Fällen wachhalten, da sie ja nicht kurzfristig vorher erledigt werden können. Man könnte auch den Nachweis eines Vorbereitungskurses auf die Geburt verlangen, wie er bisher nur als Forderung in der Facharztordnung steht.

Die gynäkologischen Polikliniken und Schwangerenberatungsstellen sowie die Ambulanzen großer Kliniken sind bis heute rein somatisch ausgerichtet, obwohl ein hoher Prozentsatz psychosomatischer Erkrankungen gerade durch sie hindurchläuft. Die Patientinnen werden nach Konsultierung mehrerer Fachärzte häufig in „letzter Instanz" an die Universitätspolikliniken geschickt, wo nur selten, schon wegen der großen Zahl an täglichen Untersuchungen, eine qualifizierte psychosomatische Diagnostik möglich ist. Es wäre daher dringend anzuraten, hier einen Psychotherapeuten und klinischen Psychologen einzusetzen, der aus dem umfangreichen Krankengut nur eine grobe Selektierung möglicher neurotischer Ursachen vornehmen kann. In dem Wissen, daß all die dabei herausgefundenen psychosomatischen Fälle derzeit von Psychotherapeuten nicht behandelt werden können, erscheint es in einem ersten Schritt zunächst einmal wichtig, den Assistenten zur Weiterbildung das Verständnis für derartige Belange zu verdeutlichen und Handlungen im Arzt-Patienten-Verhältnis evident zu machen. Bei einem derartigen Schulungsprogramm könnte in einem zweiten Schritt, unter der Supervision des poliklinischen Psychotherapeuten, die oben diskutierte breitere psychodiagnostische Kasuistik von dem Assistenzarzt durchgeführt werden. Sie gibt ihm dann später die Möglichkeit, bessere eigene psychodiagnostische Erfahrungen zu sammeln.

3 Fortbildung in der gynäkologischen Praxis

Die Zielvorstellung der psychosomatischen Fortbildung bei niedergelassenen Gynäkologen müssen sich teilen in die Fortbildung der jetzt bereits in der Praxis tätigen Kollegen und derer, die jetzt noch in der Assistenten- oder Studentenausbildung sind. Im Berufsverband der Gynäkologen hat sich eine Arbeitsgruppe „Funktionelle Gynäkologie" gebildet, die alle therapeutischen Aspekte, also z. B. auch die Neuraltherapie, in ihr Weiterbildungsprogramm aufgenommen hat. In Zusammenarbeit mit dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie habe ich seit drei Jahren einen Fortbildungskurs für psychomatisch interessierte Gynäkologen zuerst in Gießen und in diesem Jahr in Mainz durchgeführt. 100 bis 200 Kollegen haben über drei bis vier Tage daran teilgenommen und sich gewisse Grundvorstellungen über die Psychosomatik und vor allen Dingen die adäquate Bearbeitung des Arzt-Patienten-Verhältnisses angeeignet. Die Resonanz war nach den Tagungen sehr gut, und man hatte jeweils den Wunsch, in Fallbesprechungsgruppen weiter zusammenzukommen. Die Auswirkungen auf die tägliche Praxis werden unterschiedlich geschildert, zum Teil treten altbekannte Abwehrphänomene (keine Zeit; Angst, etwas falsch zu machen, usw.) zutage, zum anderen wird über sehr eindrucksvolle pragmatische Behandlungserfolge berichtet.

Ich glaube, daß auch für die anderen Fachärzte derartige Fortbildungskurse sehr geeignet wären, da diese einen Einstieg in das psychosomatische Spezialgebiet ermöglichen und sie gegenüber z. B.

der Lindauer Psychotherapiewoche mehr fachbezogen sind. In diesen Tagungen wird dann vermehrt die Anregung gegeben, die eigentlichen psychotherapeutischen Fortbildungsmöglichkeiten zu nutzen, die auch für die verschiedenen Facharztgebiete unbedingt notwendig sind. Anzustreben wäre, einmal im Jahr einen Einführungskursus über drei bis vier Tage zu halten und für die weiterhin interessierten Kollegen neben den psychotherapeutischen Fortbildungsmöglichkeiten einmal im Jahr über zwei bis drei Tage eine fachbezogene Weiterbildung zu bieten.

Die Supervisionsaufgabe im gynäkologischen Bereich ist groß. Vorzuschlagen wäre, zunächst einem beschränkten, interessierten Kreise regional die Möglichkeit zu einer Selbsterfahrungsgruppe oder einer Fallbesprechungsgruppe zu geben. Diese Kollegen sollten sich bereit erklären, in einem gewissen Rahmen später psychotherapeutische Fälle zu übernehmen, damit eine Entlastung der Psychotherapeuten erfolgt und mehr Erfahrungen über die Zusammenarbeit gesammelt werden können. Entscheidend für die Wahrnehmung der psychosomatischen Belange innerhalb der Geburtshilfe und Gynäkologie — ebenso wie in den anderen Fachgebieten — ist die bessere Bezahlung derartiger Leistungen. Zum jetzigen Zeitpunkt scheinen etwa 10 Prozent der niedergelassenen Gynäkologen motiviert zu sein, differenzierende Psychodiagnostik und pragmatische Psychotherapie auch im Sinne der psychagogischen Führung zu treiben. Wenn die finanziellen Möglichkeiten besser werden und eine entsprechende Ausbildung und Beratung der Kollegen erfolgt, erscheint es durchaus möglich, daß 20 bis 30 % der Gynäkologen insgesamt für diese Arbeit motiviert werden können.

4 Zukünftige Beratungstätigkeit der Gynäkologen

Der Entwurf eines Gesetzes über ergänzende Maßnahmen zum 5. Strafrechtsreformgesetz (Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz) gewährt für die Kassenversicherten „Anspruch auf ärztliche Beratung in Fragen der Empfängnisregelung". Die Auslegung des Wortes Beratung ist dabei sehr unterschiedlich und geht von der einfachen Untersuchung und Rezeptur bis zu einer umfangreichen sozialpsychologischen Beratung. Es muß gerade hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruches gesagt werden, daß die Gynäkologen hier in der ersten ärztlichen Linie betroffen werden. Diese Fragen können nicht mit einer Rezeptur und Untersuchung abgetan werden, sondern hier ist, wie schon oben ausgeführt, nicht nur Beratung, sondern psychagogische Führung erforderlich. Im Widerspruch stehen hier einmal die Angabe, daß etwa 50 Beratungsstellen genügen würden, und andererseits, daß man diese Beratung dem jeweiligen „Arzt des Vertrauens" überlassen sollte. Wenn letzterer adäquat beraten sollte, so müßten dafür mindestens drei Beratungsstunden obligatorisch sein und eine psychagogische Führung über weitere zehn Stunden bei noch ambivalenter Einstellung der Frau, ohne größere Formalität wie etwa Gutachten, in Anspruch zu nehmen sein. Andererseits müßten bei dieser Beratung Möglichkeiten bestehen, Psychologen und Sozialfürsorger in Anspruch zu nehmen. Das von der Frau Gesundheitsminister initiierte Modell der Kölner Beratungsstelle ist sicherlich sehr nützlich, jedoch muß hier für einen größeren Kreis in Kürze wirklich eine adäquate Beratungsmöglichkeit bestehen.

Über die Lage der Psychotherapie in der Pädiatrie der Bundesrepublik

von

G. Biermann (Leiter des Instituts für Psychohygiene des Kreises Köln)

1964 haben *Görres* und Mitarbeiter im Auftrag der Deutschen Forschungsgemeinschaft eine Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und psychosomatischen Medizin in der Bundesrepublik erstellt. Aus dieser war ein besonders eklatanter Mangel an Fachkräften im Bereich der Pädiatrie, speziell an Kinderpsychotherapeuten zu erkennen.

Die Erhebungen bestätigten die Erfahrungen, die Verfasser des vorgelegten Gutachtens seit 25 Jahren bei Aufbau und Leitung psychosomatischer Abteilungen an Kinderkliniken in Hamburg, Heidelberg und München, im regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Fachkollegen aus den übrigen Teilen der Bundesrepublik gesammelt und an versch. Stellen veröffentlicht hat (siehe Literaturverzeichnis). *)

So gab es vor zehn Jahren kaum ein Dutzend Kinderärzte mit psychoanalytischer Zusatzausbildung, die auch psychotherapeutisch tätig waren. Diese Mangelsituation steht in krassem Gegensatz zu dem Tatbestand, daß — in Übereinstimmung mit den Mitteilungen aus der Erwachsenenmedizin (*Uexküll* u. a.) — mindestens ein Drittel der Erkrankungen und Verhaltensstörungen des Kindes psychogen verursacht sind.

Ergebnisse von Umfragen bei Kinderärzten 1961 und 1974

Diese Tatsachen hatten Verfasser 1961 zu einer Umfrage bei in der Bundesrepublik niedergelassenen Kinderärzten veranlaßt, die damals von 222 (38 %) Kollegen beantwortet wurde.

Die Umfrage wurde 13 Jahre später, an einer im wesentlichen gleichen Klientel praktisch tätiger Kinderärzte wiederholt, auf die nunmehr 276 (54 %) antworteten.

Die Ergebnisse beider Untersuchungen bestätigen den relativ hohen Anteil psychogener Erkrankungen in der Klientel in eigener Praxis tätiger Kinderärzte, wobei eine eindeutige Bewußtseinserweiterung der Bedeutung kindlicher Verhaltensstörungen bei Kinderärzten zu verzeichnen ist.

Anteil psychogener Erkrankungen in der kinderärztlichen Praxis	1961	%	1974	%
unter 4 %	21	*12,2*	11	*4,2*
4 bis 10 %	80	*46,5*	66	*25,1*
11 bis 30 %	41	*29,8*	140	*53,2*
31 bis 50 %	27	*15,7*	37	*14,1*
über 50 %	3	*1,7*	9	*3,4*

Für die Behandlung von Verhaltensstörungen, die in zunehmendem Maße eine Kombination psychosozialer Konflikte z. B. eines aggressiven Schulstörens mit psychosomatischen Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen aufweisen, stehen aber unverändert nur äußerst wenig speziell ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung, was mit dem nahezu totalen Mangel derselben in den Ausbildungsbereichen von Universitäten und größeren Kliniken zusammenhängt.

Als *Görres* 1964 die Ergebnisse seiner Umfrage an allen Universitäten der Bundesrepublik veröffentlichte, konnte er sich lediglich auf acht Antworten von Universitätskinderkliniken berufen; nur an einer von diesen war ein Kinderarzt mit abgeschlossener psychoanalytischer Ausbildung psychotherapeutisch tätig!

Einige wichtige Faktoren haben in der Zwischenzeit die Lage der Psychotherapie im Bereich der Pädiatrie verändert, z. T. sogar verschlechtert.

Derzeitige Lage der Psychotherapie im Bereich der Pädiatrie

Durch regelmäßige Informationen über alle Gebiete der Psychotherapie, wie Literaturveröffentlichungen und Referate auf Kongressen, ist seither das Wissen um psychogene Erkrankungen im Kindesalter, wie die Notwendigkeit ihrer Frühbehandlung, als wichtigster Maßnahme einer Neurosenprophylaxe der Erwachsenen ärztliches Allgemeingut geworden.

Seit den Arbeiten des Gießener Psychosomatikers *H. E. Richter* u. a. ist dem Arzt, besonders dem praktisch tätigen Kinderarzt, in seiner Rolle als Familienarzt in zunehmendem Maße bewußt geworden, wie eng psychisches Geschehen beim Kinde

*) die in Klammern gesetzten Zahlen im Text weisen auf das Literaturverzeichnis hin.

mit dem Schicksal seiner Eltern, im Sinne einer Familienneurose verflochten sein kann. Der tiefenpsychologisch erfahrene Arzt sieht häufig hinter dem „Präsentiersymptom Kind" (*Balint*) bzw. dessen Krankheit sogleich die Störung der Eltern, die es primär zu beheben gilt.

Damit erhalten Erfahrungen, die Kinderärzte seit Generationen gesammelt hatten, ein neues Gewicht: Daß nämlich neben dem Kind stets auch die Mutter und notfalls weitere Familienmitglieder zu beraten und zu behandeln sind. Es weitet sich somit der Aufgabenbereich des Hausarztes, insbesondere des Kinderarztes, und aus der einfachen Beratungsstelle — im Sinne der anglo-amerikanischen child guidance clinic — wird im umfassenderen Sinne das Familieninstitut, wie es modellhaft als erstes seiner Art in der Bundesrepublik das Institut für Psychohygiene des Kreises Köln verkörpert.

Es haben damit aber auch die psychotherapeutischen Verpflichtungen des Arztes in der Praxis, in Erkenntnis notwendiger psychotherapeutischer Maßnahmen in bisher ungeahntem Ausmaß zugenommen. Erfordert doch das Wissen um innerfamiliäre Konflikte und deren Auswirkungen zwischen Eltern und Kindern gründliche tiefenpsychologische Kenntnisse. Ohne diese können guten Willens beschlossene Behandlungsmaßnahmen evtl. zum Gegenteil ausschlagen, d. h., iatrogen Schaden anrichten.

So verlangen z. B. die im neurotischen Arrangement einer gestörten Familie vorgebrachten Operationsangebote ihres Kinder eine erhöhte Aufmerksamkeit.

Seit drei Jahren sind die Krankenkassen bereit, Kosten für psychotherapeutische Behandlungen zu übernehmen, wenn diese von fachlich qualifizierten Ärzten durchgeführt werden. Hierfür stehen aber auch heute noch ganz wenig Ärzte zur Verfügung. Es rächt sich das Versäumnis der Universitäten, nicht rechtzeitig und regelmäßig Fachkräfte für Psychotherapie, speziell Kinderpsychotherapie ausgebildet zu haben, wie es dem immer wieder von verschiedenen Seiten aufgezeigten Bedarf und Notwendigkeit im Bereich der Psychopathologie des Kindes entsprechen müßte.

Von den Auswirkungen der neuen ärztlichen Approbationsordnung dagegen, d. h., deren Pflichtvorlesungen in Psychologie, Medizin, Soziologie, Psychosomatik und Psychotherapie ist frühestens in zehn Jahren bei den in der Praxis niedergelassenen Ärzten eine Verbesserung der psychologischen Situation zu erwarten. Auch Behandlungsmöglichkeiten durch nichtärztliche Kinderpsychotherapeuten sind beschränkt, wenn von diesen nicht einmal ein Kindertherapeut für jede Erziehungsberatungsstelle, sowie insgesamt nur wenige klinische Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zur Verfügung stehen.

Auch von der Kinder- und Jugendpsychiatrie darf sich die Pädiatrie noch in absehbarer Zeit keine wirksame Unterstützung in der Neurosenbehandlung von Kindern und Jugendlichen erhoffen, weil wiederum nur wenige Kinder- und Jugendpsychiater in der Bundesrepublik eine Zusatzausbildung in Psychotherapie aufweisen. Im übrigen ist der personelle Notstand auch auf diesem Gebiet damit belegt, daß sich z. B. in einer Großstadt wie München nur ein einziger Jugendpsychiater niedergelassen hat, während im gesamten Bundesland Nordrhein-Westfalen kein Jugendpsychiater in eigener Praxis tätig ist!

Das zunehmende Interesse von Medizinstudenten und jungen Ärzten an psychologischen und psychotherapeutischen Fragestellungen läßt sie — bei häufig noch fehlender Informationsmöglichkeiten seitens der Universitäten — ihr Wissen außerhalb derselben zu vervollständigen suchen. Für das starke Interesse an Fragen der Kinderpsychotherapie sprechen die ständigen Anfragen junger Kollegen um Ausbildungsmöglichkeiten auf diesem Spezialgebiet.

Gleichfalls unabhängig von den Universitäten laufen Fortbildungseinrichtungen in Psychotherapie für den Kinderarzt. Meist wird diesem erst mit der Eröffnung seiner Praxis bewußt, wie groß der Anteil psychischer Störungen der kleinen Patienten und ihrer Familien ist, während er an den Universitäten bis dahin nur wenig über die psychosozialen Zusammenhänge dieser seelischen Krankheiten erfahren hatte.

Die Arbeit in Balint-Gruppen

Fortbildungstagungen können auf breiterer Basis Informationen und Kontakte Interessierten vermitteln. Hieraus haben sich speziellere und intensivere Fortbildungsmöglichkeiten entwickelt, deren Nutzung allerdings bisher meist noch Initiative und Engagement des einzelnen überlassen blieb. Gemeint sind besonders die Balint-Kreise für Ärzte zur Fortbildung in Psychotherapie: Eine Gruppe von acht bis zehn Ärzten arbeitet mit einem Psychotherapeuten zusammen, der in Supervisionskontrolle ihre psychotherapeutische Arbeit kritisch beurteilt und fördert. Es gibt schon eine Reihe derartiger Balint-Gruppen, auch von Kinderärzten in der Bundesrepublik, (15). Die in diesen Balint-Gruppen erlernte kleine Psychotherapie ist eine wichtige Hilfe, die zur Entlastung der meist überfüllten und durch monatelange Wartefristen besetzten Erziehungsberatungsstellen wie psychosomatischen u. ä. Spezialabteilungen für verhaltensgestörte und psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche beiträgt.

Familientherapie

Es hat sich inzwischen herausgestellt, daß mit einer intensiven ambulanten, familienorientierten Psychotherapie kostenaufwendige Klinik- und Sanatoriumsaufenthalte von Kindern und Jugendlichen eingespart werden können, was besonders für das Bronchialasthma die häufigste psychosomatische Krankheit im Kindesalter gilt.

Die lang anhaltende Abhängigkeit eines Kindes von seiner Mutter erfordert die entsprechende Berücksichtigung in der Beratung und Behandlung seelisch gestörter Kinder, d. h., es muß dem behan-

delnden Kinderarzt auf Grund der von ihm oder einem Psychologen erstellten Psychodiagnostik weitgehend überlassen bleiben, die Entscheidung zu treffen, wer von beiden, Mutter oder Kind, vordringlich zu beraten bzw. zu behandeln ist.

Die in Balint-Gruppen oder auf anderem Wege gewonnenen Erfahrungen zeigen ihm Möglichkeiten, auch Grenzen seines persönlichen psychotherapeutischen Einsatzes in der Praxis. (9). Sie erleichtern ihm auch die notwendige Überweisung an zuständige Kinderpsychotherapeuten (Psychagogen, Psychologen mit Zusatzausbildung) Erziehungsberatungsstellen und psychosomatische bzw. kinderpsychiatrische Abteilungen. Dabei ist ein in vertrauensvoller Zusammenarbeit bewährter konsiliarischer Kontakt zu diesen Personen und Institutionen unerläßlich.

Behandlung der Mütter verhaltensgestörter Kinder

Auch eine psycho-pädagogisch geleitete Müttergruppenbehandlung sowie die Anwendung pragmatischer Psychotherapieverfahren wie z. B. des Autogenen Trainings, gehören in den Aufgabenbereich des niedergelassenen Kinderarztes. Sie entsprechen dem Auftrag des „Arztes als Erzieher des Kindes" *(Czerny)* und müßten entsprechend mit der Kassenscheinabrechnung auch von den Krankenkassen als eigenständige Leistung honoriert werden.

Mütterbehandlungen können erfolgreich durchgeführt werden, ohne daß die verhaltensgestörten Kinder selber aktiv in die therapeutischen Maßnahmen einbezogen werden (8). 50 % der befragten Kinderärzte (1974) sehen psychologische Beratungsgespräche mit den Müttern verhaltensgestörter Kinder als Hauptanliegen einer psychotherapeutisch ausgerichteten kinderärztlichen Praxis an.

Psychotherapeutische Behandlung von Jugendlichen

Ein absoluter Notstand, auf den als Grenzgebiet der Pädiatrie zumindest hingewiesen werden soll, betrifft die Betreuung der seelisch kranken Jugendlichen: In einem der wichtigsten Reifungsabschnitte, nämlich der Krise von Pubertät und Adoleszenz, ist der Jugendliche dem Einfluß des Kinderarztes entzogen, der ihn in genauer Kenntnis seiner Familien- und Lebenssituation bis dann beraten und begleitet hat. Der Erwachsenenarzt, den er nunmehr aufsucht, ist häufig über die besondere Lage von Jugendlichen, ihre seelischen Nöte und Bedürfnisse nur unvollkommen orientiert. Einweisungen von schwierigen Jugendlichen auf Erwachsenenabteilungen von Kliniken können zusätzlich Konflikte auslösen. Das wirkt sich besonders beim Mangel an jugendpsychiatrischen klinischen Einrichtungen aus. Gibt es doch nicht einmal in jedem Universitätsbereich eine eigene Jugendpsychiatrische Abteilung. Das Beispiel eines schwierig gewordenen Jugendlichen, der wegen seines gestörten Verhaltens vom Notarzt eingewiesen, auf der Aufnahmestation einer psychiatrischen Klinik unter Geisteskranke, Trinker, Verwahrloste und Triebtäter zu liegen kommt, steht für viele. Hier ist nur mit der Schaffung von Spezialabteilungen für Jugendliche an größeren Kliniken eine wirksame Abhilfe zu schaffen.

Die Mutter-Kind-Situation im Krankenhaus

Vorbeugende Maßnahmen gehören auch in der Pädiatrie in den Bereich der Psychohygiene. Allein schon mit der Verbesserung der Situation von Mutter und Kind im Krankenhaus kann seelischen Fehlentwicklungen im Kleinkindalter vorgebeugt werden. Wenn in den letzten zehn Jahren in der Bundesrepublik an 75 Kinderkliniken die tägliche Besuchszeit eingeführt wurde und an 57 Kinderkliniken auf Allgemeinstationen im Notfall Mütter gemeinsam mit ihren erkrankten Kindern aufgenommen werden können, zeichnet sich hiermit eine erfreuliche positive Entwicklung ab. (13).

Ein Ziel muß es bleiben, daß an allen Kinderkliniken und -abteilungen den Müttern an jedem Tag der Zugang zu ihren kranken Kindern ermöglicht wird, in jedem Großstadtgebiet aber mindestens an einer Kinderklinik eine Spezialabteilung zur Mitaufnahme von Müttern besteht. Die Regelung der Kostenübernahme für die Mütter dieser Kinder ist als nächster Schritt von den Kostenträgern zu fordern, wie es in anderen Ländern z. B. England mit dem nationalen Gesundheitsdienst seit Jahrzehnten die Regel ist. Immerhin haben die Krankenkassen schon ihre neuen Aufgaben erkannt, wenn Mütter seit dem 1. Januar 1974 bei Erkrankung ihrer Kinder für fünf Arbeitstage im Jahr Krankengeld und unbezahlte Freistellung von der Arbeit erhalten.

Zusatztitel in „Psychotherapie"

Es besteht von seiten niedergelassener und in Ausbildung begriffener Kinderärzte ein starkes Interesse am Erwerb des Zusatztitels „Psychotherapie". 64 Kollegen hatten sich 1974 hierzu entschlossen, allerdings war erst einer von ihnen im Besitz dieses Titels.

Eine zehnjährige Erfahrung in Supervisionsbetreuung der Balint-Gruppe von Kinderärzten in München und Köln hat bestätigt, daß es sich bei den dazu bereiten Kinderärzten um engagierte Kollegen handelt, welche die Notwendigkeit einer Verbesserung der Praxisbedingungen in dieser Richtung erkannt haben und bereit sind, dafür große zeitliche wie finanzielle Opfer zu bringen; müssen sie doch, solange sie von den Krankenkassen noch nicht anerkannt sind, viele psychotherapeutische Behandlungen zunächst kostenlos durchführen. (15).

Der Arzt als Erzieher des Kindes

Die psychotherapeutische Grundhaltung des Kinderarztes, im Umgang mit Mutter und Kind, die seit Anbeginn der pädiatrischen Praxis ihr besonderes Gepräge gegeben hat, kommt in zahlreichen Äußerungen führender Pädiater zum ‚Thema' zum Ausdruck, von *Czernys* wegweisender Schrift „Der

Arzt als Erzieher des Kindes" bis in unsere Tage. Sie veranlaßten die Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, diesem Gebiet auf dem jeweiligen Jahrestagungen der Kinderärzte einen breiten Raum zu geben, es sei nur an die Tagung 1964 in München mit dem Generalthema „Kinderpsychoterapie" (4), sowie die Jahrestagung 1972 in Bad Pyrmont erinnert, die unter dem Thema „Kinder und Familie" stand. (12)

Psychotherapie in der kinderärztlichen Praxis

Vielen Kinderärzten wird bald nach Praxiseröffnung bewußt, daß sie ohne Einbau psychotherapeutischer Maßnahmen in ihrer Praxis zahlreichen geäußerten Bedürfnissen ihrer Patienten — Kindern wie Müttern — nicht gerecht werden können. Dabei zeigt die tägliche Erfahrung, die sich in der Arbeit der Balint-Gruppen widerspiegelt, daß die kleine Psychotherapie in der täglichen Praxis — das, was wohl erfahrenster Kenner dieses Gebietes, der Nestor der ärztlichen Psychotherapie, Professor *J. H. Schultz* als die „Psychologisierung des Arztes" bezeichnet hat — diesem Anliegen am ehesten gerecht wird.

Hier steht für den Kinderarzt das Anamnesen- und Beratungsgespräch mit der Mutter im Mittelpunkt, unterstützt von pragmatischen Psychotherapieverfahren, vornehmlich dem Autogenen Training, in deren Anwendung bei Kindern, aber auch bei Müttern, sowie eine Spieltherapie (Malen, Zeichnen und Basteln mit dem Kinde), verbunden mit einer Gesprächsführung, zumal bei älteren Kindern. Die Arbeit mit den Müttern bzw. Eltern kann evtl. im Sinne von Elternschulen pädagogisch ausgebaut werden, sie erfüllt dann auch vorbeugend psychohygienische Aufgaben des seelischen Gesundheitsschutzes.

In den Bereich des psychotherapeutisch tätigen Kinderarztes fallen dagegen nicht: Spielanalysen ernster neurotisch erkrankter Kinder, sowie psychoanalytische Behandlungen ihrer gleichfalls seelisch kranken Mütter; beide sind von ihm auf Grund der psychodiagnostischen Erhebungen an die zuständigen Fachinstanzen, ärztliche wie nicht-ärztliche Psychoanalytiker zu überweisen. Das zeigt einmal mehr die Notwendigkeit einer verläßlichen, regelmäßigen Zusammenarbeit des Kinderarztes mit den betr. Fachkräften bzw. Fachinstitutionen.

Bei dem derzeitigen Mangel an psychotherapeutisch erfahrenen Kinderärzten ist eine Ausbildung auf breiter Basis dringend erforderlich. Zur Zeit gibt es diese Möglichkeit in dem erstrebten und notwendigem Umfange nur in München, mit einem eigenen Ausbildungsinstitut für ärztliche Weiterbildung in Psychotherapie, in Personalunion mit der Dozentenschaft des ortsständigen psychoanalytischen und psychagogischen Institutes.

Ausbildungskriterien des Zusatztitels „Psychotherapie"

Die Ausbildungskriterien für den Zusatztitel „Psychotherapie" werden z. Zt. noch sehr unterschiedlich gehandhabt und stimmen kaum von einem zum anderen Bundesland überein. Eine vieljährige Ausbildung ist, wie z. B. in München, die Regel. Dabei wird die besondere Situation der Psychotherapie in der kinderärztlichen Praxis, mit ihren eingeschränkten therapeutischen Möglichkeiten von den Ausbildungseinrichtungen oft noch völlig verkannt. Kaum ein Kinderarzt wird mit dem Zusatztitel „Psychotherapie" den Stil seiner Praxis grundlegend ändern, d. h., auf die Behandlung organisch kranker Kinder verzichten, wie eine private Umfrage ergab. Von den Ausbildungsstätten werden aber bisweilen für den Zusatztitel „Psychotherapie" Forderungen gestellt, die nahezu denjenigen einer großen Ausbildung in analytischer Psychotherapie entsprechen.

Aus diesen Gründen haben schon zahlreiche in der Praxis niedergelassene Kinderärzte resigniert ihr Vorhaben „Erwerb des Zusatztitels Psychotherapie" aufgegeben, womit die betroffene Bevölkerung auf wertvolle Hilfen verzichten muß. Der Arzt aber braucht diesen Zusatztitel, weil die zeitaufwendige Psychotherapie in der ärztlichen Praxis dringend eine Abrechnung dieser Maßnahmen über Kassenschein erfordert.

Das verlangte psychiatrische Ausbildungsjahr nachzuholen, würde für die meisten niedergelassenen Kinderärzte bedeuten, daß sie entweder für diese Zeit ihre Praxis schließen oder für ein ganzes Jahr einen Vertreter einstellen, was in beiden Fällen den finanziellen Ruin für manche Kollegen bedeuten würde.

Um dem großen Bedürfnis niedergelassener Kinderärzte nach dieser Zusatzausbildung entgegenzukommen — auf eine Umfrage nach Mitarbeit in Balint-Gruppen haben sich von den etwa einhundert in München niedergelassenen Kinderärzten 50 gemeldet! — müßten für die schon in der Praxis tätigen Kinderärzte Übergangslösungen geschaffen werden, während die noch in Ausbildung begriffenen Kollegen rechtzeitig auf Möglichkeiten und Bedingungen der Zusatzausbildung hingewiesen werden sollten. Damit kämen auf Psychologen und Psychotherapeuten an den größeren Kinderkliniken wichtige Aufgaben zu, was die Schaffung von Planstellen für diese einmal mehr rechtfertigt.

In einer besonderen Notsituation befinden sich weiterhin die in abgelegenen ländischen Gegenden praktizierenden Kinderärzte. Es ist keine Seltenheit, daß Kollegen zu den Balint-Gruppen bis zu 200 km und mehr anreisen. Aber gerade für die ländliche Bevölkerung besteht in großen Teilen der Bundesrepublik wie schon erwähnt bei gleichfalls mangelnden Erziehungsberatungsstellen ein Notstand psychotherapeutischer Betreuung.

Aus- und Fortbildung an den Universitäten in Psychotherapie

Die Situation der psychotherapeutischen Ausbildung und Fortbildung des Kinderarztes wurde durch eine besondere Umfrage an die Ordinarien für Kinderheilkunde aller Universitäten zu ermitteln versucht.

Im Gegensatz zur Umfrage von Görres, die nur acht Antworten von Universitätskinderkliniken ergab, beteiligten sich an unserer Umfrage (1974) zwanzig (von 24 angeschriebenen) Universitätskinderkliniken.

Diese Umfrage ergab folgende Ergebnisse:

An neun Universitätskinderkliniken wird nunmehr (1974) das Lehrfach der Psychotherapie durch einen Dozenten vertreten.

Für die Assistenten von 12 Universitätskinderkliniken besteht die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Fachausbildung und damit auch des Erwerbs des Zusatztitels Psychotherapie am Ort ihrer Universität.

15 Ordinarien für Kinderheilkunde geben an, daß an ihren Universitäten das in der neuen ärztlichen Approbationsordnung festgelegte Soll an Vorlesungen in Psychologie, Medizin, Soziologie, Psychosomatik und Psychotherapie erfüllt wird.

11 Ordinarien teilen mit, in ihrer Hauptvorlesung „Kinderheilkunde" regelmäßig auch psychotherapeutische Themen abzuhandeln.

An 11 Universitätskinderkliniken — darunter vier anderen als den letztgenannten — werden psychotherapeutische Themen in Spezialvorlesungen abgehandelt.

Für die Assistenten von 15 Universitätskinderkliniken besteht die Möglichkeit, am Ort ihrer Universität das Autogene Training zu erlernen.

Nur an 2 Universitätskinderkliniken dagegen bestehen Planstellen für Psychotherapeuten!

An 17 Universitätskinderkliniken sind mindestens ein klinischer Psychologe — maximal vier — in Planstellen tätig. Die heilpädagogisch-psychotherapeutische Betreuung des kranken Kindes liegt überwiegend in Händen von Kindergärtnerinnen. Nur zwei Kinderkliniken verfügen über ausgebildete Heilpädagogen.

fünf Universitätskinderkliniken haben noch keine Planstellen für Lehrer, welche die erkrankten Kinder betreuen.

sieben Universitätskinderkliniken ist eine Erziehungsberatungsstelle angegliedert.

sieben Universitätskinderkliniken verfügen über eine psychosomatische (oder ähnliche) Spezialabteilung.

An acht Universitäten besteht eine kinderpsychiatrische Spezialabteilung.

An neun Universitätsorten bestehen Balint-Gruppen, aber nur von drei Universitätskinderkliniken nehmen auch Assistenten daran teil.

Kritische Anmerkungen

Die mitgeteilten Angaben der Ordinarien für Kinderheilkunde fordern zu einer kritischen Stellungnahme heraus. Aus einer mehr als zwanzigjährigen Erfahrung als Universitätsassistent und -dozent empfiehlt der Verfasser bei der Interpretation der Ergebnisse folgendes zu berücksichtigen: Sogenanntes psychosomatisches Denken ist modern geworden und mit entsprechenden Äußerungen kann das eigene Prestige aufgewertet werden.

Die Beantwortung der gestellten Fragen und Stellungnahmen dazu zeigten, daß viele Ordinarien über wesentliche Fragen der Psychotherapie noch nicht informiert sind, während Klinikdirektoren ein Übersoll an psychotherapeutischen Einrichtungen aufführen, berichten ihre Assistenten zur gleichen Zeit unverändert von Notständen der realen Verwirklichung in personellen wie institutionellen Bereichen.

Die klinische Psychotherapie befindet sich an manchen Universitätskinderkliniken noch in der Outlaw-Situation: Medizinisches Vorwärtskommen gelingt immer noch am ehesten auf dem Sektor der biochemischen bzw. Labormedizin und nur selten, nach Überwindung großer Widerstände, auch dem Psychotherapeuten, so daß junge Kollegen ihre diesbezügliche Spezialausbildung an der Klinik verheimlichen, um im beruflichen Aufstiegsstreben nicht in Schwierigkeiten zu geraten. Wenn sie sich aber aus eigenem Engagement in der Klinik psychotherapeutisch betätigen, nehmen ihre Vorgesetzten wie selbstverständlich an, daß dieses außerhalb der laufenden Stationsarbeit, in ihrer Freizeit geschieht! Das sind keineswegs Einzelbeobachtungen, sondern immer wieder von jungen, aber auch älteren Kollegen heute noch bestätigte Erfahrungen aus dem Klinikalltag.

Forderungen

Die derzeitige Lage der Psychotherapie im Bereich der Pädiatrie in der Bundesrepublik läßt folgende Forderungen stellen:

1. Eingliederung der Lehrfächer Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie in den Rahmen der ärztlichen Ausbildung an allen Universitäten, in Sollerfüllung der neuen Approbationsordnung, mit Vorlesungen in Psychologie, Medizin, Soziologie, Psychosomatik und Psychotherapie. Einrichtung von Dozentenstellen mit entsprechendem Lehrauftrag.
2. Planstellen für je einen klinischen Psychologen und Kinderpsychotherapeuten (Psychagogen) an jeder Kinderklinik mit mehr als einhundert Betten. Die Bereiche beider sind dabei sorgfältig voneinander abzuheben, weil es sonst ständig zu Überforderungen bzw. Grenzüberschreitungen kommt. Der klinische Psychologe ist mit psychodiagnostischen Aufgaben völlig ausgelastet. Er weist zudem bislang nur selten eine tiefenpsychologische Spezialausbildung auf. Psychotherapeutische Aufgaben kämen im wesentlichen auf den Kinderpsychotherapeuten (Psychagogen) zu.
3. Errichtung von kinderpsychiatrischen Sonderabteilungen im Bereich mindestens aller Universitätskliniken, unter Leitung eines Kinderpsychiaters mit dem Zusatztitel „Psychotherapie".

4. Einrichtung einer psychosomatischen Spezialabteilung an jeder größeren Kinderklinik, zur Behandlung verhaltensgestörter, neurotischer und psychosomatisch erkrankter Kinder. Diese Abteilungen sollen von einem Pädiater mit dem Zusatztitel „Psychotherapie" geleitet werden.

5. Förderung der Ausbildung ärztlicher wie nichtärztlicher Kinderpsychotherapeuten auf Universitätsbasis durch entsprechende Institutionen.

   Stipendiumsbewilligungen für Ausbildungskandidaten, da die kostenaufwendigen Ausbildungen — z. B. einer Psychagogenausbildung derzeit mit ca. 30 000 DM — bisher von dem Kandidaten persönlich getragen werden mußten, was den Notstand auf diesem Gebiet hinlänglich erklärt.

6. Förderung des Erwerbs des Zusatztitels „Psychotherapie" im Bereich der ärztlichen Ausbildung und Fortbildung durch entsprechende Weiterbildungseinrichtungen, mindestens an allen Universitäten.

7. Intensivere und regelmäßige Vermittlung psychotherapeutischen Wissens auf allen Fortbildungsveranstaltungen, am Beispiel des alljährlichen Kinderärztlichen Fortbildungskongresses von Brixen.

8. Förderung der Errichtung von Balint-Gruppen, als einer beständigen Fortbildungseinrichtung in Pychotherapie für den in der Praxis niedergelassenen Kinderarzt.

9. Intensivierung der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Müttern, im Sinne der kleinen Psychotherapie, in der kinderärztlichen Praxis, mit entsprechender Kostenübernahme durch die Krankenkassen, auch für Mütterberatungen und Mütterbehandlungen.

10. Ausbau des Systems der Erziehungsberatungsstellen, nach den Forderungen der Weltgesundheitsorganisation, d. h. auf je 50 000 Einwohner eine Beratungsstelle, bei Intensivierung der kinderärztlichen Mitarbeit an denselben.

11. Ableistung von Famulatur und Medizinalassistentenzeit an ärztlich geleiteten Erziehungsberatungsstellen und verwandten Einrichtungen, zur Bewußtmachung psycho-sozialer Probleme beim ärztlichen Nachwuchs.

12. Breite Information der Öffentlichkeit in Fragen der Psychohygiene des Familienlebens als wirksame Neurosenprophylaxe, via Massenmedien, intensiviert durch Vorträge und Seminare an Volkshochschulen und verwandten Institutionen.

Literatur

1. Balint, Michael (1957): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Frankfurt (S. Fischer) Nr. 6005, 1970
2. Biermann, Gerd (1962): Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie in der kinderärztlichen Praxis. Zeitschrift für Kinderheilkunde 87, 328
3. Biermann, Gerd (1963): Die Tätigkeit der psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder bei der Univ.-Kinderpoliklinik München. Praxis für Kinderpsychologie 12, 196
4. Biermann, Gerd (1965): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Monatsschrift für Kinderheilkunde 113, 203
5. Biermann, Gerd (1966): Die psychosomatische Beratungsstelle einer Kinderklinik. In Schmid, F. und Opitz, P., (Hbg.) Handbuch der Kinderheilkunde, Bd. III, 969, Heidelberg, Berlin, New York (Springer)
6. Biermann, Gerd (1969): Handbuch der Kinderpsychotherapie, 2 Bde., München, Basel (E. Reinhardt) 3. Aufl. 1973
7. Biermann, Gerd (1969): Der Kinderspychotherapeut (Berufsbild und Ausbildungsweg, in: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II
8. Biermann, Gerd (1969): Müttergruppentherapie bei verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen, in: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II
9. Biermann, Gerd (1969): Kinderpsychotherapie in der ärztlichen Praxis, in: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II
10. Biermann, Gerd (1969): Aufgaben des Kinderpsychotherapeuten in der Kinderklinik, in: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II
11. Biermann, Gerd (1972): Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit, München, Basel (E. Reinhardt)
12. Biermann, Gerd (1972): Diagnostische und therapeutische Probleme der Familienneurose, Monatsschrift für Kinderheilkunde 121, 418
13. Biermann, Gerd (1973): Die Mutter-Kind-Situation in den Kinderkrankenhäusern der Bundesrepublik, in: Jahrbuch der Psychohygiene, Bd. 1, München, Basel (E. Reinhardt)
14. Biermann, Gerd (1973): 1. Tätigkeitsbericht des Instituts für Psychohygiene des Kreises Köln, in: Jahrbuch der Psychohygiene, Bd. 1
15. Biermann, Gerd (1973): Der Kinderarzt und die Balintgruppe. Der praktische Arzt 10, 834 und 1018
16. Czerny, Adalbert v. (1908): Der Arzt als Erzieher des Kindes. Wien, (Deuticke), 11. Auflage 1946
17. Görres, Albert (1964): Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. Wiesbaden (F. Steiner)
18. Richter, H. E. (1963): Eltern, Kind und Neurose. Hamburg (Rowohlt) Rororo Nr. 6082/83, 1969
19. Richter, H.E. (1970): Patient Familie, Hamburg (Rowohlt)
20. Schultz, J.H. (1918): Die seelische Krankenbehandlung, 8. Aufl. 1963. Stuttgart (G. Fischer)
21. Uexküll, Thure v. (1958): Funktionelle Syndrome in der Praxis, Psyche 12, 481

Zur Lage der psychotherapeutischen Versorgung von Studenten durch die Beratungsstellen für Studenten an den westdeutschen Hochschulen

von

U. Lindig

Der Bericht zur Lage der psychotherapeutischen Versorgung von Studenten durch die Beratungsstellen für Studenten an den westdeutschen Hochschulen wurde auf Grund von Berichten der einzelnen Beratungsstellen und einer zusätzlichen Umfrage sowie eigener, nunmehr über 13jähriger Erfahrung in der Leitung der Hamburger Studentenberatung erstellt.

1. Psychische Erkrankungen bei Studenten

Langjährige Erfahrungen in der Arbeit der psychotherapeutischen Studentenberatung in der Bundesrepublik Deutschland zeigen, daß etwa 15 % der Studenten im Laufe ihres Studiums psychotherapeutische Hilfe brauchen. Diese Zahlen decken sich mit denen auf internationaler Ebene sowohl in den westlichen wie in den Ostblockstaaten.

1.1 Arten und Häufigkeiten

Die Beschwerden sind in den meisten Fällen eng mit der Studien- und Universitätssituation gekoppelt: etwa 80 % der Studenten, die eine Beratungsstelle aufsuchen, haben schwere Lern-, Arbeits- und Konzentrationsstörungen, die sich zusammen mit Kontaktschwierigkeiten zeigen. Psychologische Untersuchungserfahrungen haben bewiesen, daß es sich hier in der Regel nicht um minderbegabte Studenten handelt — Hochbegabungen sind dagegen nicht selten. Hinzu kommen sexuelle Probleme, psychosomatische Störungen, Grenzfälle, Sprachstörungen, Süchte, Depressionen, Phobien, Psychosen. Nach Sperling/Göttingen lassen sich im Symptom-Katalog vier große Bereiche aufzeigen:

A Körpersphäre:

1. Magen, Darm, Verdauung, Übelkeit, Erbrechen
2. Eß-Störung, Appetit
3. mot. Funktionsstörung (Tic, Tremor, Lähmung)
4. Sprachstörung, Stottern, Sprachhemmung
5. Herz-Kreislaufstörung (Angina, Herzstiche)
6. Atemstörung, Asthma bronchiale
7. Sexualstörung (körperlich), Impotenz, Frigidität
8. Ekzeme, Allergien, Juckreiz
9. Nägelbeißen, Haarreißen, Hautreißen
10. Exzessives Masturbieren
11. Schlafstörung (Müdigkeit, Ein- und Durchschlafstörung
12. Sinnesstörung, Seh- und Hörstörung
13. Körperliche Behinderung (wenn nicht unter 12)
14. Krankheitsneigung, allgemeine Anfälligkeit
15. Alkoholabusus, Süchte
16. vegetative Labilität, Erröten, Schwitzen

B Leistungsbereich:

1. Leistungsabfall, -versagen, gen. Leistungsstörung
2. Plan- und Ziellosigkeit des Arbeitsverhaltens
3. Überforderung, perfektionistisch-zwanghaft
4. Versagen unmittelbar vor (im) Examen
5. Versagen nach Mißerfolg (Examen)

C Sozialbereich:

1. Kontaktschwierigkeiten
2. Anpassungsschwierigkeiten (Opposit., Gammeln)
3. Rückzugsverhalten (Tagträumen, Lustlosigkeit, Gehemmtheit)
4. paranoisch-mißtrauische Haltung
5. axggressiv-rücksichtslose Durchsetzung
6. sexuelle Verhaltensstörung (Homosexualität)
7. Überangepaßtheit, Gefügigkeit, Aggressionshemmung
8. materielle (Geld-) Sorgen

D Psychisch:

1. Angst (frei flottierend)
2. Angst (objekt- und situationsgebunden) z. B. Examensangst
3. Unruhe
4. depressive Verstimmung
5. Zwangsvorstellungen und -symptome
6. Störungen des Selbstwertgefühls
7. Stimmungsschwankungen
8. Psychosen
9. Studienfachwechselproblematik
10. Fremd- (z. B. Partner-) Probleme, Sonstiges

1.2 Bezug zur hochschulspezifischen Situation

Die Beschwerden treten vorwiegend in drei Phasen auf:

— zu Beginn des Studiums

— in der Studienmitte

— in der Examenszeit.

Die Identitätskrise in der Übergangsphase zum Erwachsenen ist an sich eine ‚normale' Krise — durch die verlängerte Ausbildungssituation der Studenten bei finanzieller Abhängigkeit wird sie prolongiert und intensiviert. Die Frage, ob es studentenspezifische Neurosenmerkmale gibt, ist in der Fachliteratur nicht eindeutig geklärt; es ist jedoch zumeist eine Definitionsfrage. Sicher ist, daß die Probleme der Jugend in der Universitätssituation besonders aktualisiert werden. „Tatsache ist, daß die Hochschule zu dem, was die junge Generation zutiefst bewegt, nämlich die Sinnfrage des Lebens und Tuns, kaum einen Beitrag zu leisten vermag. Jedem Studenten aber stellt sich dieses Problem konkret, denn er soll etwas lernen, dessen Sinn ihm fremd ist bzw. dessen vordergründig intendierten Sinn er nicht versteht oder ablehnt. Dem oft gehörten Argument, daß wir in den Beratungsstellen lediglich mit einer Gruppe sich krank fühlender Individuen gearbeitet haben, ist entgegenzuhalten, daß diese Gruppe nur bewußter unter etwas leidet, was den oft verleugneten Konflikthintergrund aller Beteiligten im universitären Leben darstellt. Möglichkeiten zur Abdeckung des emotionalen Defizits fehlen. Die tiefenpsychologische Dimension der im Grunde sozialen Probleme der Studenten liegt im wesentlichen in einer Verschiebung der Gefühlswelt. Das Gefühl der Verlorenheit und Isolierung nimmt einen breiten Raum ein — Studenten wissen mit ihrem Leben nichts anzufangen. Sie haben Angst vor einer im Grunde unfaßbaren Umwelt. Passivität schafft zudem den verborgenen Sinn, in der Phantasie utopische Wünsche zu erhalten" (nach Sperling/Göttingen). Die Freiheit ohne tradierte Maßstäbe ist ungeheuer schwer zu bewältigen: erhöhte Suicidzahlen gegenüber der Gesamtpopulation zeigen das allzu deutlich (Lungershausen für Nordrhein-Westfalen, Lindig für Hamburg). Die Massenuniversitäten mit unüberschaubaren Organisationen, unüberschaubaren Studienmöglichkeiten und unklaren Berufsperspektiven lassen latente Neurosen zu relevanter Unsicherheit und neurotischem Fehlverhalten werden.

2. Derzeitige Lage der psychotherapeutischen Versorgung von Studenten an westdeutschen Hochschulen

2.1 Entwicklung nach Kriegsende

Nach dem Kriege entstanden aus den genannten Bedürfnissen zunächst in Hamburg, dann in Berlin und München Studentenberatungsstellen, im Laufe der 60er Jahre an fast allen westdeutschen Universitäten. Die Initiative ging dabei weniger von den Hochschulen aus: studentische Initiative, Ärzte und Psychologen halfen in der Notsituation. Improvisation prägt das Bild der psychotherapeutischen Beratungsstellen: wachsende Zahlen der Ratsuchenden bei völlig unzureichender personeller Ausstattung (z. Teil nebenamtlich arbeitende Psychotherapeuten) und nicht organisierte Institutionalisierung bei unsicherer und unzureichender Finanzierung. Die heutige organisatorische Zuordnung in ihrer Verschiedenheit ist auf diese Genese zurückzuführen.

2.2 Stand 1974

Je nach Stellung und Arbeitsplatz der Initiatoren entstanden die Beratungsstellen entweder bei

— *psychiatrischen, psychosomatischen Universitätskliniken*

Aachen	Gießen	Kiel
Berlin	Göttingen	Mainz
Düsseldorf	Heidelberg	Ulm
Frankfurt/M.		

— *Rektorat/Präsidium der Universitäten*

Aachen	Duisburg	Mainz
Augsburg	Hamburg	München
Bielefeld	Hannover	Saarbrücken
Bochum	Heidelberg	Tübingen
	Karlsruhe/Pforzheim	

— *Studentenwerk*

Berlin	Darmstadt	Köln
Bonn	Erlangen	Marburg
Braunschweig	Freiburg	München
Clausthal	Karlsruhe	Würzburg
	Mainz	

— *sonstigen Institutionen*

Münster (psychologisches Institut)
Heidelberg (Studentenhilfe)
Mannheim (ehrenamtliche Helfer)

Es zeichnen sich zwei Gruppen von Studentenberatungsstellen ab:

a) Allgemeine Beratungsstellen, bei denen die Psychotherapie ein Teil der Gesamtarbeit ist. Sie sind im Rektorat/Präsidialverwaltung angesiedelt.

b) Psychotherapeutische Beratungsstellen angesiedelt an Kliniken oder an die Studentenwerke.

In den allgemeinen Beratungsstellen ist die Zahl der Ratsuchenden mit psychischen Störungen höher (8 bis 10 %) gegenüber 2 bis 3 % der Gesamtstudentenschaft bei als rein psychotherapeutischen Beratungsstellen ausgewiesenen Beratungsstellen. Offenbar findet der Student den Weg leichter zu einer nicht als rein psychotherapeutisch deklarierten Beratungsstelle. Das große Vorfeld ist zudem hier leichter zu erreichen.

Gute Anfängerberatung, Entscheidungshilfen, Initiierung von Gruppen, Erlernen von Sozialtechniken, Lernen-Lernen können Hilfen sein, um spätere Schäden zu verhindern. Auf den zahlreichen Tagungen der Studentenberater wurde die auch ernstzuneh-

mende Sorge deutlich, daß in einer allgemeinen Beratungsstelle der notwendige Freiraum für den Psychotherapiebereich von seiten der Verwaltungsorgane nicht erhalten bleiben könne. Die Beratungsstelle könne so zur Reglementier-Instanz werden.

Die *Aufgliederung der ratsuchenden Studenten nach Fakultäten/Fachbereichen* zeigt fast einheitlich in allen Beratungsstellen ein Überpräsentieren der Studenten aus den Geisteswissenschaften. Geringer sind die Prozentzahlen in den naturwissenschaftlichen Fachrichtungen mit Ausnahme der Psychosen (vorwiegend bei Mathematikern). Es fehlen noch umfassende Untersuchungen darüber, ob bestimmt strukturierte Studienbewerber bestimmte Fachbereiche suchen oder der Studiengang hier neurosefördernd wirkt.

Die *personelle Ausstattung* ist derzeit absolut unzureichend. Zwischen ein und acht Mitarbeiter (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Soziologen — wobei die ersten beiden Gruppen überwiegen —) mühen sich vergeblich, der ratsuchenden Studentenzahlen Herr zu werden. Sie können die dringend notwendige Arbeit nicht schaffen. Es gibt zudem noch keine einheitlichen klaren Vorstellungen von staatlicher Seite, welche Voraussetzungen bei den Beratern notwendig sind, um bei persönlichen Krisen angemessen beraten zu können. Eine Verharmlosung der Studentenberatung bringt die Gefahr eines Dilettantismus im Beratungssystem mit sich (Schilling/Freiburg).

Arbeitsweise der Beratungsstellen

Die ratsuchenden Studenten kommen in der Mehrzahl freiwillig. Krisenintervention erfolgt sofort, bei den anderen entstehen Wartezeiten sowohl für das Erstgespräch wie für die notwendige Behandlung. In wenigen Fällen (in Hamburg 10 %) erfolgt Weiterverweisen zum Facharzt. Ein Verweisen zu niedergelassenen Psychotherapeuten ist im allgemeinen erfolglos, die Zahl dort ist ohnehin viel zu gering, es ist eher umgekehrt, daß niedergelassene Psychotherapeuten Studenten an die Beratungsstellen zur Psychotherapie überweisen. Es muß hier aber gesagt werden, daß psychosomatische Kliniken durchaus helfen, soweit das im Rahmen der auch dort begrenzten Möglichkeiten durchführbar ist. Zahlreiche Überstunden der Berater, Vertrösten ‚leichterer Fälle' sowie lange Wartezeiten sind die Folge. Zur sinnvollen Behandlung von Süchten fehlen weitgehend jede Möglichkeiten. Die notwendige Dokumentation für eine Rückkoppelung an Fakultäten und Fachbereiche findet aus Personalmangel nur in grobem Rahmen statt.

2.3 Zur Zeit bestehende Modell-Beratungsstellen

Zur Zeit finden Modellversuche sowohl für allgemeine wie für psychotherapeutische Beratungsstelsen in Gießen, Saarbrücken, Karlsruhe/Pforzheim und Hamburg (in Vorbereitung) statt. Die Mittel dafür werden entweder von der VW-Stiftung, vom Wissenschaftsministerium oder den Ländern selbst aufgebracht. Die vorliegenden Berichte und Dokumentationen der Beratungsstellen bestätigen einhellig die geschilderte Situation: Es fehlen

- noch weitgehend die Einsicht in die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Betreuung in der Universität
- klare Organisationen für Beratungsstellen
- finanzielle Sicherstellung
- Bereitstellung von Planstellen für gutausgebildete Studentenberater
- Entwicklung von hochschulspezifischen Psychotherapieformen
- der Gesamtbereich der Prävention ist aus personellen Gründen bisher weitgehend vernachlässigt
- für Süchte fehlen jede Möglichkeiten für Psychotherapieformen (therapeutische Gemeinschaften)
- es fehlen Möglichkeiten für Therapie in therapeutischen Gemeinschaften (mindestens 8-Wochen-Kuren)
- weitgehend Feldstudien, um die Ursachen der psychischen Störungen besser erfassen zu können.

Es ist dringend notwendig, daß die Studentenberater und Studentenpsychotherapeuten in der täglichen Arbeit die Arbeitswelt des Studenten — die Universität — kennen, daß sie spezielle Methoden der Psychotherapie entwickeln und durch Rückkoppelung auf Störfaktoren hinweisen.

3. Notwendiger Ausbau der Beratungsstelle (Modell)

Es erscheint daher sinnvoll und notwendig, im folgenden eine Soll-Analyse vorzunehmen.

3.1 Organisatorischer Ausbau

Erste konkrete Einsichten in die Notwendigkeit eines gutfunktionierenden Beratungssystems in den Hochschulen/Gesamthochschulen auf Bundesebene zeigen sich in dem Beschluß der ständigen Konferenz der Kultusminister vom 14. September 1973. In der Einleitung dort heißt es:

> es gehört zu den Aufgaben von Schule und Hochschule, den Schüler und Studenten bei seinen Entscheidungen über den ihm gemäßen Bildungsweg zu beraten.

In Absatz 2. 1.1 Allgemeine Studienberatung heißt es weiter:

> Die allgemeine Studienberatung betrifft Studienmöglichkeiten, Studieninhalte, Studienabschlüsse, Zulassungsvoraussetzungen, Zulassungsbeschränkungen und Studienbedingungen an den Hochschulen sowie individuelle Studieneignung. Sie soll auch pädagogische und psychologische Einzelberatungen bei persönlichen Schwierigkeiten anbieten. Hierzu gehört die Beratung bei Störungen und Krisen des Studienverlaufs.

Im Entwurf des Hochschulrahmengesetzes erhalten in § 15 die Hochschulen den Auftrag, den Studenten in der Durchführung seines Studiums ‚durch eine studienbegleitende fachliche Beratung ... und eine Betreuung bei persönlichen Schwierigkeiten' zu unterstützen. Eine klare Aufteilung zwischen allgemeinen Studentenberatungsanteilen und psychotherapeutischen Versorgung der Studenten zu tun. Der aber in jedem Falle gesichert sein, daß die psychotherapeutische Betreuung den notwendigen Raum einnimmt. Es hilft keinem Studenten, wenn er mit einer Diagnose ohne mögliche psychotherapeutische Hilfe fortgeschickt werden muß. Das Hamburger Strukturmodell — von der Universität und vom Hochschulamt noch nicht endgültig verabschiedet — kommt der Integration von allgemeiner und psychotherapeutischer Studentenberatung, einschließlich der Studienfachberater, am nächsten. Ähnliche Strukturorganisationen laufen in Bochum, Saarbrükken, Aachen, München. Der indirekten psychotherapeutischen Hilfe wird hier ein breiter Raum eingeräumt, so daß es auf den ersten Blick erscheinen mag, als habe das Modell nichts mit der psychotherapeutischen Anteilen ist hier nicht aufgezeigt. Es muß Ansatz ist jedoch anders: Der Prävention wird hier ein breiter Raum eingeräumt — Vorbeugen ist besser als Heilen! Wesentliche Voraussetzung einer Verwirklichung ist jedoch, daß den Teilgebieten der notwendige Freiraum erhalten bleibt und eine sinnvolle Integration stattfindet. Teile des Modells sind bereits verwirklicht, andere sind in der Vorbereitung oder Planung.

Strukturmodell der Beratungsstelle der Universität Hamburg

I. Notwendigkeit der Studienberatung

Die wachsende Differenzierung und Erweiterung des Ausbildungsangebotes im Hochschulbereich schaffen für Oberschüler und angehende Studenten immer größere Schwierigkeiten, sowohl ihre eigenen Fähigkeiten und Wünsche wie die Studienmöglichkeiten der verschiedenen Ausbildungswege richtig einzuschätzen, ihre Wahl zu treffen und den richtigen Weg des gewählten Studienganges einzuschlagen. Vorzeitiger Studienabbruch, überlange Studienzeit und häufiger Wechsel des Studienfaches führen zu persönlicher Enttäuschung. Hinzu kommen finanzielle Einbuße des Studenten und seiner Eltern sowie des Staates. Die Situation für den Studenten und damit für die Arbeit der Beratungsstelle ist durch die Einführung des totalen Numerus clausus erheblich erschwert, einmal wegen der fast als absolut zu fällenden Entscheidungen, da ein Wechsel kaum noch möglich ist, zum anderen auch dadurch, daß die Zulassungen erst im letzten Moment vor Semesterbeginn erfolgen, und der Student über das ihm nun zugesprochene Fach weniger Informationen zur Verfügung hat. Zudem fehlt in dem Fach der zweiten oder dritten Wahl oft die Motivation.

II. Ziele der Studienberatung

1. Entscheidungshilfe für den Studienbewerber bei der Wahl seines Studienfaches unter Einbeziehung beruflicher Perspektiven.

2. Studienhilfe für den Studienanfänger.

2.1 Information über Inhalte, Aufbau und Anforderung in dem gewählten Studienfach.

2.2 Orientierungshilfe und Kommunikationserleichterung.

2.3 Vermittlung von Techniken selbständigen wissenschaftlichen Arbeitens.

3. Studienbegleitende Beratung und Betreuung.

3.1 Studienbegleitende fachliche Beratung.

3.2 Betreuung und Hilfe bei persönlichen Schwierigkeiten im Studienverlauf.

III. Aufgaben, die sich aus I und II ergeben

A. Allgemeine Studienberatung

1.1 Studienvorbereitende Beratung in den Schulen (Oberstufe).

1.2 Beratung bei Studienbeginn (Klärung der eigenen Situation, Motivation und Wünsche sowie Möglichkeiten, Einbeziehung der Studienfachberatung).

1.3 Beratung abgewiesener Studienbewerber (Folge des Numerus clausus).

2.1 Beratung von Studienfachwechslern.

2.2 Beratung von Studienabbrechern.

2.3 Beratung und Hilfe in persönlichen und Studienschwierigkeiten.

a) Diagnostik

b) Anwendung und Entwicklung hochschulspezifischer Therapieformen

c) Kriseninterventionen und praktische Hilfe, Selbstmordprophylaxe

d) Fürsorge und Nachsorge für psychisch kranke und körperbehinderte Studenten

3.1 Anbieten von vorbeugenden Maßnahmen (Beratung von Beratern, Institutionsberatung, Initiierung von Gruppen — Arbeitsgruppen, Wohngruppen — und deren Beratung, Arbeitstechniken, Sozialtechniken).

3.2 Zusammenarbeit mit anderen beratenden Einrichtungen (Arbeitsamt, Ausbildungsförderung, Prüfungsämtern, Auslandsämtern, Gesundheitsdienst und psychiatrischen Kliniken).

4.1 Dokumentation der Arbeit in der Studentenberatung und deren wissenschaftliche Auswertung sowie Feldstudien zum Problem der Wechselwirkung Student — Universität.

5.1 Rückkoppelung an die Fakultäten und Fachbereiche über gehäuft auftretende ungünstige Studienbedingungen.

5.2 Zusammenarbeit mit Reform- und Hochschuldidaktikausschüssen.

B. Fachberatung (durch Fachberater)

Information über Studieninhalte und Studienaufbau unter Einbeziehung der Berufsbezogenheiten des gewählten Faches.

Begleitende Fachberatung als Studienhilfe.

IV. Maßnahmen der Beratung und Studienhilfe zu III A

Hier muß darauf hingewiesen werden, daß eine sinnvolle und effektive Beratungsarbeit nur dann gewährleistet ist, wenn sie auf freiwilliger Basis erfolgt und die Vertraulichkeit der Beratung gewahrt bleibt.

1. Unmittelbare Maßnahmen

a) Gruppenberatung von Studienbewerbern in Kleingruppen (ca. 10). Ziel dabei ist:
   - — Informationsfindung
   - — Klärung der eigenen Situation und der Studienwünsche (Eigenwunsch — Fremdbestimmung)
   - — Erlernen der Selbstinformierung
   - — Hilfe zur Überwindung der Anonymität und der Isolierung

   Ergänzt werden diese jeweils etwa 90minütigen Gruppenberatungen durch Wochenendseminare (Motivationsklärung — Planspiele).

b) Weiterverweisen zur Fachberatung in den Seminaren und Instituten.

c) Beratung von Studienfachwechslern, Studienabbrechern, Beratung in persönlichen und Studienschwierigkeiten während des gesamten Studiums.

Hier finden sich vorwiegend folgende Probleme:

- — Krisen bei Studienbeginn
- — Versagen in Zwischen- oder Teilprüfungen
- — Zweifel am Erreichen des selbstgesteckten Studienzieles
- — Zweifel an der richtigen Studien- oder Berufswahl
- — Studienfachwechsel
- — Studienabruch
- — Krisen in der Examenszeit (Furcht vor Versagen, Furcht, das Gelernte nicht anbringen zu können, mangelnde Kontrollen des eigenen Wissensstandes während des Studiums und daher überhöhte Einschätzung des Stellenwertes des Examens, Furcht vor dem künftigen Beruf)

Ein großer Teil dieser Probleme ist mit persönlichen oder psychischen Problemen gekoppelt.

Es bedarf hier ausführlicher Klärung der Situation des Studenten (60 bis 90 Minuten Interview, ggf. Tests):

- — liegen die Schwierigkeiten in der Umwelt (Wohnung, Finanzen), so wird abgeklärt, ob staatliche Hilfen möglich sind oder private oder staatliche Stipendien über die Beratungsstelle vermittelt werden können.
- — In der Wohnungshilfe handelt es sich vorwiegend um die Betreuung körperbehinderter Studenten.
- — Bei Störungen im psychischen Bereich erfolgen ein oder oft zahlreiche pädagogisch oder psychotherapeutisch orientierte Gespräche, die den betroffenen Studenten Hilfen beim Umgang mit der eigenen Situation vermitteln.
- — Zeigt sich im Erstinterview, daß eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, wird sie im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten der Beratungsstelle durchgeführt (vgl. Entwicklung hochschulspezifischer Therapieformen).
- — Bei psychiatrischen und somatischen Erkrankungen erfolgt die diagnostische Abklärung beim Facharzt.

2. Mittelbare Maßnahmen

a) Beratung von Beratern (Fachberater, hauptamtliche Berater des Auslandsamtes und anderer mit Studentenservice betrauter Angehöriger der Universitätsverwaltung und des Studentenwerkes).
   - — Training in Methoden der Gesprächsführung als Hilfe zur Selbstfindung des Studenten. Erkennen von Lern- und Arbeitsstörungen und ggf. Überweisung an die allgemeine Studentenberatung.
   - — Erlernen der Methoden von Teamberatung z. B. bei Lehrerstudenten.

b) Rückkoppelung von gehäuft auftretenden Studienschwierigkeiten an die Fachbereiche und Institute.

c) Dialog mit Studienreforminstitutionen.

d) Wissenschaftliche Auswertung der Beratungsarbeit als notwendige Voraussetzung für a, b, c.

V. Methoden der Studienberatung

A. Für die unmittelbaren Maßnahmen

a) Ausbau des vorhandenen Informationszentrums (Bereitstellung aller notwendigen Informationen:

hier erhalten Studenten ferner Prüfungsordnungen, allgemeine nützliche Informationen für das Studium in Hamburg — Verweis zum Studentenwerk — und anderen Hilfsstellen, Einsicht in die Vorlesungsverzeichnisse anderer Universitäten und Hochschulen).

b) Ausbau der Tutorengruppen in der Studentenberatung. Ältere Studenten mit gruppendynamischer Selbsterfahrung helfen Studienbewerbern bei der Klärung der Studienmotivation und erleichtern Studienanfängern das Einleben in der Universität. Hier werden Sozialtechniken geübt. Die Supervision der Tutoren erfolgt durch die Mitarbeiter in der Studentenberatung.

c) Erstellung, Durchführung und Auswertung von Effektivitätskontrollen der Beratungsarbeit.

d) Anregung und Mitarbeit bei der Erstellung von Informationsmaterial für Bewerber und Studienanfänger.

e) Diagnostik und Therapie bei persönlichen Schwierigkeiten.

Im psychotherapeutischen Bereich hat sich im Laufe der Arbeit hier immer deutlicher gezeigt — und andere Beratungsstellen haben die gleichen Erfahrungen gemacht —, daß die Psychotherapeuten in der spezifischen studentischen Problematik der altersgemäßen Reifungskrise, z. B. bei verlängerter psychischer Pubertät, verlängerter äußerer und innerer Abhängigkeit vom Elternhaus und anderen Versorgungsinstitutionen und allen damit im Zusammenhang stehenden Problemen, ständig vertraut sein müssen. Die Erfahrungen, die sie als Mitarbeiter in der Anfängerberatung gesammelt haben, sind hier miteinzubringen. Es ist ihre Aufgabe, dem Studenten am Arbeitsplatz, d. h. in der Universität, Hilfestellung zu geben und ihn nicht isoliert irgendwo außerhalb der Universität zum Patienten zu machen. Damit wird erreicht, daß er weder den Kontakt zu Kommilitonen noch zum Studium selbst verliert.

B. Mittelbare Maßnahmen

a) Ausbildung von Fach- und anderen Beratern in Techniken und Methoden von Gruppen- und Einzelberatungen.

b) Ausbildung und Fortbildung von Tutoren (ältere Studenten), die in der Gruppenarbeit im Sinne der Selbsthilfe für Studienanfänger und Studienbewerber eingesetzt werden.

c) Anbieten von „Fallbesprechungen", um den Umgang mit Problem-Studenten besser zu erlernen (Teilnahme von ca. 10 bis 15 Fachberatern unter Leitung von Mitarbeitern der Studentenberatung).

d) Koordinierung und Sicherstellung eines organisierten Ablaufes der Rückkoppelung von gehäuft auftretenden Studienschwierigkeiten an Fachbereiche und Studienreformausschüsse.

e) Verbesserung der universitätsinternen Information unter Mithilfe der Pressestelle der Universität.

f) Zusammenarbeit mit anderen Hochschulen, Arbeitsamt.

Im Hinblick auf die Gesamthochschule sollte die Studentenberatung Koordinator der Studienberatung sein.

VI. Effektivitätskontrolle der Studienberatung

Erarbeitung von Kriterien für die Wirksamkeit der Studienberatung (Studienverlauf und persönliches Wohlbefinden).

VII. Notwendige Personal- und Sachkosten

Der internationale Schlüssel für Counselling-Arbeit liegt bei 1:1000 (ein Berater für 1000 Studenten). Das Hochschulamt der Freien und Hansestadt Hamburg rechnet 1 Berater für 1500 Studenten. Bei 26 000 Studenten allein der Universität wären 17,3 Berater notwendig. Hinzu kommen die Studenten der Staatlichen Hochschule für Musik, der Staatlichen Hochschule für Bildende Künste sowie der Fachhochschulen Hamburg, die auch — wenn auch in zahlenmäßig geringerem Maße — die Beratungsstelle für Studenten aufsuchen.

1. Allgemeine Studienberater

1.1 *Studienbewerber und Studienanfänger* pro Jahr ca. 6000 Beratungsstunden bei einmaligem Aufsuchen, 1/3 kommt jedoch 2- bis 3mal, so daß 2000 Beratungsstunden angesetzt werden müssen. Hinzu kommen Einzelberatungen in Sonderfällen und Auswärtige, die zu den Gruppenberatungsterminen nicht in Hamburg sind. Vorbereitung und Durchführung von Wochenendseminaren zur Klärung der Studienwünsche, Vor- und Nachbereitung (Selbstinformation der Berater), täglich 1 Stunde Beantwortung schriftlicher Anfragen, so daß bei ca. 1870 Arbeitsstunden pro Jahr (40 Arbeitsstunden x 52 Wochen abzüglich 10 % für Urlaub und Krankheit) voll ausgelastet sind

4 wissenschaftliche Mitarbeiter

1.2 *Studenten mit Prüfungs- und Studienfragen*

Studienortwechsel, Stipendien (außer Bafög) ca. 1800 Studenten. Für Studien- und Prüfungsfragen (ca. 30 Minuten pro Student) 750 Arbeitsstunden. Für Stipendien pro Fall 3 Arbeitsstunden, bei 300 Fällen 900 Arbeitsstunden

1 wissenschaftlicher Mitarbeiter

1.3 *Studienfachwechsler*

1000 Studenten (Gruppenberatung und Einzelberatung), Gruppenberatung 90 Minuten, Einzelberatung 45 Minuten

3/4 wissenschaftliche Mitarbeiter

1.4 *Studenten mit persönlichen und psychischen Studienproblemen ca. 2 000 pro Jahr*

Exploration 1 Stunde. Diagnostik (in Gruppen) 1 Tag. Kurzgruppentherapie 16 Doppelstunden pro Gruppe. 10 % der Ratsuchenden bedürfen der Weiterverweisung zum Facharzt und dortige Kurzgruppentherapie 16 Doppelstunden pro Gruppe. 10 % der Ratsuchenden bedürfen der Weiterverweisung zum Facharzt und dortige Behandlung. Pro Berater können ca. 80 bis 100 dieser Studenten beraten und behandelt werden. 12 Mitarbeiter

Durch die Entwicklung hochschulspezifischer Behandlungsformen ist dieser Studentengruppe effektiver und rascher zu helfen als bei Weiterverweisen zum niedergelassenen Facharzt (dort Wartezeiten bis zu 2 Jahren) ohne die Möglichkeit der studienbezogenen Behandlung. Diagnostik — aber keine Behandlungshilfe!

Die vorgegangene Aufschlüsselung der Mitarbeiter auf unterschiedliche spezielle Arbeitsbereiche ist insofern künstlich, als fast immer die Probleme der ratsuchenden Studenten mehrere Bereiche des Universitätslebens betreffen. Eine optimale Hilfe seitens der Studentenberater ist daher nur dann möglich, wenn alle Mitarbeiter sowohl in der Anfängerberatung als auch in den anderen Bereichen arbeiten können. Es ist evident, daß ein erheblicher Mehraufwand dann entsteht, wenn ein Ratsuchender für unterschiedliche Probleme auch unterschiedliche Berater in Anspruch nehmen muß.

2. Fachberater

Da Fachberater Angehörige des Lehrkörpers sind, sollte hier eine Entlastung zugunsten der Studienfachberatungsarbeit geschaffen werden, auch hier etwa im Sinne einer Drittelung der Arbeitszeit (Forschung, Lehre, Beratung). Für die Fachberater ergeben sich Beratungsschwerpunkte einmal vor den Bewerbungsterminen 15. Juli und 15. Januar, sowie zu Semesterbeginn. Hierher gehörte auch die Mitarbeit in auszubauende Orientierungseinheiten zu Semesterbeginn. Während des Semesters wird studienbegleitende Beratung durchgeführt, hinzu käme Zeit für Fortbildung in Gesprächsführung für Gruppen und Einzelberatung.

Allgemeine Berater/Fachberater

In der nationalen und internationalen Literatur gibt es keine exakt errechneten Schlüsselzahlen für die Aufteilung Allgemeine Studienberater/Studienfachberater. Wir schlagen daher vor, zunächst von einem Verteiler 1:1 auszugehen. Bei einem Ansatz von 1 Berater auf 1000 Studenten würden bei 26 0000 Studenten an der Universität 13 Studienberater und 13 Studienfachberater kommen. Bei einem Schlüssel von 1:1 500 wären es 17.1 Berater, davon 8½ Allgemeine Berater und 8½ Studienfachberater. Sowohl von der Zahl der ratsuchenden Studenten in der allgemeinen Studentenberatung (vgl. Anlage 2) wie von der Zahl der großen Fachbereiche scheint dieser Ansatz zu gering.

Um hier Erfahrungswerte sammeln zu können und nicht durch Stellenzuweisungen an einzelne Fachbereiche Fakten zu schaffen oder die Stellen in den Fachbereichen nicht rasch zweckzuentfremden, scheint es sinnvoll, sie zentral zu koordinieren.

Abschließend darf gesagt werden, daß der stufenweise Ausbau der Studentenberatung auch im Hinblick auf die Gesamthochschule vollzogen werden sollte, um den Studenten optimale Hilfestellung geben zu können.

Zusammenfassend ist zu sagen:

1. Die psychotherapeutische Versorgung der Studenten durch die Beratungsstellen für Studenten ist derzeit völlig unzureichend.
2. Die Prävention fehlt weitgehend. Durch ein gut funktionierendes Beratungssystem läßt sich vorbeugend arbeiten, im Rückkoppelungsverfahren muß auf Störfaktoren im Studium hingewiesen werden.
3. Feldstudien zur Erforschung der Gründe für psychische Störungen im Universitätsraum fehlen noch weitgehend.
4. Die niedergelassenen Psychotherapeuten reichen zahlenmäßig nicht aus, um diesen Bevölkerungsteil mit zu versorgen.

   Zudem ist eindeutig, daß auf der Grundlage der klassischen psychotherapeutischen Verfahren spezielle hochschul — spezifische Methoden zu entwickeln sind, um dem Studenten optimal zu helfen.
5. Möglichkeiten zur Behandlung von Süchten fehlen fast völlig.
6. Klare Konzeptionen von staatlicher Seite fehlen weitgehend.

   Infolgedessen fehlen Planstellen und finanzielle Absicherung. Die vorhandenen psychotherapeutischen und allgemeinen Studienberatungsstellen sind hoffnungslos unterbesetzt, was den Personal- und Sachmittelsektor anbetrifft.
7. Die finanzielle Absicherung von Psychotherapie durch die Studentenkrankenkassen ist völlig unzureichend. Für stationäre Behandlung wird z. B. nur bis zur Abklärung der Diagnose bezahlt. Änderungen zeichnen sich hier durch die Übernahme in RVO und Ersatzkassen ab.
8. Im Modell wurde gezeigt, wie Prävention und Psychotherapie aussehen müßten.

Dazu sind jedoch neben Einsicht in die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Betreuung von Studenten erhebliche finanzielle Mittel notwendig, die aber letztlich dem Staat an anderer Stelle im Universitätsraum Gelder sparen helfen.

Exkurs über die psychotherapeutische Betreuung von Studenten an den Hochschulen in USA und anderen europäischen Ländern

Schriftliche Berichte, Literatur, Umfragen, sowie persönliche Gespräche an Ort und Stelle und bei inter-

nationalen counselling-Tagungen über die Arbeit der dortigen Beratungsstellen — Student Mental Health Centren oder Psychologischen Service Centren — machen deutlich, daß dort die gleichen studentischen Probleme bestehen. Die Beschwerdekataloge gleichen sich sehr.

Auch hier wird der Verteilerschlüssel 1 Berater für 1000 eingeschriebene Studenten angestrebt oder bereits verwirklicht.

In *USA* ist die personelle Ausstattung — Ärzte, Psychologen, social worker — im allgemeinen recht gut. Der Methodenstreit der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren ist dort nicht ausgeprägt — was an der generell besseren Integration der Psychotherapie liegen mag. Die Richtzahlen von 1:1000 scheint hier weitgehend realisiert.

In *England* ist der Studentenarzt praktisch durch den Studentenpsychiater ersetzt worden. Die psychotherapeutische Betreuung von Studenten wird im Rahmen des staatlichen Gesundheitswesens gefördert.

In den *Niederlanden* gibt es an den Universitäten eigene Studentendekanate, die für die sozialen Belange der Studenten zuständig sind: Finanzen, Wohnung, Gesundheit im physischen und psychischen Bereich. Es bestehen zudem Pläne, die nicht mehr benötigten studentischen Lungenheilstätten in psychotherapeutische Zentren umzuwandeln.

In *Frankreich* gibt es in Paris und Grenoble eigene psychiatrische Universitätskliniken für Studenten. Die Kliniken arbeiten im Sinne von Nachtkliniken. Neben Psychiatern sind dort Psychoanalytiker, Psychologen und Sozialarbeiter beschäftigt.

In der *Schweiz* gibt es aus der Entstehungsgeschichte heraus sowohl Beratungsstellen im Rahmen der Erziehungsdepartements der Kantone wie zentrale Studienberatung an den Hochschulen, aber auch eine Angliederung an die Psychiatrische Universitätsklinik (Basel).

In *Österreich* ist die Abteilung Studienberatung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung federführend. Die Beratung findet in den Beratungsstellen der Hochschulen statt, die Behandlung jedoch vorwiegend in Kliniken oder bei niedergelassenen Nervenärzten.

Im *Skandinavischen Raum,* vor allem in Schweden, sind in den letzten Jahren zahlreiche Beratungsstellen an den Hochschulen entstanden, die ebenfalls bei den genannten verschiedenen Institutionen angesiedelt sind.

Gleiches bringen die Berichte der Beratungsstellen der *DDR.* In den sowohl Kliniken wie Hochschulen zugeordneten Ambulatorien ist die Zahl von Studenten mit Lern- und Arbeitsstörungen ebenfalls erheblich. Motivations- und drop-out — Untersuchungen sollen hier neben Behandlung die Ursachen der Störungen klären.

Primäre Prävention in Wohnungsbau und Stadtplanung Psychosoziale Aspekte

von

Christine Mühlich-von Staden und Wolfgang Mühlich

Gliederung

1.0 **Problematisierte und erforschte Teilaspekte**

1.11 Psychosoziale Wirkungen der funktionalen Entmischung im Städtebau

1.12 Psychosoziale Effekte sozialer Entmischung

1.13 Aussiedlung aus einer vertrauten Umwelt durch Sanierung

1.14 Ausstattung mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und mit Bildungseinrichtungen

1.15 Segregation von ‚Problemgruppen'

1.16 Wohnung und wohnungsergänzender Freiraum

1.17 Wohnen im Hochhaus

1.18 Wohndichte und Pathologie

1.19 Umwelt: Orientierung und Identifikation

1.2 Zusammenfassung zu den Abschnitten 1.11 bis 1.19

2.0 **Zum Stand der Berücksichtigung sozialpsychologischer Gesichtspunkte in Wohnungsbau und Stadtplanung in der Bundesrepublik Deutschland**

2.1 Mitarbeit von Vertretern der psychosozialen Disziplinen an konkreten Projekten

2.2 Gemeinwesenarbeit

— Bemühungen um eine nachträgliche Korrektur defizitärer Lebensbedingungen

2.3 Institute und Gesellschaften

2.4 Förderung von präventionsorientierten Forschungsvorhaben und Baumaßnahmen durch Bundesministerien

3.0 **Maßnahmen**

Literatur

Die gebaute Umwelt, das heißt die Bedingungen, die durch Wohnungsbau und Stadtplanung geschaffen werden, gilt in verschiedener Hinsicht als mitwirkender Faktor bei der Entstehung und beim Verlauf psychosozialer Schäden und psychischer Erkrankungen.

Auf den ersten Blick erscheint es einfach und naheliegend, mit präventiver Zielsetzung im Bereich der Wohnungs- und Stadtplanung zu intervenieren, da hier ja ohnehin ständig geplant und verändert wird.

Das Gutachten soll

erstens einen Überblick über diejenigen Aspekte von Stadtplanung und Wohnungsbau geben, die bisher unter psychosozialen Gesichtspunkten problematisiert und erforscht wurden (1.0), und

zweitens den bisherigen Umfang präventiver Bemühungen und die Grundschwierigkeiten zeigen (2.0), und notwendige Schritte in Richtung auf eine präventiv orientierte Wohnungs- und Stadtplanung benennen (3.0).

1.0 Problematisierte und erforschte Teilaspekte

Voraussetzung präventiver Bemühungen ist, daß zwischen dem Auftreten psychosozialer Störungen und den baulichen Umweltbedingungen tatsächlich Ursache-Wirkungs-Verhältnisse oder zumindest Korrelationen feststellbar sind, aus denen sich Handlungsanweisungen für eine Verbesserung der Planungspraxis ableiten lassen. Derartige Beobachtungen, Forschungen oder zumindest Hypothesen existieren zu den folgenden Teilaspekten.

1.11 Psychosoziale Wirkungen der funktionalen Entmischung im Städtebau

Die Tendenz, verschiedene Funktionen des wirtschaftlichen und sozialen Lebens — Wohnen, Arbeiten, Verwalten, sich Erholen — in bestimmten Bereichen einer Stadt oder Region zu konzentrieren und von den anderen Funktionen so weit wie möglich zu trennen (‚reines Wohnungsgebiet', ‚Gewerbegebiet', ‚Erholungsgebiet'), ist seit dem Beginn der industriellen Epoche festzustellen. In der sogenannten ‚Charta von Athen' (Le Corbusier) wurde diese Entwicklung von namhaften Architekten und Planern aufgegriffen, als Planungsgrundsatz formuliert und seither in einer Vielzahl von Planungen realisiert. Deutlichste Manifestationen des städtebaulichen Funktionalismus sind Trabantensiedlungen und Schlafstädte wie beispielsweise das Märkische Viertel in Berlin, München/Neuperlach oder Frankfurt/Nordwest-Stadt. Die Segmentierung des individuellen Lebens, die mit der Trennung von Wohnort und Arbeitsplatz, von Wohnort und Erholungsfläche, von Arbeitsplatz und Bildungseinrichtungen verbunden ist, wird für Phänomene wie starke Entfremdungseffekte und Ich-Schwäche verantwortlich gemacht; in einer deutschen Studie scheint diese Wirkung empirisch belegt (Sofi).

Eine weitere Art der Belastung entsteht durch die zwangsläufig langen Verkehrswege zwischen Wohnort und Arbeitsplätzen, die sowohl zeitlich als auch psychisch bewältigt werden müssen.

Dies kann zum Beispiel für alte Leute, für Behinderte und für Mütter mit kleinen Kindern bedeuten, daß sie von beruflicher Tätigkeit weitgehend ausgeschlossen werden, und damit von einer wesentlichen Form der Selbstbestätigung, wenn sie die Fahrt zum Arbeitsplatz nicht leisten können.

Als Fragen formuliert, aber unseres Wissens bislang nicht empirisch untersucht, wurden die folgenden Gesichtspunkte:

1. ob die unter den Lebensbedingungen strikter Funktionsteilung dauernd notwendige Integration hochspezialisierter Rollen die Betroffenen nicht auf die Dauer psychisch überfordert, und
2. ob eine monofunktional gestaltete Umwelt — die ‚Wohnumwelt' — den dort Lebenden und vor allem den dort aufwachsenden Kindern noch die Umwelterfahrungen und Anregungen vermittelt, die sie zur Entfaltung von Interesse, Phantasie und Kreativität benötigen (Mitscherlich).

Detaillierte wissenschaftliche Untersuchungen über die sozialpsychologischen Langzeitwirkungen der Entflechtung der Lebensbereiche fehlen weitgehend.

Aus dem vorhandenen Material und den Hypothesen über pathogene Wirkungen, die bisher nicht widerlegt wurden, geht aber die Fragwürdigkeit der Funktionentrennung hervor.

Möglichkeiten zur Änderung der Planungs‚politik' mit primär-präventiver Motivation bieten sich über die Teilnahme an der kommunalen Entwicklungsplanung und Flächennutzungsplanung und bei Standortentscheidungen für Bildungs-, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen — ganz besonders bei flächenintensiven Großprojekten (Universitätsplanung, Krankenhausplanung, Stadtneugründung . . .).

1.12 Psychosoziale Effekte sozialer Entmischung

Der Terminus ‚soziale Entmischung' bezeichnet in der Stadtforschung den Prozeß, durch den sich Angehörige der verschiedenen sozialen Schichten immer reiner in jeweils eigenen Stadtvierteln oder Vorstädten konzentrieren und unter sich leben. Vorleistungen von Stadtplanung und Architektur begünstigen den Vorgang:

— die funktionale Entmischung (siehe vorigen Abschnitt) fördert zunächst das Entstehen ‚reiner Wohngebiete'; und

— die ‚Bauliche Homogenität' (eine Gefahr bei reinen Wohngebieten, bei der immer gleiche Haus- und Wohntypen in einer Preisklasse entstehen) führt zu ‚sozialer Homogenität'. (Berndt)

Ausgeprägteste Beispiele dafür sind die Surburbs amerikanischer Großstädte wie Los Angeles (Wohnquartiere, in denen aufstiegsbewußte Mittelschichtangehörige sich sozusagen freiwillig isolieren) und als Gegenbild die innerstädtischen Viertel derselben Großstädte (Wohnquartiere der sozioökonomischen Unterschicht). Tendenzen zur sozial-geographischen

Polarisierung sind jedoch auch in den Großstädten der Bundesrepublik Deutschland festzustellen.

Mit den sozialpsychologischen Wirkungen des Suburb-Lebens haben vor allem amerikanische Sozialwissenschaftler sich beschäftigt (Gans, Thoma und Lindemann, Riesman).

Sie beobachteten:

— erhöhten Anpassungsdruck und Feindseligkeit gegenüber Bewohnern, die den Statuskriterien nicht entsprechen

— Vandalismus und Destruktivität bei Kindern aus Familien, die wegen abweichenden Verhaltens eine Sündenbockfunktion innehaben

— einen Verzicht auf Selbstdarstellung im persönlichen Auftreten, der sich auffällig in nachlässiger Kleidung manifestiert und freiwilliges Sich-Abschließen vom öffentlichen Leben, das Riesman als „Verlust menschlicher Differenzierung" interpretiert.

Folgerungen

Für Interventionen zugunsten einer sozialen Mischung in Wohnbezirken gibt es zwar Argumente, es fehlt aber bislang an wirksamen Instrumenten dafür.

Die Tendenz, sich sozial zu segregieren, läßt sich — so stellt Gans fest — nicht durch administrative Maßnahmen willkürlicher Bevölkerungsmischung — durch Sozialmontage — beheben.

Im Rahmen weiterer Forschung zu psychopathogenen Wirkungen, sowohl der funktionalen als auch der sozialen Entmischung, sollten Ansätze wie die Desintegrations-Integrations-Theorie von Leighton auf ihre Anwendbarkeit auch auf Bedingungen der räumlich-physischen Umwelt überprüft werden. (Kaplan)

1.13 Aussiedlung aus einer vertrauten Umwelt durch Sanierung

Durch Sanierungen, bei denen die gesamte oder nahezu gesamte Bebauung älterer Stadtviertel abgerissen oder verändert wird, werden gleichzeitig auch die bisherigen Besucher für immer aus ihrem alten Wohngebiet vertrieben:

entweder wird das betreffende Gebiet als citynahes Gebiet ‚umgenutzt', das heißt in der Neubebauung sind nicht mehr hauptsächlich Wohnungen, sondern lediglich Büros, Geschäftshäuser und öffentliche Einrichtungen vorgesehen, oder es sind zwar Wohnungen geplant, diese werden jedoch für die ehemaligen Bewohner zu teuer.

Wie wir selbst in einer interdisziplinären Untersuchung im Sanierungsgebiet einer Mittelstadt beobachtet haben — andere Untersuchungen bestätigen das — wird durch die Sanierung ein soziales Geflecht zerstört, das sich besonders in Notfällen positiv auswirkt: (Mühlich, und Mühlich-von Staden). Verwandte, die im selben Haus wohnen, pflegen alte Leute, wenn sie krank werden; Nachbarn alarmieren im Notfall den Arzt; und Kinder versorgen ihre alten Eltern, wenn sie in der Nähe wohnen. Dieses Netz gegenseitigen auch psychologischen Beistandes muß dann durch öffentliche Leistungen ersetzt werden.

Alle uns bekannten soziologischen Untersuchungen in Sanierungsgebieten zeigen zudem, daß es sich bei den Bewohnern überwiegend um Gruppen handelt, die ökonomisch und psychosozial wenig anpassungsfähig sind: kinderreiche Familien der Unterschicht und unteren Mittelschicht; alte Leute, die von Rente und/oder von den Einkünften aus ihrem kleinen Hausbesitz leben; und Familien ausländischer Arbeiter.

Diese Gruppen werden durch die Situation eines unfreiwilligen sanierungsbedingten Umzuges und seiner Folgewirkung extrem belastet und zeigen entsprechende Reaktionen. In verschiedenen überwiegend amerikanischen Untersuchungen wurden die folgenden Wirkungen festgestellt:

1. Gramreaktionen (Depressionen) als Folge des Verlustes der vertrauten räumlichen und sozialen Umwelt.

   So hat Fried in einer beispielhaften Studie anläßlich der Sanierung im Bostoner West-End (1958/1959) 500 Personen aus insgesamt 7 500 betroffenen Familien unmittelbar vor und dann wieder 2 Jahre danach befragt. Bei der zweiten Befragung zeigte sich, „daß für die Mehrzahl derer, die aus dem Westend vertrieben wurden, das Verlassen ihrer Wohnumgebung ein schwaches oder starkes Gefühl des Verlustes beinhaltete und von affektiven Reaktionen der Trauer begleitet war." In einem Kommentar zu der Untersuchung Frieds weist Harloff darauf hin, daß sich die physischen Wohnbedingungen der ehemaligen West-End-Bewohner durch die Sanierung nicht verschlechtert, sondern tatsächlich verbessert hatten, und daß man daher „... die Verlustreaktionen kaum aus baulich oder finanziell verschlechterten Wohnbedingungen (wird) erklären können, sondern die Erklärung Frieds akzeptieren muß, daß der Verlust der räumlichen Identität — zusammen mit dem Verlust der Gruppenidentität — die beschriebene Gramreaktion erzeugte." [1])

2. Überforderung durch Anpassungsschwierigkeiten in der neuen — unfreiwillig bezogenen Wohnumgebung mit dem Risiko von Depressionen, Auslösung psychischer Krankheiten und Süchte. (Harloff)

3. Autonomieverlust und erhöhte Abhängigkeit von öffentlicher finanzieller und sozialer Hilfe durch den Verlust einer relativ kostenlosen Wohnmöglichkeit (Kleinhausbesitz), oder durch den Verlust von Einkünften aus ehemaligem Hausbesitz

[1]) Harloff verweist dazu auf eine Paralleluntersuchung von Chester Hartmann: The Housing of Relocated Families Journal of the American Institute of Planners 30 (1964; wiederabgedruckt in: James Q. Wilson (Hrsg.) Urban Renewal Cambridge (Mass.)/London, 1966, S. 299 f.

im Sanierungsgebiet, oder als Folge des Verlustes informeller Hilfsquellen in Krankheits- und Notsituationen.

Außer in unserer bereits erwähnten Untersuchung in Worms finden sich Belege dazu auch in den Beobachtungen von Foster in einem Sanierungsgebiet in Topeka/Kansas. Auf Grund seines Materials wendet sich Foster gegen die Auffassung, daß Sanierung im Sinne „sozialer Gesundung" eines Stadtviertels (Slumquartiers) die sozialen Schwierigkeiten der dort lebenden Individuen gemeint sei, dann sei der Ansatz an der Bausubstanz und an der baulichen Umwelt ein ungeeignetes Mittel der „sozialen Intervention".

4. Passivität und paranoide Reaktionen als Folgen von Ungewißheit, behördlicher Willkür und Mangel an Beteiligungsmöglichkeiten beim Sanierungsvorgang und bei der Planung der „Ausweichquartiere". (Fried, Foster)

Folgerungen

Bei Sanierungsvorhaben besteht die Tendenz, die Anpassungsfähigkeit der Betroffenen zu überschätzen und die langfristigen psychischen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgekosten zu vernachlässigen.

Das ist um so bemerkenswerter, als zahlreiche Projekte nach dem Städtebauförderungsgesetz aus staatlichen Mitteln gefördert werden. (Städtebauförderungsgesetz) Der im Gesetz vorgeschriebene „Sozialplan" beschränkte sich bisher in der Praxis — von wenigen Ausnahmen abgesehen — auf eine Feststellung der „sozialen Verhältnisse" im Sanierungsgebiet, die dann oft neben der schlechten Bausubstanz der Gebäude als weiteres Argument für eine möglichst umfassende Sanierung gelten (vgl. dazu die Aussagen von Foster) — das heißt die Koinzidenz von schlechter Bausubstanz und hoher Kriminalitätsrate wird als Beweis für die soziale Pathogenität der alten Bebauung gewertet; ein solcher Kausalzusammenhang zwischen technischer Qualität von Gebäuden und psychischer Krankheit wurde unseres Wissens jedoch bisher in keiner ökologischen Studie nachgewiesen.

Das vorliegende Material deutet vielmehr darauf hin, daß überall dort, wo banalhygienische Gründe für den totalen Abriß eines Quartiers sprechen, psychohygienische Gesichtspunkte unter Umständen für die Erhaltung bzw. für eine sukzessive Erneuerung sprechen können.

Aus psychosozialer Sicht sind im Zusammenhang mit Sanierungsvorhaben folgende Aufgaben wesentlich:

— Vermeidung der „Totalsanierungen"; statt dessen punktuelle Erneuerung unter Mitwirkung aller Beteiligten;

— Entwicklung einer psychologisch und soziologisch optimalen Erneuerungsstrategie für Sanierungsgebiete;

— Ausschöpfung der Möglichkeiten nach dem Städtebauförderungsgesetz (Sozialplan), aber mit dem Ziel, die Bewohner vor psychosozialen Schäden zu schützen;

— Gemeinwesenarbeit, mit dem Ziel, die betroffenen Bewohner zur Formulierung und aktiven Vertretung ihrer Interessen anzuregen;

— sanierungsbegleitende Betreuung durch psychosoziale Teams.

Sozialpsychologen werden, wenn sie diesen Standpunkt konsequent vertreten, gegen die kurzfristig-wirtschaftlichen Interessen argumentieren müssen, die so gut wie immer hinter großangelegten Sanierungsvorhaben stehen.

1.14 Ausstattung mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und mit Bildungseinrichtungen

Eigentlich eine banale Feststellung: In Stadtteilen, Gemeinden und in Regionen, in denen Bildungseinrichtungen und Einrichtungen für die Gesundheitsversorgung nur unzureichend vorhanden sind, werden sie entsprechend weniger in Anspruch genommen; für die gesundheitliche Situation der betroffenen Bevölkerung bedeutet das aber:

— daß Gesundheitsdienste bei harmlos scheinenden somatischen oder psychischen Beschwerden überhaupt nicht in Anspruch genommen werden,

— daß ihre Hilfe in schweren Fällen nur verspätet und sporadisch gesucht wird, und

— daß eben deshalb eine höhere Institutionalisierungsrate entsteht (Krankenhausaufnahme und Aufnahme in psychiatrische Krankenhäuser), verursacht durch den Mangel an erreichbaren ambulanten Einrichtungen — die Behandlung setzt oft verspätet, in einem verschlimmerten Krankheitsstadium ein und Nachbehandlungen müssen stationär betrieben werden, weil entsprechende Möglichkeiten am unmittelbaren Wohnort fehlen. (Gibson)

Für die Bildungssituation gilt ähnliches: Bildungsmöglichkeiten werden nicht genutzt, wenn sie außerhalb des Erfahrungsbereiches der potentiellen Nutzer angeordnet sind und wenn ihre Benutzung unverhältnismäßig hohen Einsatz (lange Anfahrwege oder gar Internatsaufenthalt) erfordert. Das Gesundheitsverhalten aber ist wiederum wesentlich abhängig vom Bildungsgrad. (Coe)

In der Infrastrukturplanung sind diese Gesichtspunkte bisher weitgehend vernachlässigt worden; selbst große Neubausiedlungen wie beispielsweise Hamburg-Norderstedt wurden ohne Berücksichtigung der Gesundheitsbedürfnisse geplant; regionale Planungen für die Gesundheitsversorgung beschränken sich fast ausschließlich auf den stationären Sektor (Schwerpunktkrankenhäuser).

Mittelstädte scheinen auf den ersten Blick gut ausgestattet, müssen aber meist ein riesiges ‚ambulantes Niemandsland' mitversorgen (Mühlich und Mühlich-von Staden). In der Praxis ebenfalls weitgehend unberücksichtigt geblieben ist der Aspekt der ‚so-

zialen Zugänglichkeit'; Behandlungsbarrieren entwickeln sich selbst bei vorhandenen Einrichtungen durch deren Programm und Image, das oft den schicht-spezifischen Lebensgewohnheiten und Kommunikationsfähigkeiten der Klienten nicht entspricht.

Die Betroffenen selbst — das haben Untersuchungen gezeigt — sind sich dieser Versorgungsmängel meist nicht bewußt. Man wird also zunächst mit ihrer Aktivität zur Verbesserung der beschriebenen Situation nicht rechnen können.

Folgerungen

Als Folgerungen für eine präventiv orientierte Infrastrukturplanung können wir nennen:

— die Intensivierung der Versorgung in den mangelgeschädigten Bereichen;

— die Einrichtung dezentraler Beratungsstellen, psychiatrischer Dienste, ambulanter Behandlungsmöglichkeiten und Pflegeeinrichtungen;

— den Abbau der Behandlungsbarrieren durch zielgruppengerechte Leistungen, Öffentlichkeitsarbeit und Fallsuche;

— die Integration der verschiedenen in einem Gebiet arbeitenden Einrichtungen und Dienste, um damit zunächst quantitative Mängel teilweise auszugleichen; und

— die Entwicklung wirksamerer Planungsinstrumente und Methoden für die regionale Verteilung und Koordination von Einrichtungen.

Mit diesen Vorstellungen vertreten wir zugleich das Konzept der ‚aktiven Institution' im Gesundheitswesen, die sich nicht mit der Behandlung und Rehabilitation Geschädigter und Kranker begnügt, sondern die Vorsorge durch Aufklärung leistet: etwa über äußere Bedingungen der sozialen und psychischen Entfaltung (Wohnraumnutzung, Bedingungen am Arbeitsplatz, Einrichtungen in Wohngebiet) oder zum Verständnis sozialer Schwäche und psychischer Krankheit.

1.15 Segregation von ‚Problemgruppen'

Die gesellschaftliche Praxis gegenüber sogenannten Problemgruppen — Bevölkerungsgruppen, die sich in ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit und in ihren Bedürfnissen von der ‚Normalgruppe' der erwerbsfähigen Erwachsenen unterscheiden: Kinder, alte Leute, geistig und körperlich Behinderte, sozial Schwache, Kranke und ganz besonders psychisch Kranke ... ist durch zwei bedeutsame Phänomene gekennzeichnet:

1. durch den weitgehenden Ausschluß der Gruppen vom ‚normalen' sozialen Leben, schlicht dadurch, daß die Verhaltens-Regeln und vor allem der baulich-räumliche Rahmen ihrer besonderen Situation nicht gerecht werden. So erweisen sich beispielsweise städtische Außenräume, öffentliche Gebäude und Wohnbauten für Gehbehinderte als unbenutzbar; (DIE ZEIT)
2. komplementär dazu durch die Produktion sozialexterritorialer Reservate — ‚Inseln der Unseligen' — in denen die Angehörigen der Gruppen ganz unter sich in einer spezialisierten kleinen Welt leben; zum Beispiel in Behindertendörfern, in Altensiedlungen nach dem Vorbild von Sun City, in geografisch isolierten Heimen und Großkrankenhäusern.

Die pathogenen Wirkungen von ‚Ausschluß' und ‚Einschluß' sind vielfach nachgewiesen:

— Resignation ‚Passivität, Lernbehinderung bis zu schwerer geistiger Behinderung als Folgen einer Einschränkung des Aktionsradius;

— Verhaltensstörungen und defizitäre Persönlichkeitsentwicklungen als Folge extremer Abhängigkeits- und Ohnmachtserfahrungen;

— Symptom — Eskalation bei psychisch Kranken, und

— beschleunigter psychisch-physischer Abbau bei alten Leuten.

Bei den sogenannten normalen Personengruppen begünstigt diese Situation gleichzeitig ein latentes Gefühl sozialer Unsicherheit, Angst und Verdrängung gegenüber Alter, Krankheit, Behinderung und ‚Pflegewut' mit oft sadistischen Untertönen.

Selbst sozialökonomisch ist dieser Sachverhalt nicht tragbar; er bedeutet unter anderem weiter eingeschränkte Leistungsfähigkeit, Kommulation von Behinderungen, stärkere Abhängigkeit von finanzieller Unterstützung und lebenslange Unterbringung in Institutionen für eine angemessene große Personenzahl.

Folgerungen

Stadtgestaltung, Architektur und kommunale Infrastrukturplanung (Institutionsplanung) schaffen den physischen Rahmen, der die soziale Integration von Problemgruppen entweder scheitern läßt oder aber fördert.

Integrative Planung als präventive Maßnahme bedeutet für die Stadtplanung:

— Verteilung wichtiger Einrichtungen zur ambulanten und teilstationären Versorgung und zur Beratung der aufgeführten Problemgruppen innerhalb der Wohn- und Mischgebiete einer Stadt (Dezentralisierung/Einbeziehung);

— Überprüfung der geltenden Standortkriterien für Krankenhäuser, Pflegeheime und für sogenannte Zentren für geistig Behinderte — vom Wald ins Wohngebiet!

— Überprüfung der sozialpsychologisch noch tragbaren Größe solcher Einrichtungen;

— Einbeziehung geschützter Wohnungen (für alte Menschen, psychisch Kranke, Alkoholiker, geistig Behinderte ...) und kommunal bereitgestellter Wohnungen für sozial schwache Familien und Einzelpersonen in die allgemeinen Wohnquartiere;

— Gestaltung gesicherter Verkehrsräume (Trennung von Fußgänger- und Fahrverkehr);

— Benutzbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel und öffentlicher Einrichtungen (Schulen, Sportstätten, Schwimmbäder, Freizeitanlagen, Verwaltungen, Rathaus, Gemeindezentren...) für alle Gruppen.

— Berücksichtigung einer Summe von Details wie zum Beispiel:

Dimensionierung von Räumen nach den Bedürfnissen körperlich Behinderter, bordsteinlose Übergänge über Straßen und stufenfreie Unterführungen (Aufzüge, Rampen), sowie akustische Ampeln...

Die Einbeziehung der Bedürfnisse (sozialen Belange) von Personengruppen, die sich in einer ‚geschwächten' Lebenssituation befinden, führt auch in der Stadtplanung zu Lösungen, die der sozialen Wirklichkeit eher gerecht werden und schafft für die sogenannten normalen Personengruppen eine Entlastung — einmal was die Umweltgefahren betrifft und zum anderen (so ist unsere Vermutung) was das Maß sozialer Unsicherheit betrifft; die latente Ungewißheit („was wird aus mir, wenn ...?") wird sich dadurch verringern.

Die Betroffenen selbst können mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung aktiv am Planungsprozeß teilnehmen — das zeigen Beispiele aus jüngster Zeit. (Die Zeit)

1.16 Wohnung und wohnungsergänzender Freiraum (Außenraum)

Aussagen und Untersuchungen zur sozialpsychologischen Wirkung von Wohnungen und wohnungsergänzenden Außenräumen zielten bisher in erster Linie auf die folgenden Gesichtspunkte:

— auf die Sozialisationschancen von Kindern in ihrer primären räumlichen Umwelt (Wohnung),

— auf innerfamiliäre Konfliktmuster und Nutzungskonflikte unter bestimmten räumlichen Bedingungen, und

— auf Chancen der Individuierung und Identitätsbildung als Voraussetzung wiederum für soziales Verhalten. (J. M. Chombart de Lauwe; Menge, Mühlich-Klinger, Mühlich; Zinn)

Als besonders belastende Faktoren für alle Altersgruppen wurden identifiziert:

— unzureichende Raumgrößen und Raumzahlen im Verhältnis zur Zahl der Personen, die eine Wohnung benutzen;

— fehlende Schallisolierung sowohl wohnungsintern als auch gegenüber anderen Wohnungen; und

— fehlende halböffentliche Außenanlagen für Spiel und Bewegung als Teil des Wohnens.

Kinder bis acht Jahre

Speziell kleinere Kinder (bis zu ca. 8 Jahren) werden in ihrer sozialen und intellektuellen Entwicklung gestört, wenn ihnen

— innerhalb der Wohnung kein ausreichend großer eigener Spielbereich (den sie auch zusammen mit Freunden benutzen können) zur Verfügung steht,

— wenn die Räume der Wohnung für sie nicht zugänglich und ‚erfahrbar' sind,

— wenn der Außenbereich für sie (der Hof, Garten, Spielplatz, Rasen ...) nicht unmittelbar und nur unter Gefahren erreichbar ist, und

— wenn der Außenbereich zudem nicht entsprechend ausgestattet ist.

Kinder über acht, Jugendliche und Erwachsene

Größere Kinder, Jugendliche und Erwachsene benötigen nach übereinstimmenden Aussagen jeweils einen eigenen störungsabgeschirmten, individuell zugänglichen Raum für die Entfaltung einer stabilen psychisch-sozialen Ich-Identität. (Mitscherlich)

Diese Individualbereiche müssen ergänzt werden durch einen für alle Familienmitglieder zugänglichen, ausreichend großen Gruppenbereich. [1])

In einer zu engen Wohnung kann kein angemessener Interessenausgleich zwischen Eltern und Kindern stattfinden: „Je lebhafter die Kinder und je enger die Wohnverhältnisse sind, um so mehr gleicht die Reaktion der Eltern einem Notwehrverhalten, bei dem sie das Kind nur noch als Störenfried wahrnehmen, den sie sich mit willkürlichen Strafaktionen vom Halse zu halten versuchen." (Zinn)

Die zwangsläufige Konfliktverschärfung und das wohnungs-bedingte Übermaß sozialer Kontrolle kann zum Auslöser für psychische Erkrankungen und für dissoziales Verhalten werden; Kinder und Erwachsene, denen kein eigener Bereich zur Verfügung steht, können überdies Bildungs- und Arbeitschancen nicht wahrnehmen.

Auf die Praxis haben derartige Einsichten bislang kaum gewirkt:

— Die Normen des sozialen Wohnungsbaus sehen noch immer vor, daß 1 Raum mit ca. 12 qm von zwei Kindern bewohnt wird;

— die Wohngeldrichtlinien benachteiligen größere Familien, wenn sie eine ihrer Personenzahl angemessene Wohnfläche (qm) bewohnen wollen. (Meyer-Ehlers)

Am problematischsten aus psychohygienischer Sicht sind die Wohnverhältnisse von Familien aus der sozioökonomischen Unterschicht, die ohnehin in vielfacher Hinsicht als Risikofamilien gelten müssen. (Bolman)

Folgerungen

Sozialpsychologische Erkenntnisse über Wohnungsbedürfnisse sollten verstärkt in Sozialpolitik und Planung berücksichtigt werden. Konkret sind nach dem Stand der Einsichten folgende Maßnahmen zu fordern:

[1]) konkrete Planungsvorschläge dazu finden sich u. a. in Nursy und bei Haseloff et al.

— Wohnung und wohnungsergänzender Außenraum müssen bei der Planung stärker als komplementäre Einheit betrachtet werden, und zwar ganz besonders dann, wenn aus ökonomischen Gründen eine Vergrößerung der Wohnungsflächen nicht ausreichend realisiert werden kann.

— Die Schallschutzvorschriften sowohl für wohnungsinterne Wände als auch für Wohnungstrennwände und Außenwände sind zu verschärfen und ihre Einhaltung ist durchzusetzen.

— Wohnungen in den unteren beiden Stockwerken von Geschoßbauten sollten für Familien mit kleineren Kindern, Wohnungen in den beiden darüberliegenden, für Familien mit älteren Kindern reserviert werden.

— Bei Planungen, bei der Vergabe von Zuschüssen zu Bauvorhaben und bei der Bemessung von Wohngeldzuschüssen ist davon auszugehen, daß jede einzelne Person einen eigenen Individualbereich benötigt.

Derartige Vorschläge haben nur dann Aussicht auf Wirkung, wenn sie von ökonomischen und sozialpolitischen Maßnahmen begleitet sind.

1.17 Wohnen im Hochhaus

Sowohl von medizinischer als auch von sozialpsychologischer Seite liegen gegen das Hochhaus als Wohnform eine Reihe fundierter Bedenken vor, so daß fast von einer Disziplin der ‚Hochhauskritik' gesprochen werden kann.

Die sozialpsychologischen Argumente zielen auf folgende Aspekte:

1. auf die negative psychologische Wirkung des Außenraumes zwischen Hochhäusern, vor allem auf Kinder, die auf diesen Außenraum als wohnergänzende Spiel- und Freizeitfläche angewiesen sind; (Freund)

2. auf die Einschränkung des Außenraumkontaktes der Kinder, was sich in folgenden Sachverhalten manifestiert:

2a qualitative Reduzierung (Ruf-Sicht-Kontakt) — die Beaufsichtigung des Kindes durch die Mutter wird nahezu unmöglich; Gegensprechanlagen sind oft die einzige Kommunikationsmöglichkeit

„Ist das Kind sich der Möglichkeit sofortiger Kontaktaufnahme bewußt, so kann auf tatsächlichen Kontakt länger verzichtet werden als im Falle der Kontakteinschränkung, wo Unsicherheit in Angst umschlagen kann." (Freund)

2b quantitative Reduzierung (Frequenz der Außenraumkontakte).

Eine schwedische Untersuchung zeigte, daß Kinder aus 3—4 geschossigen Wohnblöcken täglich ca. 1 Stunde länger im Freien waren und doppelt so oft das Haus verließen als Kinder aus Hochhäusern.

Dieser Aspekt wurde von Herlyn bei Untersuchungen in Hochhaussiedlungen mehrerer deutscher Großstädte belegt. (Herlyn)

3. auf epidemiologische Beobachtungen, nach denen psychoneurotische Symptome und Entwicklungsstörungen bei Erwachsenen und Kindern mit der Wohnhöhe deutlich zunehmen; (Fanning) und

4. darauf, daß für alte Bewohner im Hochhaus die Gefahr der Vereinsamung und die Behinderung durch den Ausfall technischer Einrichtungen (Aufzug) besonders groß ist.

Folgerungen für die primäre Prävention

Auch wenn, wie in weiteren Untersuchungen zu klären ist, die Wohnbedingungen im Hochhaus nicht monokausal, sondern kumulativ zusammen mit anderen Faktoren an der Entstehung der beobachteten Störungen und Krankheiten beteiligt sind, ergeben sich aus dem vorhandenen Material eine Reihe von Ansatzpunkten für primär-präventive Maßnahmen:

— wirksame Beschränkungen für das Bauen weiterer Hochhäuser — hauptsächlich durch kommunale Beschlüsse und durch die Verweigerung öffentlicher Mittel für den Hochhausbau.

— Auflagen für die Nutzung der Stockwerke in Hochhäusern (oben Büros, unten Wohnungen. . .) [1])

Psychologische Wohnberatung im Rahmen der Erziehungs- und Familienberatung, die auf die schädigenden Wirkungen für die jeweiligen Altersstufen hinweist, gekoppelt mit einem Programm zur Beschaffung geeigneter Wohnungen für hochhausgefährdete Familien und Einzelpersonen (in erster Linie alte Leute und Suizidgefährdete).

1.18 Wohndichte und Pathologie

Eine Korrelation zwischen ‚Wohndichte' und psychosozialen Störungen — wie extrem agrressives und konfliktorientiertes Verhalten, weitgehender Rückzug aus der Gesellschaft, sexuelles Fehlverhalten, Vernachlässigung der Jungen durch ihre Mütter ist von einer Reihe von Autoren in Tierstudien nachgewiesen und zum Teil auch für die menschliche Gesellschaft postuliert worden (Calhoun, Wynne-Edwards). Über die Auswirkungen zu hoher Wohndichte auf den Menschen ist bisher zwar viel geschrieben worden, es gibt jedoch nur wenige gründliche wissenschaftliche Untersuchungen darüber.

Ein amerikanischer Autor (Schorr) kommt zu dem Schluß, daß Überbevölkerung folgende Wirkungen hat:

„Eine Selbsteinschätzung, die zu Pessimismus und Passivität führt; Streßsituationen, an die sich das Individuum nicht anpassen kann; schlechte Gesundheit; ständige Unzufriedenheit; Vergnügen in Gesellschaft, jedoch nicht im Alleinsein; Zynismus gegen Mitmenschen und Organisationen; einen hohen

[1]) „Nach dem derzeitigen Stand der Erkenntnisse gibt es keine medizinisch-gesundheitlichen Gründe, die für das Wohnen in Hochhäusern — oberhalb des 5. Geschosses — sprechen." — Resolution No. 2 der 10. Fachtagung ‚Wohnen und Gesundheit'.

Grad an sexueller Stimulation ohne die Möglichkeit legitimer Befriedigung; Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung und Kindererziehung. . ."

Andere Autoren kommen dem gegenüber zu dem Ergebnis, daß sich ein Zusammenhang zwischen hoher Bevölkerungsdichte und pathologischem Verhalten nicht eindeutig beweisen läßt.

Der bislang weitgehendste Versuch, einen solchen Zusammenhang doch herzustellen, hat eine amerikanische Soziologengruppe (Galle, Grove, McPherson) in Chicago unternommen. In einer statistischen Analyse überprüfte die Gruppe, welcher Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren pathologischen Verhaltens (Sterblichkeit, Geburtenziffer, unzureichende elterliche Fürsorge beziehungsweise Abhängigkeit von Jugendlichen von der öffentlichen Fürsorge, psychische Störungen, repräsentiert durch die Zugangsrate zu Nervenkliniken) und den vier Komponenten eines Dichtewertes besteht:

— Personen pro Zimmer,

— Räume pro Wohnung (von den Autoren als interpersonelle Dichte bezeichnet), und

— Wohneinheiten pro Gebäude, sowie

— Gebäude pro acre.

Die Untersuchung ergab, daß für alle Indikatoren ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen pathologischem Verhalten und Dichte besteht. Die wichtigste Komponente des Dichtewertes war dabei die Anzahl der Personen pro Zimmer, die zweitwichtigste Komponente war die Anzahl der Personen pro Wohngebäude.

Hervorzuheben sind die Beobachtungen, daß die Anzahl der Wohnungen pro Wohngebäude auf die Kriminalitätsrate mehr Einfluß hat als auf die anderen Indikatoren, und daß der Indikator ‚Zugangsrate zu Nervenkliniken' in hoher Korrelation stand zu der Zahl der Personen, die allein leben (beispielsweise in 1-Zimmer-Appartements).

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß Sozialwissenschaftler die Überbevölkerung als auslösenden Faktor von pathologischem Verhalten stärker berücksichtigen sollten. Über die Ursachen der festgestellten Korrelationen stellen sie eine Reihe von Vermutungen an, raten jedoch sehr zur Vorsicht, da sich nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung durch eine Analyse auf ökologischer Ebene kein direkter Kausalzusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und verschiedenen pathologischen Verhaltensformen beweisen ließe.

Bedeutung für die primäre Prävention

Bei aller Vorsicht bleiben zumindest drei Aspekte, die unter präventiven Gesichtspunkten stärkere Aufmerksamkeit als bisher verdienen:

1. Die Belegungsdichte von Wohnungen — die Wohngeldbemessung, die Normen des sozialen Wohnungsbaus und die kommunale Obdachlosenpolitik sollten dafür eingesetzt werden, eine finanziell bedingte Überbelegung der Wohnungen zu verhindern. (vgl. dazu auch Abschnitt 1.16)
2. Der Bau von kompakten Wohnanlagen mit einer hohen Zahl an Wohneinheiten sollte nur mit sozialpsychologischer Beratung und Planungsbeteiligung zugelassen werden.
3. Häufungen von Wohnungen eines Typs (Ein-Personen-Appartements) sind zu vermeiden; auch wenn zugrundegelegt wird, daß nicht die Ein-Personen-Wohnung an sich psychische Krankheit erzeugt, sondern daß sie unter Umständen von Menschen bevorzugt wird, die eine Disposition zu psychischer Krankheit haben, muß der kommulative Effekt berücksichtigt werden.

Bedauerlicherweise sind diese Ansätze bislang nicht quantifiziert worden, das heißt, es gibt keine sozialpsychologisch fundierten Aussagen dazu, bei genau welcher Belegungsdichte, Zahl der Wohnungen je Wohnungsgebäude oder bei welchem Grad der Typen-Monotonie die Wahrscheinlichkeit pathologischen Verhaltens sprunghaft wächst. Eine Schwierigkeit liegt zunächst darin, daß die Dichtetoleranz anscheinend kultur- und gruppenspezifisch variiert, so daß sich beispielsweise aus einer amerikanischen Untersuchung keine für die BRD direkt gültigen Schlüsse ableiten lassen. (Hall)

Das ist jedoch kein Grund zur Kapitulation, sondern eher ein Anstoß zu verstärkter Forschung auf nationaler Ebene.

1.19 Umwelt: Orientierung und Identifikation

Die Bedeutung topographischer Orientierung und Identifikation mit der sinnlich erfaßbaren Umwelt für das psychosoziale Wohlbefinden ist vielfach betont nachgewiesen worden.

Mangelhafte Orientierungsqualitäten der Stadt- und Wohnumwelt, die sich darin zeigen, daß sich die Benutzer auch nach längerer Zeit nicht auskennen, sich nicht zurechtfinden — daß Kinder etwa ihre eigene Haus- und Wohnungstür nicht wiederfinden — begünstigen Bewegungsunlust und einen psychisch risikoreichen Rückzug aus der Umwelt.

Zuverlässige Orientierung scheint an zweierlei gebunden:

— an das Vorhandensein eines Wegenetzes, dessen Verlauf und Verknüpfungen leicht erfaßbar sind, und

— an die Existenz von markanten Punkten, Strecken und Räumen innerhalb des Wegenetzes, die von ihrer Form und ihrem Inhalt her zur Symbolbildung und zur emotionalen Besetzung herausfordern. (Lynch)

Überdies scheinen Umweltinteresse und emotionales Involvement direkt vom Grad der Komplexität (Mehrdeutigkeit) der Umwelt abzuhängen; stark vereinfacht: je einschichtiger, eindeutiger, banaler die Elemente der Umwelt gestaltet sind, desto weniger Interesse und Lernfreude erwecken sie. (Rapoport und Kantor)

Die Ergebnisse anderer psychologischer Experimente deuten darauf hin, daß das Wohlbefinden des Menschen in einer bestimmten räumlichen Umgebung davon abhängt, wie er sich mit seiner Körpergröße

und seiner Bewegungsart in dieser Umgebung ‚organisieren', das heißt zu ihr Beziehungen setzen kann.

Damit sind nur einige Punkte erwähnt. Festzuhalten ist, daß Umweltgestaltung weder ausschließlich eine Frage des individuellen Geschmacks noch der technischen Funktionsfähigkeit der Verkehrswege, Freiräume und der Gebäude ist, aus denen sich die gebaute Umwelt zusammensetzt. Sorgfältigere, detailreichere Gestaltung ist aber gleichbedeutend mit planerischem Mehraufwand, der mit Hilfe sozialpsychologischer Argumente durchgesetzt werden muß.

1.20 Zusammenfassung

Die Materialsichtung entkräftet zunächst das Argument, daß für primäre Prävention im Bereich der Wohnungs- und Stadtplanung keinerlei Grundlagen vorhanden seien: in verschiedener Hinsicht weist das vorhandene Material jedoch eklatante Mängel und Lücken auf:

1. Ein grundsätzliches Problem liegt darin, daß die Entstehung psychosozialer Störungen nicht monokausal zu erklären ist.

   Bei den festgestellten oder postulierten Zusammenhängen stellt die gebaute Umwelt nur einen Faktor dar, dessen Gewichtung oft nicht eindeutig möglich ist. Darin liegt zwar zunächst ein Hindernis für die direkte Umsetzung im Planungsfall — aus der Erkenntnis der Multikausalität muß jedoch abgeleitet werden, wie dringlich multidisziplinäre Ansätze sind, die die verschiedenen Entstehungs- und Auslösungskomponenten in Forschung und Planung koordiniert erfassen.

2. Die Aussagen zu den verschiedenen Aspekten sind unterschiedlich weit konkretisiert; dadurch ist es unterschiedlich schwierig, aus den vorliegenden Erkenntnissen handfeste Maßnahmen abzuleiten. Insbesondere aber sind die Aussagen noch kaum quantifizert worden: dem Material der Untersuchungen über Wohndichte und Pathologie beispielsweise ist nicht zu entnehmen, bei genau welcher Dichteziffer pathogene Effekte zu erwarten sind.

   Hier ist der Mut zum Dilettantismus — zum disziplin-überschreitenden Formulieren von quantifizierten und konkretisierten Arbeitshypothesen gefordert. (Bahrdt)

3. Kosten-Nutzen-Analysen und makroökonomische Überlegungen, wie sie im Bereich der übrigen Hygiene (etwa als Grundlage für die Einführung bestimmter Vorsorgemaßnahmen) schon seit langem üblich sind, fehlen in der Forschung im psychosozialen Bereich; dieser Mangel verhindert bislang, daß kurzfristig ökonomisches Denken in Wohnungsbau und Stadtplanung zurückgedrängt und Kosten-Nutzen-Modelle unter psychohygienischen Gesichtspunkten neu definiert werden.

4. Die verschiedenen Aspekte wie zum Beispiel psychosoziale Wirkungen der Wohnung, soziale Segregation, zu hohe Bevölkerungsdichte, ... die getrennt voneinander erforscht werden und hier auch aus Gründen der Übersicht separat dargestellt wurden, treten in der Praxis überwiegend kombiniert auf. Daraus läßt sich ableiten, daß die isolierte Betrachtung einzelner Aspekte beispielsweise durch „Dichtespezialisten" oder „Wohnspezialisten" vor allem bei konkreten Planungsaufgaben der Komplexität der Sachverhalte nicht gerecht werden kann.

2.0 Zum Stand der Berücksichtigung sozialpsychologischer Gesichtspunkte in Wohnungsbau und Stadtplanung in der Bundesrepublik Deutschland

Zur Beurteilung des Standes der Realisierung psychosozialer Gesichtspunkte in der Planungspraxis haben wir folgende Indikatoren gewählt:

1. Häufigkeit und Intensität der Mitarbeit von Sozialpsychologen (Psychoanalytikern, Psychotherapeuten, Psychiatern, Psychologen oder Soziologen mit sozialpolitischem Engagegment) an konkreten Projekten.
2. Häufigkeit und Intensität von Bemühungen um eine Korrektur der Lebensbedingungen in bereits fertiggestellten Neubauquartieren oder Altbaugebieten.
3. Zahl, Kapazität und Leistungen von interdisziplinären Institutionen, die sich mit pschohygienischen Gesichtspunkten in Wohnungsbau und Stadtplanung beschäftigen.
4. Die Berücksichtigung psychosozialer Gesichtspunkte bei Modellvorhaben und Forschungsaufträgen des Bundes.

Zu keinem dieser Indikatoren existiert bisher eine zusammenhängende Dokumentation; unsere eigenen Recherchen litten zwar unter zeitlichen Restriktionen, das vorliegende Material gibt aber einen nach unserer Erfahrung repräsentativen Einblick.

2.1 Mitarbeit von Vertretern der psychosozialen Disziplinen an konkreten Projekten

Hierzu interessierten uns in erster Linie typische Arbeitssituationen und Arbeitsprobleme. Einmal stand uns dafür Material aus eigenen Arbeiten und Beobachtungen zur Verfügung und zusätzlich wählten wir für eine kurzfristige Befragung 14 Fachleute aus, von denen 6 tatsächlich Aussagen machen konnten (7 haben wir nicht erreicht, einer war bisher noch nicht praktisch tätig); insgesamt wurden 12 Projekte erfaßt.

Wir stellten Fragen nach der Art der Aufgabenstellung, der Form der Beteiligung, den spezifischen Zielen, die die Betreffenden ihrer Arbeit zugrundegelegt hatten, der konkreten Wirkung, die die Mitarbeit gezeigt hat, und nach der empfundenen Unzufriedenheit während der Mitarbeit.

Beteiligungsform

Es dominiert die Form der Gutachter- oder Berater-Tätigkeit einzelner Experten mit den dafür typischen Schwierigkeiten:

— nur geringe Beteiligung am Gesamt-Arbeitsvorgang des Projekts und Isolierung von den übrigen Bearbeitern; das erschwert eine Integration der Vorschläge des Gutachtens;

— Unverbindlichkeit der Vorschläge, die sich nur durch erhöhtes persönliches Engagement des Gutachters überwinden läßt;

— Alibifunktion: die Bestellung eines Gutachtens dient allzuoft lediglich der Demonstration planerischer Sorgfalt oder der Beruhigung des kommunalen Gewissens;

— Schwierigkeiten beim Finden geeigneter Abstraktionsniveaus für die Rezeption.

Die Tücken der Gutachterrolle treiben die Beteiligten oft zum frustrierten Rückzug aus der Planungspraxis; die für die Gutachterarbeit charakteristische sporadische, diskontinuierliche Betätigung in einem interdisziplinären Arbeitsfeld verhindert darüber hinaus, daß ein gegenseitiger Einarbeitungsprozeß (zwischen den Vertretern der psychosozialen Disziplinen und den Vertretern der planerisch-technischen Fachgebiete) stattfindet, aus dem befriedigende Ergebnisse zu erwarten wären.

Ähnlich ist die Situation als freier Mitarbeiter zu beurteilen.

Erfolgsbedingungen

Grundsätzlich besteht die Tendenz, kurzfristig-ökonomischen und technischen Argumenten, die wie in Teil 1 dargestellt, oft negative psychohygienische Auswirkungen nach sich ziehen, den Vorrang vor sozialpsychologischen Gesichtspunkten zu geben. Wie stark psychosoziale Aspekte bei Planungen ins Gewicht fallen, und realisiert werden, hängt einerseits von den politischen Randbedingungen des jeweiligen Projekts ab (vom Grad der Mobilisierung der öffentlichen Meinung, von der politischen Zugkraft eines Vorhabens, von der Konfliktfähigkeit einer betroffenen Bevölkerungsgruppe [1]). Andererseits steigen die Umsetzungschancen dadurch, daß die Vorschläge eines Gutachtens sehr weit konkretisiert werden; das zeigt der Erfolg eines Projektes im Wohnungsbau. (Nursy)

Voraussetzung dazu ist allerdings, daß das Gutachten bereits von Anfang an in interdisziplinärer Zusammenarbeit entsteht. Das scheitert in der Praxis meist daran, daß es eine zeitaufwendige Arbeit ist, für deren Finanzierung der Auftraggeber nur ungern Mittel zur Verfügung stellt — von den Kosten für den Realisierungsmehraufwand ganz zu schweigen.

Tendenzen

Bei Wettbewerbspreisgerichten nehmen zunehmend auch Sozialwissenschaftler teil. Ihre Mitwirkung beschränkt sich dabei auf die Ausarbeitung der Wettbewerbsbeschreibung und auf die Mitbeurteilung der Arbeiten. Dabei tritt die bereits in Abschnitt 1.2 angesprochene Schwierigkeit auf, sozialpsychologische Überlegungen in griffige, überprüfbare Planungskriterien zu übersetzen.

Im Bereich der Sanierungsplanung nach dem Städtebauförderungsgesetz zeichnet sich bei ‚Sozialplanern' die Tendenz ab, auf der Grundlage persönlichen Engagements über die Bestandsaufnahme der sozialen Situation hinaus, Bürgerbeteiligung mit präventivem Charakter in Gang zu setzen.

2.2 Gemeinwesenarbeit-Bemühungen um eine nachträgliche Korrektur defizitärer Lebensbedingungen

Die Zahl der Projekte in Gemeinwesenarbeit, Sozialarbeit und vereinzelt auch in Gemeinde-Psychiatrie, in denen es um die nachträgliche Formulierung und Durchsetzung von sozialen Bedürfnissen geht, die in Wohnungsbau, Stadtplanung und Kommunalpolitik auf Grund der einseitigen Interessen- Repräsentation und Interessenbewertung nicht berücksichtigt wurden, ist im Wachsen begriffen. [1])

Thematische Schwerpunkte sind:

— Die Verbesserung der Lebensbedingungen in Neubaugebieten und Stadtrandsiedlungen (Märkisches Viertel, München Hasenbergl-Nord); hier dominieren die Probleme fehlender Einrichtungen zum öffentlichen Gebrauch, der Wohnungsqualität und der sozialen Integration.

— Die Verbesserung der Situation von Randgruppen — speziell von Obdachlosen.

— Bürgerbeteiligung und Bürgerinitiativen in Sanierungsgebieten.

Von den Zielsetzungen (Mitbestimmung bei der Lösung sozialer Probleme und Demokratisierung von Planung) und von der Form her (Hilfestellung zur Selbstorganisation, Hilfen zur Emanzipation, Bearbeitung der Ursachen von Konflikten) haben diese Bemühungen primär-präventiven Charakter. (Höbel und Seibert)

Wegen der immensen Hindernisse und der bisherigen Mißerfolge bei der Berücksichtigung psychosozialer Gesichtspunkte in der Planung bieten sich Gemeinwesenarbeit und Sozialarbeit daher auf den ersten Blick als praktikable Alternative an; tatsächlich handelt es sich jedoch eher um eine Art präventive Notbremse, bis zu deren Wirksamwerden die Betroffenen jahrelang schädigenden Bedingungen ausgesetzt bleiben. Zu fordern ist deshalb nicht eine Vernachlässigung präventiver Planungsarbeit zugunsten verstärkter Gemeinwesenarbeit, sondern die gleichzeitige Entwicklung beider Gebiete im Bereich der Gemeinwesenarbeit. Es müssen im übrigen Verfahren und Methoden entwickelt werden, durch die ein frühzeitiger ‚Einstieg' (Planungsintervention mit

[1]) vgl. dazu auch Offe.

[1]) B. Höbel, pers. Mitt.: Die Zahl der Projekte ist nicht zu überschauen; hierzu sei auf die Bibliografie ‚Bürgerinitiativen und Partizipation' — Sozialpädagogische Informationen des pädagogischen Zentrums Berlin, Stand 1973, hingewiesen.

Basiserfahrung) in eine psychosozial schädigende Situation möglich wird.

2.3 Institute und Gesellschaften

Die im psychosozial-präventiven Bereich forschenden und planenden Institute lassen sich an einer Hand aufzählen:

— Die ‚Deutsche Gesellschaft für Wohnungsmedizin' in Baden-Baden bearbeitet das Gebiet ‚Wohnen und Gesundheit' speziell die Beziehung zwischen Wohnhausformen und Gesundheit und Raumklimafragen; psychohygienische Aspekte werden in diesem Zusammenhang berührt, stehen aber nicht im Mittelpunkt. Die Gesellschaft kooperiert hauptsächlich mit Teilzeit-Mitarbeitern und Universitätsinstitutionen; sie verfügt selbst nicht über eine eigene Arbeitsgruppe. [1]) Eine Umfrage der Gesellschaft bei Ordinarien des Faches Psychologie nach Aktivitäten speziell auf dem Teilgebiet Wohnungspsychologie erbrachte, daß sich in der BRD offensichtlich nur zwei oder drei Ordinarien damit beschäftigen.

— Das Institut ‚Wohnen und Umwelt' in Darmstadt verfügt über zwei sozialwissenschaftliche Mitarbeiter, die sich aktiv mit Forschung und zum Teil auch mit psychosozial orientierter Planung beschäftigt haben. Die gegenwärtigen Arbeitsschwerpunkte des Instituts liegen jedoch, soweit wir erfahren konnten, in anderen Bereichen und auf einer eher theoretischen Ebene. Der Rückzug eines prominenten Sozialpsychologen und Psychoanalytikers aus dem Institutsvorstand hat in diesem Zusammenhang sicherlich auch Symbolcharakter.

Darüber hinaus ist uns lediglich noch bekannt, daß sich ‚Sofi' und ‚Datum' um sozialpsychologische Ansätze bemüht haben.

2.4 Förderung von präventionsorientierten Forschungsvorhaben und Baumaßnahmen durch Bundesministerien

Das Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau hätte die Möglichkeit, sowohl bei seinen Demonstrationsprojekten, als auch durch die Vergabe von Forschungsmitteln, psychosozialen Aspekten größeres Gewicht zu geben. Eine Sichtung der Schriftenreihen, die das Ministerium zu den geförderten Projekten herausgibt, zeigt aber, daß hier ein Defizit besteht. Die einzige uns bekannte Ausnahme stellt ein Beitrag zur Bau- und Wohnungsforschung dar, der soziologische und sozialpsychologische Argumente für eine gezielte Anhebung des Nutzwertes von Wohnungen enthält. (Menge, Mühlich — Klinger, Mühlich,)

Ob das Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit sich stärker engagiert hat, müßte durch eine Anfrage geklärt werden, die uns in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht mehr möglich war.

[1]) v. Halle-Tischendorf, persönliche Mitteilung

3.0 Maßnahmen

Abschließend benennen wir schwerpunktartig einige Maßnahmen zur Intensivierung primärpräventiver Arbeit in Wohnungsbau und Stadtplanung.

Forschung

Im Bereich der Grundlagenforschung gilt es vor allem, die Rezeption und Verarbeitung bereits vorliegender Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus dem In- und Ausland zu verbessern. Als ersten Schritt dazu schlagen wir vor, eine zentrale Dokumentation über die bislang verstreuten Materialien und Informationen, über laufende Projekte mit präventiver Zielsetzung in Planung und Gemeinwesenarbeit (vgl. Abschnitt 2.2) sowie über Manpower und Ausbildungskapazitäten aufzubauen.

In weiterführenden, auf die spezifischen Bedingungen in der Bundesrepublik Deutschland zugeschnittenen Untersuchungen müssen dann sozialpsychologisch fundierte Planungskriterien entwickelt werden, die sich unmittelbar anwenden lassen.

Das gilt ganz besonders für die folgenden Aspekte:

— Für die Frage der Mischung oder Entmischung städtischer Funktionen (vgl. Abschnitt 1.11); dazu sind Handlungsanweisungen für die kommunale Flächennutzungsplanung wichtig — etwa in Form eines Leitfadens mit Mischungsbeispielen.

— Für die Problematik der sozialen Entmischung (vgl. Abschnitt 1.12): hier muß im Bereich zwischen laissez — faire und Sozialmontage nach Steuerungsinstrumenten und nach integrationsfreundlichen Stadtstrukturen gesucht werden.

— Für die Planung von Wohnungen und Wohnaußenbereichen (vgl. Abschnitt 1.16), wo sozialpsychologische Erkenntnisse in Grundrißtypen umzusetzen sind und wo soziale Schäden durch ungeeignete Wohnungen in ein Kosten-Nutzen-Modell des Wohnungsbaus mit einbezogen werden müßten.

— Für die Wohndichte-Problematik (vgl. Abschnitt 1.18)

Umsetzung

Zur Zeit fehlen weitgehend die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für eine breitere Realisierung psychosozialer Gesichtspunkte bei konkreten Projekten. (vgl. Abschnitt 2.1) Wir schlagen deshalb vor, ein bis zwei interdisziplinäre Pilot-Teams zu bilden, die über mehrere Jahre kontinuierlich an verschiedenen Projekten zusammenarbeiten. Beispielsweise für folgende Aufgaben:

— Bearbeitung ausgewählter Projekte aus Wohnungsbau und Stadtplanung, wobei möglichst viele der in Abschnitt 1.1 dargestellten Faktoren berücksichtigt werden sollten;

— Beratung

— Begutachtung von Projekten unter psychosozialen Gesichtspunkten, um über deren finanzielle Förderung — etwa als Modellvorhaben — zu entscheiden.

Institut

Als Operationsbasis für diese Teams, als zentrale Dokumentations- und Informationsstelle und als Forschungskoordinator sollte ein Institut („Institut für psychosoziale Prävention in Wohnungsbau und Stadtplanung") aufgebaut werden. Sinnvoller Standort wäre eine Universitätsstadt, in der sowohl medizinische und sozialwissenschaftliche als auch planerisch-technische Fachrichtungen vertreten sind.

Ausbildung/Manpower

Das vorhandene personelle Potential für interdisziplinäre Kooperation läßt sich nicht exakt bestimmen. Charakteristisch für die benötigte Qualifikation ist, daß sie zwar auf fachspezifischer Grundlage (Soziologie, Psychologie, Architektur/Stadtplanung) aufbaut, im wesentlichen aber durch interdisziplinäre Arbeitserfahrungen vermittelt wird. Wir schlagen deshalb vor, im Rahmen sowohl der sozialwissenschaftlichen als auch der ‚technischen' Studiengänge sogenannte interdisziplinäre Workshops zu veranstalten, in denen zu konkreten Fragestellungen gemeinsame Lösungen erarbeitet werden. [1]) Für disziplinüberschreitende Arbeiten sollte eine größere Zahl von Studien- und Graduierten-Stipendien zur Verfügung stehen.

In der Gemeinde

Auf Gemeindeebene ist eine stärkere Kooperation zwischen der planenden Verwaltung und den in der medizinischen, psychiatrischen und sozialen Versorgung arbeitenden Berufsgruppen notwendig, um lokaltypische Risikofaktoren im psychosozialen Bereich aufzudecken und zu berücksichtigen.

Es wäre zu überprüfen, ob nicht zumindest in Großstädten für diese Aufgabe psychosoziale Teams eingerichtet werden können. Als langfristige Lösung bietet sich die Integration solcher Teams in psychiatrische Gemeindezentren oder in größere Einheiten zur ambulanten Versorgung (‚integrierte Gruppenpraxen') an.

[1]) Derartigen Veranstaltungen kommt auch in der Weiterbildung eine wichtige Funktion zu; vgl. dazu Foley und Lacy.

Literatur

Zu Abschnitt 1.11

Berndt, H.: Ist der Funktionalismus eine funktionale Architektur? Soziologische Betrachtung einer architektonischen Kategorie in: Berndt, H. et al.: Architektur als Ideologie Frankfurt/M. 1968

Lecorbusier/Ciam: Charta von Athen in: Conrads, U. (Hrsg.): Programme und Manifeste zur Architektur des 20. Jahrhunderts. Berlin/Frankfurt/Wien 1964

Mitscherlich, A.: Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden. Frankfurt/Main 1965

„SOFI"-Studie: Schumpp, M. et al.: Verflechtung Universität—Stadt. Kurzfassung eines Gutachtens zur Universitäts-Neugründung in Bremen, erstattet vom Soziologischen Forschungsinstitut Göttingen e. V. (SOFI) Bauwelt 30, 1969 S. 1006 f.; darin wird auf eine seinerzeit noch unveröffentlichte Untersuchung der Ärztlich-Psychologischen Beratungsstelle der Universität Göttingen (J. Schaltenbrandt) hingewiesen, die die erwähnten Ergebnisse hatte.

Zu Abschnitt 1.12

Berndt, H.: op. cit.

Gans, H. J.: Die Levittowner. Soziographie einer ‚Schlafstadt'. Gütersloh/Berlin 1969

ders.: Planning and social life Journal of the American Institute of Planners 27 (1961) S. 134—140

ders.: The Balanced Community ibid. 1961 S 176—184

(die letzten beiden Titel beschäftigen sich mit der Frage, wie soziale Mischung zu erreichen sei)

ders.: The Urban Villagers. Glencoe 1962

Jacobs, J.: Tod und Leben großer amerikanischer Städte. Berlin 1963

Kaplan, B. (Hrsg.): Psychiatric Disorder and the Urban Environment. New York 1973

Riesman, D.: The Suburban Dislocation in: The Annals of the American Academy of Political and Social Science, Vol. 314: Metropolis in Ferment. Philadelphia 1957

Thoma, L. und Lindemann, E.: Newcomers' Problems in a Suburban Community. Journal of the American Institute of Planners 27 (1961)

Zu Abschnitt 1.13

Foster, D. L.: A Psychiatrist looks at Urban Reneval. Journal of the National Medical Association Vol. 62, März 1970 S. 95—101

Fried, M.: Grieving for a Lost Home in: Duhl, L. (Hrsg.): The Urban Condition. New York 1963

Harloff, J.: Psychologische und soziologische Aspekte der Wohnsanierung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25, Heft 1, 1973 S. 75—90

Mühlich, W. und Mühlich-von Staden, Ch.: Planung für die Gesundheitsversorgung als Teilbereich der Stadtplanung Diplomarbeit am Städtebaulichen Institut der Universität Stuttgart, 1972; darin: Abschnitt 3.0 Fallstudie Worms — eine Zusammenfassung einiger Aufsätze; daraus ist erschinen in: Bauwelt 23, 1973 S. 1027 bis 1030

Sanierung — für wen? — eine Textsammlung, herausgegeben vom Büro für Stadtsanierung und soziale Arbeit Berlin-Kreuzberg. Berlin 1970

Städtebauförderungsgesetz für die Praxis kommentiert von Dietrich, H. et al. Stuttgart 1972

Zu Abschnitt 1.14

Coe, R. M.: Sociology of Medicine. New York 1970

Gibson, C. D.: The Neighborhood Health Center-Primary Unit of Health Care American Journal of Public Health 58, 1968 S. 1188—1191

zum gleichen Projekt: Bellin, S. S., Geiger, H. J. und Gibson, C. D.: The Impact of Ambulatory Health Care Services on the Demand for Hospital Beds New England Journal of Medicine 280, 1969 S. 808—812

Mühlich, W. und Mühlich-von Staden, C.: op. cit.

Zu Abschnitt 1.15

Die Zeit Nr. 24, 1974 S. 47: „Sie lassen sich nicht abschieben."

Zu Abschnitt 1.16

Bolman, W. M.: Preventive Psychiatry for the Family. American Journal of Psychiatry 125: 4, Okt. 1968 S. 458—472

Chombart de Lauwe, M. J.: Psychopathologie de l'enfant inadapté. Paris 1959

Haseloff, O. W. et al.: Die Indapt-Systeme. Bauwelt 30, 1971 S. 1223—1230

Menge, J., Mühlich-Klinger, I., Mühlich, E.: Nutzwert von Wohnungen (Soziologische Voruntersuchung). Schriftenreihe des Bundesministers für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau. Nr. 0.4003, 1973

Meyer-Ehlers, G.: Wohnen und Familie. Stuttgart 1968

Mitscherlich, A.: op. cit.

ders.: Thesen zur Stadt der Zukunft. Frankfurt 1971. Darin: Sozialpsychologische Anmerkungen zum Bauvorhaben Heidelberg-Emmertsgrund

‚NURSY' (Mühlich, E., Mühlich-Klinger, I., Mühlich, W.): Gutachten zum Bau eines Schwesternwohnhauses für das städtische Krankenhaus am Safranberg in Ulm. Ulm, 1969.

Zusammenfassung in: Bauwelt 14, 1970 S. 468 bis 477
dazu auch: Mühlich-von Staden, Ch., Mühlich, W.: Eine normale Bausache — 32 qm für eine Schwester

Bauwelt 11, 1971, S. 475 bis 478

Zinn, H.: Familie, Wohnbereich, Städteplanung. Monatsschrift Kinderheilkunde 121, Juli 1973, S. 427 bis 431

Zu Abschnitt 1.17

Fanning: Families in Flats. British Medical Journal. 1967, 4, S. 382—386

Freund, B.: Bedenken gegen das Wohnhochhaus — Zur 10. Fachtagung ‚Wohnung und Gesundheit'. Bauwelt 7, 1974, S. 274 bis 279

Herlyn, U.: Wohnen im Hochhaus, Stuttgart 1970

Zu Abschnitt 1.18

Calhoun, J.: Scientific American Nr. 206, Februar 1962

Galle, O. R., Grove, W. R., McPherson, J. M.: Bevölkerungsdichte und Pathologie. Bauwelt 1, 1973, S. 13 bis 19

Hall, E.: The Hidden Dimension. New York 1966

Schorr, A.: Slums and Social Insecurity. Washington D. C. 1963

Wynne-Edwards, V.: Animal Dispersion in Relation to Social Behavior. London 1962

Zu Abschnitt 1.19

Lynch, K.: Das Bild der Stadt. Berlin/Frankfurt/Wien 1965

Rapoport, A. und Kantor, R.: Komplexität und Ambivalenz in der Umweltgestaltung. Bauwelt 25/26, 1970 (Stadtbauwelt 26), S. 114 bis 120

Zu Abschnitt 1.20

Bahrdt, H. P.: Die moderne Großstadt. Hamburg 1969

Zu Abschnitt 2.10

Offe, K.: Politische Herrschaft und Klassenstrukturen in: Kress, G. und Senghaas, D.: Politikwissenschaft. Frankfurt 1969

Zu Abschnitt 2.20

Grossmann, H. (Hrsg.): Bürgerinitiativen — Schritte zur Veränderung. Frankfurt/Hamburg 1971

Höbel, B. und Seibert, U.: Bürgerinitiativen und Gemeinwesenarbeit. München 1973

Müller, C. W. und Nimmermann, P.: Stadtplanung und Gemeinwesenarbeit. München 1973

Zu Abschnitt 3.0

Foley, A. R. und Lacy, B. N.: On the Need for Interprofessional Collaboration-Psychiatry and Architecture. American Journal of Psychiatry 123, Februar 1967 S. 1013—1018

Die psychiatrische Versorgung in Norwegen Bericht über eine Informationsreise (Juli 1973)

von

H. Dilling

I. Das Land und seine Bewohner

Norwegen ist mit 324 000 qkm das fünftgrößte Land in Europa; es hat aber bei einer Bevölkerung von 3,9 Millionen (1972) die niedrigste Bevölkerungsdichte mit 12,7 Einwohnern/qkm. Vom Siedlungscharakter her überwiegen kleinere Städte und Dörfer, nur drei Städte haben mehr als 100 000 Einwohner, nämlich außer Oslo mit 477 000 Einwohnern nur Bergen und Trondhjem. Im Südosten des Landes, um den Oslo-Fjord, findet sich die größte Bevölkerungskonzentration mit etwa 1,5 Millionen. — Obwohl mehr als zwei Drittel aller Gemeinden als ländlich klassifiziert werden und fast die Hälfte der Bewohner auf dem Lande lebt, sind in der Industrie doppelt soviel Beschäftigte wie in der Landwirtschaft. — Politisch ist das Land in 19 Fylke (Provinzen) mit je etwa 200 000 Einwohnern gegliedert; an der Spitze jedes Fylke steht eine gewählte Volksvertretung, das Fylkesting.

II. Gesundheitssystem und Gesundheitsverwaltung

Alle Norweger sind Pflichtmitglieder eines staatlichen Versicherungssystems und erhalten freie ambulante und stationäre Behandlung und freie Medikamente für gewisse chronische u. a. auch psychische Erkrankungen. Bei Krankheit oder Schwangerschaft wird ein Krankengeld gezahlt.

Die staatlichen Gesundheitsdienste werden von einer Abteilung des Gesundheits- und Sozialministeriums verwaltet. Das Ministerium gliedert sich in drei Abteilungen, die Kranken- und Rentenversicherungsabteilung (Folktrygdavdeling), die Sozialabteilung (Sosialavdeling) mit den Unterabteilungen Sozialhilfe, Alkoholismus und Kinder, und das Gesundheitsdirektorat (Helsedirektorat), mit zwei Dritteln der Beamten des Ministeriums die größte Abteilung. Das Helsedirektorat besteht aus neun Abteilungen, von denen eine für die Psychiatrie zuständig ist, die sich wiederum in drei Unterabteilungen gliedert, nämlich für Psychiatrie, für Schwachsinnigenfürsorge und Epileptiker und für Sucht und Interruptio.

Dem Helsedirektorat unterstehen in den Provinzen (Fylke) die Gesundheitsamtsärzte und amtsärztliche Psychiater. Die Fylke wiederum sind unterteilt in Arztdistrikte (Legedistrikter), im ganzen Land 371. Die Arbeit der Ministerialabteilung ist sehr vielfältig und kann hier nicht im einzelnen beschrieben werden. Entscheidend ist ihr Einfluß auf die Planung der medizinischen Versorgung des Landes.

III. Ärzte und Krankenhäuser

1971 wurden in Norwegen 6 014 Ärzte gezählt, die Arztdichte betrug somit 1 Arzt auf 651 Einwohner. Die eine Hälfte dieser Ärzte war in Krankenhäusern tätig, die übrigen waren im ambulanten Bereich beschäftigt. Von den 2 258 Fachärzten waren 1971 287 Psychiater (davon etwa 150 in Krankenhäusern, 70 nicht in Krankenhäusern tätig), 96 Neurologen und 21 Kinderpsychiater. — 1971 wurden ferner 12 165 Krankenpflegepersonen registriert, was gegenüber den Ärzten ein Zahlenverhältnis von 1 : 2 ergibt.

Die Krankenhausversorgung in Norwegen geschieht auf drei Ebenen:

1. Regionshospital (Universität): Oslo, Bergen, Tromsø, Trondhjem und in Zukunft Kristiansand.
2. Zentralsykehus in jedem der 20 Fylke. Die Fylke haben sehr unterschiedliche Größen, so Finmark nur 100 000 Einwohner, Bergen 250 000 und Oslo 500 000 Einwohner.
3. Örtliche Krankenhäuser (Lokalsykehus) mit Chirurgie, innerer Medizin, Röntgen und ein oder zwei anderen Abteilungen.

Hinzu kommen einige staatliche überregionale Einrichtungen, Fach- bzw. Spezialkrankenhäuser, zu denen die regionalisierten psychiatrischen Krankenhäuser gehören, einige private Kliniken und eine Fülle von ärztlich überwachten Krankenpflegeheimen.

Die Gesamtzahl aller Krankenhaus- und Pflegeheimbetten betrug 1971 in 909 Einrichtungen 54 213. Nicht in dieser Zahl enthalten sind 6 574 Betten bzw. Plätze für geistig Behinderte. — Nach Abzug der psychiatrischen Betten gab es 1971 40 605 Krankenhausbetten, davon 19 688 Betten in Allgemeinkrankenhäusern. Etwa ein Viertel aller Betten, nämlich 13 986 ist als psychiatrisch klassifiziert.

Bezieht man die Bettenzahl auf die Bevölkerung des Landes, so ergibt sich insgesamt ein Schlüssel von 144,4/10 000 Bevölkerung, der sich aufschlüsselt in

50,2 Betten/10 000 Bevölkerung in Allgemeinkrankenhäusern, 37,6/10 000 in Spezialkrankenhäusern und 56,6/10 000 in Kranken- und Pflegeheimen.

IV. Die psychiatrische Versorgung

1. Allgemeine Grundsätze

Die norwegische Psychiatrie hat nach dem zweiten Weltkrieg zahlreiche Impulse aus den USA, England, den Niederlanden und natürlich auch aus den skandinavischen Nachbarländern erhalten. Die früher starke Orientierung auf Deutschland hin ist durch ein starkes Interesse für psychiatrische Entwicklungen in Nordamerika abgelöst worden.

Es sind drei Prinzipien, die der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgung zugrunde liegen und an deren Verwirklichung gearbeitet wird: die Integration in die allgemeine Medizin, die Gemeindenähe und die psychoanalytische Orientierung. Die Bestrebungen nach Gemeindenähe und zur Verbindung mit der Allgemeinmedizin finden sich zwar auch in den übrigen skandinavischen Ländern, der starke Akzent auf die Verbindung zur Psychoanalyse ist aber eine Besonderheit Norwegens. So spielt auch die Sektion für Psychotherapie in der norwegischen psychiatrischen Vereinigung eine wichtige Rolle. Diese Vereinigung ist mit etwa 300 Mitgliedern eine der größten Gruppen des norwegischen Ärzteverbandes. Auch die wichtige Sektion für die Facharztausbildung, ebenfalls eine Untergruppe der psychiatrischen Vereinigung, hat sich der psychoanalytischen Ausrichtung angeschlossen, und es sind entsprechende Bedingungen in die Weiterbildung zum Psychiater eingebaut worden.

2. Die stationäre Versorgung

Der in Europa zu beobachtende Trend zu steigender Bettenzahl vom Südosten nach Nordwesten gilt auch für Norwegen etwa im Vergleich zu Ländern in Mitteleuropa. Die Gesamtzahl der als psychiatrisch zu bezeichnenden Betten betrug 1971 13 986, hiervon 8 444 in psychiatrischen Krankenhäusern. 1 255 Betten in psychiatrischen Kliniken, Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und in Sanatorien. 3 859 Betten in ärztlich überwachten Pflegeheimen und 428 Betten in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. — Es wurde bereits erwähnt, daß 6 574 Betten bzw. Plätze für geistig Behinderte nicht in der Zahl der psychiatrischen Betten enthalten sind.

Der Bettenschlüssel ist, im Vergleich zu vielen anderen Ländern, sehr hoch. Er beträgt für psychiatrische Fachkrankenhäuser 21/10 000 Bevölkerung; in Kranken- und Pflegeheimen finden sich 10 Betten/10 000. Höher als in den meisten anderen Ländern ist die Zahl von Betten in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern mit 3/10 000 Bevölkerung. In kinderpsychiatrischen Einrichtungen findet sich 1 Bett/10 000. Insgesamt sind für psychisch Kranke 36/10 000 Betten bzw. Plätze vorhanden. Hinzu kommen 17/10 000 Betten bzw. Plätze für geistig Behinderte und 2/10 000 Plätze für Alkoholiker, so daß insgesamt für die psychisch Kranken und geistig Behinderten 55/10 000 Betten bzw. Plätze vorhanden sind, eine wesentlich höhere Zahl als in der Bundesrepublik (Siehe Tabelle 1).

Eine gemeindenahe stationäre Versorgung ist in dem Flächenstaat Norwegen verständlicherweise besonders schwierig zu realisieren, da abgesehen von der Region Oslo und einigen wenigen Verdichtungszentren die großen Entfernungen und häufig schlechten Verkehrsverhältnisse oft lange Anmarschzeiten bedingen, auch wenn im Verhältnis zur Bevölkerung relativ viele Einrichtungen vorhanden sind.

Die durchschnittliche Bettenzahl der psychiatrischen Fachkrankenhäuser betrug 1971 440 Betten. 12 von 19 psychiatrischen Krankenhäusern hatten weniger als 400 Betten. Nur drei, nämlich das Krankenhaus Dikemark bei Oslo mit 830 Betten, das Krankenhaus Lier mit 693 Betten und das psychiatrische Krankenhaus Rogoland mit 621 Betten überschritten die Zahl von 600 Betten. Von diesen ist Dikemark bereits jetzt weitgehend in selbständige Abteilungen untergliedert, so daß die relativ hohe Bettenzahl bei der Zuordnung der Abteilungen zu geographischen Sektoren keinen bedeutenden Nachteil mehr darstellt. Das gleiche ist im psychiatrischen Krankenhaus Trøndelag in Trondhjem geschehen, das darum jetzt nicht mehr als Ganzes angesehen wird.

In Norwegen gibt es etwa 20 psychiatrische Abteilungen in Verbindung mit Allgemeinkrankenhäusern, darunter die Universitätskliniken in Oslo und Bergen, neuerdings auch in Trondhjem und Tromsø. Die durchschnittliche Bettenzahl dieser insgesamt 23 Häuser, einschließlich fünf Privatkliniken, beträgt 52. Der Patientendurchgang in diesen Häusern ist wesentlich höher als in den Anstalten. Diese hatten 1971 8 290 Aufnahmen auf 8 444 Betten, dagegen die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern 8 424 Aufnahmen auf 1 255 Betten.

Tabelle 2 und 3 geben eine Übersicht über das Personal an psychiatrischen Krankenhäusern und an Institutionen für geistig Behinderte. Bezugszahlen sind also jeweils 8 444 psychiatrische Betten bzw. 6 574 Plätze für geistig Behinderte.

Tabelle 1

Übersicht über die Betten/Plätze in psychiatrischen Einrichtungen sowie in Institutionen für geistig Behinderte 1971 nach Regionen

Zahl der Einrichtungen in Klammern

Angaben des Statistischen Zentralbüros in Oslo, zitiert nach O.W. Steenfeldt-Foss

Region	Bevölkerung 31. Dezember 1971	Psychiatrische Institutionen						Institutionen für geistig Behinderte				Kurheime und Kliniken für Alkoholiker
		Krankenhäuser	Kliniken	Pflegeheime	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Gesamt	Betten/Plätze auf 10 000 Einwohner	Heime	Tagesplätze und Werkstätten	Gesamt	Plätze auf 10 000 Einwohner	
Østfold	224 023	465	60	94	7	626	28	180	97	277	12	65
Akershus	332 561	340	69	209	28	646	19	522	111	633	19	72
Oslo	475 563	926	197	806	59	1 988	42	529	307	836	18	112
Hedmark	179 994	366	36	282	10	694	39	688	37	725	20	98
Oppland	174 074	352	30	123		505	29					94
Buskerud-Vestfold	378 890	702	143	443	30	1 318	35	453	161	614	16	34
Telemark	157 426	304	30	14	12	360	23	196	35	231	15	8
A.-V. Agder	207 912	480	92	348		920	44	802	256	1 058	22	57
Rogaland	272 453	641	60	314	18	1 033	38					26
Hordaland-Sogn og Fjordane	478 600	832	185	667	57	1 741	36	516	102	618	13	132
Møre og Romsdal	225 741	441	30	162		633	28	222	77	299	13	32
S. Trøndelag-N. Trøndelag	354 808	830	126	174	24	1 154	33	592	78	670	19	55
Nordland	240 874	472	30	79		581	24	536	77	613	13	12
Troms-Finnmark	214 854	433	71	144	8	656	31					19
Überregionale Einrichtungen		860	96		175	1 131						
Norwegen insgesamt	3 917 773	8 444 (19)	1 255 (23)	3 859	428 (27)	13 986	36	5 236	1 338	6 574	17	816 (28)

Tabelle 2

Personal an psychiatrischen Krankenhäusern (ohne 56 nebenamtlich tätige Personen) 31. Dezember 1971

Angaben des Statistischen Zentralbüros in Oslo, zitiert nach O.W. Steenfeldt-Foss

	Anzahl	auf 100 Betten
Ärzte	180	2,1
Psychologen	24	0,3
Sozialarbeiter	63	0,7
Schwestern und Pfleger mit Spezialausbildung	206	2,4
Sonstige Schwestern und Pfleger	604	7,2
Pflegehelfer mit Spezialausbildung	684	8,1
Sonstige Pflegehelfer	1 517	18,0
Physiotherapeuten	8	0,1
Arbeitstherapeuten	181	2,1

Tabelle 3

Personal in Institutionen für geistig Behinderte 31. Dezember 1971

Angaben des Statistischen Zentralbüros in Oslo, zitiert nach O.W. Steenfeldt-Foss

	Anzahl	auf 100 Betten
Ärzte	42	0,7
Psychologen	5	0,1
Sozialarbeiter	21	0,3
Ausgebildete Pfleger	240	3,7
Sonstiges Pflegepersonal	1 794	27,3
Physiotherapeuten	14	0,2
Arbeitstherapeuten	369	5,7
Pädagogen	158	2,4

Die *Entflechung der psychiatrischen Krankenhäuser* ist besonders in der Oslo-Region verhältnismäßig weit vorgeschritten, und man ist dem Ziel einer getrennten Versorgung der einzelnen Patientenkategorien bereits nahe gekommen. Zu den einzelnen Patientengruppen ist folgendes zu sagen:

a) Alkoholismus und Drogensucht

Die Versorgung der Alkoholiker erfolgt mit Hilfe eines eigenen Systems, das von einem leitenden Arzt organisiert wird (Dr. Kjølstad in Bjørnebekk, Ås bei Oslo). Dieser Arzt und seine Mitarbeiter beraten Patienten, erhalten Anfragen verschiedener Institutionen, nehmen Anmeldungen für Entziehungskuren entgegen und verteilen die Patienten auf die entsprechenden Einrichtungen. Für die akute Entziehung der Alkoholiker gibt es in Oslo eine besondere Station (Avrusningsstation). — Für kurze, etwa dreiwöchige Behandlungen finden sich in Oslo zwei Kliniken (Dr. Uckerman) mit insgesamt 60 Betten. Außerdem bestehen eine Blåkors-Klinik mit 27 Betten und zwei Heimeinrichtungen mit zusammen 25 Plätzen. Insgesamt finden sich in Oslo 112 Betten bzw. Plätze für Alkoholiker, in den übrigen Teilen des Landes 105 Betten bzw. Plätze. — Ist eine länger dauernde Entziehungskur notwendig, so erfolgt die Vermittlung durch die erwähnte zentrale Verteilungsstelle auf verschiedene Kuranstalten vom Blaukreuz, der Inneren Mission, den Anonymen Alkoholikern und anderen, die insgesamt in Norwegen 599 Betten umfassen.

Natürlich gibt es außer diesen Behandlungsmöglichkeiten für Alkoholiker in allen psychiatrischen Krankenhäusern zusätzlich Patienten mit Alkoholproblemen, die aber in erster Linie wegen anderer Erkrankungen dort aufgenommen werden.

Das Problem der jugendlichen Drogensüchtigen ist in Norwegen so wenig wie anderswo gelöst. In Oslo gibt es eine Poliklinik (Dr. Courcheron) mit einer intensiven Nachsorge, die bereits seit zehn Jahren bestehen soll. Außerhalb von Oslo in Hov in Sand besteht eine staatliche Anstalt für Narkomanen mit einer Entziehungsstation (Dr. Teigen). — Außerdem wird an mehreren anderen Stellen, so vor allem in der Abteilung Lien in Dikemark (Dr. Jørstad) versucht, jugendliche Drogensüchtige im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft auf freiwilliger Grundlage zu behandeln, wobei aber höchstens ein Viertel der dortigen 40 Plätze mit Drogensüchtigen belegt wird.

b) Gerontopsychiatrie

Es gibt zwar in Norwegen einige geriatrische Krankenhäuser wie beispielsweise die Stiftung eines amerikanischen Privatmannes, nämlich das Edwin-Ruds-Hospital in Mysen/Østfold, aber weder die Geriatrie noch die Gerontopsychiatrie sind bisher als Spezialfächer anerkannt.

Im Bereich der Psychiatrie finden sich so gut wie anderswo spezielle Behandlungsstationen für psychogeriatrische Patienten, aber keine Spezialisierung auf besonderen Abteilungen mit eigenem Leiter. — Auf diesen Stationen versucht man auch bei schweren Pflegefällen, die Patienten zu mobilisieren und einen großen Teil des Tages außer Bett zu halten. Im Rahmen dieser aktiven Behandlung legt man in den Pflegeabteilungen und Pflegeheimen besonderen Wert auf die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie und auf die Sozialbetreuung, die teilweise auch von anderen, meist jungen Patienten übernommen wird.

Für tagesklinische Behandlungen psychogeriatrischer Patienten besteht im Zentrum von Oslo in Verbindung mit einem Altenheim eine neue Ein-

richtung. Dieses Heim Grefsenlia wird von einer gemeinnützigen Frauenorganisation getragen und unterhalten, ärztlich dagegen von der Abteilung Dikemark III versorgt.

c) Psychisch kranke und abnorme Rechtsbrecher

Diese Gruppe wird nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten untergebracht und behandelt. Akute Patienten werden in der Beobachtungsabteilung der Polizei im Allgemeinkrankenhaus Ullevål aufgenommen, ein Teil dieser Patienten wird auch im Gefängniskrankenhaus in Oslo behandelt. In den kleineren Orten gibt es an den Allgemeinkrankenhäusern die Möglichkeit, gefährliche Patienten für kürzere Zeit bis zur Aufnahme in psychiatrische Krankenhäuser polizeilich unterzubringen. Hierüber wird eine sehr genaue Statistik geführt.

d) Epileptiker

Für Anfallskranke gibt es einige spezielle Institutionen, so das Staatliche Krankenhaus für Epileptiker in Sandvika mit 184 Betten, ferner zwei kleinere Einrichtungen mit jeweils 20 Betten; insgesamt in den drei Häusern 231 Betten. In der Statistik über diese Krankenhäuser ist vermerkt, daß ständig etwa 100 Patienten auf der Warteliste stehen. Unter regelmäßiger Kontrolle der Epileptikerfürsorge stehen weitere 206 Patienten, die sich in anerkannten Heimen oder Familienpflege im ganzen Land befinden.

e) Geistig Behinderte

Für diese Gruppe von Patienten findet sich in Norwegen ebenfalls ein gesondertes Versorgungssystem. Wie bereits erwähnt, beträgt die Zahl der Plätze 17/10 000 Bevölkerung in einer Fülle verschiedener stationärer Institutionen. Die Einrichtungen sind Versorgungsregionen zugeordnet; ein Versorgungsgebiet für geistig Behinderte entspricht jeweils zwei Regionen für psychisch Kranke.

In Oslo gibt es eine spezielle Untersuchungs- und Beobachtungsabteilung für geistig Behinderte (Oslo Observationsavdeling, Kyrre Greppsgate 11). Für geistig Schwerbehinderte der Oslo-Region ist das Akershus-Krankenhaus zuständig.

f) Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine Darstellung der Verhältnisse in diesem Bereich ist deshalb besonders schwierig, da zur Zeit eine Umstrukturierung stattfindet und neue Einzugsbereiche festgelegt werden. Der Akzent der kinderpsychiatrischen Versorgung liegt eindeutig auf den 18 Polikliniken, die über das ganze Land verteilt sind, und an die jeweils noch Behandlungsheime angeschlossen sind. Zusammen genommen gab es 1969 369 Betten bzw. Plätze in Kliniken und Behandlungsheimen, so 424 Tagesplätze. 1969 wurden 424 Patienten stationär aufgenommen. Bei 1 939 Patienten wurde eine ambulante kinder- oder jugendpsychiatrische Erstuntersuchung durchgeführt. 1971 hatte sich die Bettenzahl auf 428 erhöht.

In Oslo, das relativ gut versorgt ist, arbeiten ein staatliches Zentralteam für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit zwei angeschlossenen „Milieuheimen", eine städtische kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus Ullevål (Dr. J. Lange) mit 21 Betten und 7 Tagklinikplätzen, ferner das Nic Vaals Institut (Dr. Annemarie Stovner) mit 9 Tagklinikplätzen. Außerdem gibt es als Institutionen der städtischen Gesundheitsverwaltung zwei Polikliniken mit sechs angeschlossenen Behandlungsheimen. Bemerkenswert ist, daß in der Abteilung Ullevål nur sehr wenige Betten belegt sind, da nach Ansicht des Leiters, Dr. Lange, nur in ausgewählten Fällen eine stationäre Behandlung von Kindern erforderlich sei; die meisten könnten ambulant oder tagklinisch effektiver behandelt werden, da man dann die Familie besser einbeziehen könne.

Eine besondere Rolle bei den in Oslo gelegenen Einrichtungen spielt das staatliche Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Oslo (Statens Senter for Barne-og Ungdomspsykiatri)mit etwa 80 Betten. Diese Institution nimmt Kinder und Jugendliche aus dem ganzen Land auf, was bei den gewaltigen Entfernungen sehr problematisch ist. Die Angehörigen haben oft viele Stunden oder sogar Tage Anreise, wenn sie das Kind überhaupt ins Krankenhaus begleiten oder es dort besuchen.

Aus der Aufzählung der Einrichtungen der Region Oslo geht hervor, daß man auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie in einer gut überschaubaren Region versucht, unter dem Gesichtspunkt der Dezentralisierung möglichst viele Institutionen zu betreiben.

3. Rehabilitation

Nach dem Krieg lag der Schwerpunkt der Rehabilitation auf der Wiedereingliederung körperlich Behinderter, vor allem auch der über längere Zeit hin wegen Tuberkulose behandelten Patienten. Zu diesem Zweck wurden mehrere Rehabilitationsinstitute vom Staat eingerichtet, so in Oslo (Statens Attføringsinstitut Oslo [SAO], Dr. Harlem), in Bergen und in Trondhjem. In den letzten Jahren wurden in allen Rehabilitationsabteilungen immer mehr psychiatrische Patienten aufgenommen und der Anteil körperlich Behinderter ging ständig zurück.

Ein sehr eindrucksvolles Beispiel eines vom psychiatrischen Krankenhaus ausgehenden Rehabilitationssystems bietet die Abteilung Dikemark III (Dr. Sandbu). Bei der Teilung dieser etwa 20 km von Oslo entfernt gelegenen Anstalt kamen die meisten chronischen Patienten in diese damals 200 Betten umfassende Abteilung. Zunächst wurde dann im Krankenhaus eine sehr effektive Arbeits- und Beschäftigungstherapie, vorwiegend mit eigener Produktion, aufgebaut. Die Einnahmen der Arbeitstherapie betrugen beispielsweise 1972 321 000 Kr entsprechend etwa 160 000 DM. — Zugleich wurde auf den Stationen Milieutherapie mit gemeinsamer Behandlung beider Geschlechter eingeführt, und man konnte die Patienten zum größten Teil offen behandeln. Im Rahmen der fortschreitenden Rehabilitation entstand dann im Laufe der letzten Jahre eine Reihe von Heimen, Wohnmöglichkeiten und Tagkliniken außerhalb des Krankenhauses, zum

größten Teil in Oslo. Zusätzlich wurde die schon im letzten Jahrhundert bestehende Familienpflege wieder aktiviert.

Am 31. Dezember 1972 wurden 1 495 Patienten von dieser Abteilung betreut, hiervon 150 im Krankenhaus, 704 in 29 Pflegeheimen, 70 in zwei Nachsorgeheimen, 56 in zwei Tagkliniken, 352 in Familienpflege, 27 in gesetzlich verfügter Nachsorge, 132 in freiwilliger Nachsorge und 4 in Vorsorge.

Es ist selbstverständlich, daß diese Abteilung auch in Norwegen eine Besonderheit darstellt. Es kann aber festgestellt werden, daß sich in vielen Regionen und Bereichen Ansätze zu einer intensiven Rehabilitation finden mit Milieutherapie in der therapeutischen Gemeinschaft, Werkstätten und extramuralen Wohnmöglichkeiten.

4. Ambulante Einrichtungen

Erst in den letzten Jahrzehnten hat sich ein stärkeres Interesse für die ambulante Versorgung entwikkelt, nachdem früher die Anstalten fast die gesamte Versorgungslast getragen haben. Es gibt im ganzen Land, von den stationären Einrichtungen ausgehend, Ambulanzmöglichkeiten und in den größeren Städten einzelne, niedergelassene Psychiater.

Hier sei die Situation in Oslo kurz geschildert, die mir am besten bekannt wurde. Es gibt im Vergleich zur Bundesrepublik nur sehr wenige niedergelassene Psychiater. 1970 waren es für die Region Oslo mit 1,2 Millionen Einwohnern etwa 15 Ärzte in allgemeiner psychiatrischer Praxis und 10 bis 20 ganz oder überwiegend psychotherapeutisch-analytisch tätige Psychiater, deren Arbeit der Akutversorgung der Bevölkerung nicht zugute kommt. Entsprechend der geringen Zahl niedergelassener Psychiater ist der Bedarf groß, und es sind sonstige Einrichtungen erforderlich.

Die bedeutendste städtische Einrichtung ist die psychiatrische Abteilung des Gesundheitsrates der Stadt Oslo (Dr. J. Hirsch), die für sämtliche psychiatrischen Notfälle zuständig ist. Es besteht ein 24-Stunden-Dienst von Psychiatern, Sozialarbeitern und Schwestern. Man führt Beratungen in Allgemeinkrankenhäusern durch, macht Hausbesuche bei akut erkrankten Patienten und führt eine Ambulanz. So weit möglich, wird von der Institution auch eine Behandlung und Betreuung durchgeführt, einschließlich sozialer Aktivitäten wie Patientenklubs, Gruppengespräche u. ä.

Eine wichtige Einrichtung für ehemals stationär behandelte Patienten ist die psychiatrische Poliklinik in der Møller-Gate, die sich vor allem mit der Nachsorge von Patienten aus Dikemark beschäftigt. Von dieser Abteilung werden etwa 1 500 Patienten ständig nachbetreut, mit etwa 20 000 Konsultationen und Hausbesuchen im Jahr. Die Abteilung wird ärztlich von Dikemark aus betreut. Sie ist verbunden mit einer Werkstätte und drei Nachbehandlungsheimen, so daß auch ein soziales und berufliches Angebot möglich ist. Ein Teil der hier betreuten Patienten nimmt an den Veranstaltungen der etwa 10 Patientenklubs teil.

Mit den genannten sind nicht alle ambulanten Einrichtungen aufgezählt, so beispielsweise nicht die Beratungsstellen, es dürfte aber bereits deutlich werden, daß ein differenziertes Angebot vorhanden ist. Die Zahl der Einrichtungen allerdings dürfte, insbesondere was die psychotherapeutische Behandlung anbelangt, zu gering sein.

V. Einweisung und Unterbringung psychiatrischer Patienten

Sämtliche Gesetze, die sich früher mit der Frage der Behandlung psychisch Kranker beschäftigt haben, legten die Verantwortung in erster Linie auf die Familie. So gab es bereits vor 900 n. Chr. die ersten Distriktsgesetze. Man konnte Geisteskranke binden und zum Ting bringen, der dann der Familie die weitere Verantwortung übergab. — So wird auch in dem neuen Gesetz von 1961 die Familie sehr stark in die Behandlung einbezogen. Die zwangsweise Einweisung erfolgt mit Zustimmung der Familie. Hier handelt es sich allerdings häufig nur um das stillschweigende Einverständnis der Familie, da das ausdrückliche, schriftliche Einverständnis die Beziehung des Patienten zu seiner Familie erschweren könnte. Wird der Patient verlegt oder entlassen, muß wiederum die Familie benachrichtigt werden.

Nach § 3 des Gesetzes von 1961 kann bei behandlungsunwilligen oder -unfähigen Patienten ein Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus oder an einem anderen Behandlungsort bis zu einer Dauer von drei Wochen angeordnet werden, wenn ein praktischer Arzt dieses nach persönlicher Untersuchung für nötig hält. Voraussetzung hierfür ist eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung, nicht dagegen Selbst- oder Fremdgefährlichkeit, die in diesem Paragraph nicht erwähnt wird. — Der Antrag auf ärztliche Untersuchung zum Zweck der Einweisung wird, wenn Familie nicht vorhanden ist, von der zuständigen Behörde, nämlich dem Distriktsarzt oder dem zuständigen Sozialarbeiter (Sosialbyrå) gestellt. Gegen den Beschluß zur Einweisung kann der Patient bei einer Kontrollkommission Einspruch erheben, was aber zunächst keinen Aufschub der Einweisung bedeutet. — Mit der zwangsweisen Aufnahme selbst wird im allgemeinen die Distriktskrankenschwester bzw. Pfleger betraut; nur wenn Gewalt nötig ist, wird die Polizei hinzugeholt.

§ 4 regelt die freiwillige Aufnahme der Patienten ins psychiatrische Krankenhaus, die mit Zustimmung des Direktors des Krankenhauses auf schriftliches Verlangen des Patienten erfolgt. Die Patienten können nach freiwilliger Aufnahme gegen ihren Willen nur bis zu höchstens drei Wochen im Krankenhaus zurückgehalten werden. Dann muß auf ihr Verlangen hin in jedem Fall eine Entlassung erfolgen, was in einigen Fällen zu der etwas grotesken Situation führen kann, daß die Patienten entlassen werden, um von der vor dem Krankenhaus bereitstehenden Polizei sofort verwahrt und wieder aufgenommen zu werden. Dieser Fall tritt jedes Jahr

einige Male auf, wird aber gegenüber den Vorteilen dieses Paragraphen in Kauf genommen. Dieser Paragraph hat nämlich insbesondere den Sinn, die Macht der ärztlichen Direktoren zu begrenzen, da der Patient nach seiner Entlassung im allgemeinen wieder zu seinem praktischen Arzt geht, der die Situation neu beurteilt. Es kann dann bei gegen ärztlichen Rat entlassenen Patienten zu einer Verwahrung kommen oder, entgegen der Meinung des Krankenhauspsychiaters, zu einer ambulanten Behandlung ohne Einleitung gesetzlicher Maßnahmen.

Die Zahl der freiwilligen Aufnahmen hat im Laufe der letzten Jahre sehr stark zugenommen. 1961 wurden weniger als 10 % der Patienten freiwillig aufgenommen, 1972 waren es etwa 60 %; man hofft, daß man eines Tages 90 % aller psychiatrischen Patienten freiwillig aufnehmen wird.

Sind Zwangseinweisungen auf unbestimmte Zeit erforderlich, so geschieht dies nach § 5 des Gesetzes. Hier wirken praktischer Arzt, kommunaler Sozialdienst, Familie und Distriktsarzt zusammen. Nach der Einweisung hat der Direktor des zuständigen psychiatrischen Krankenhauses die Maßnahme unter Stellung einer Diagnose zu bestätigen. Sind die Verwandten einverstanden, so kann die Aufnahme nur aus dem Grund der Notwendigkeit einer Behandlung erfolgen, aber auch aus Gründen der Selbst- und Fremdgefährlichkeit sowie zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung. Stellen sich die nächsten Verwandten gegen diese Aufnahme, so kann der Krankenhausdirektor entscheiden, daß die Aufnahme zum Schutz des Patienten aus einem zwingenden Behandlungsgrunde nötig ist, oder daß er eine ernsthafte Gefahr für sich selbst oder die anderen darstellt. Gegen die Entscheidung zur Aufnahme ist von seiten des Betroffenen Klage bei der zuständigen Kontrollkommission möglich.

Seit 1848 gibt es in Norwegen das System der Kontrollkommissionen, auf das mit besonderer Genugtuung hingewiesen wird. Die jeweils für ein bestimmtes Gebiet zuständige, vom Sozialministerium berufene und ihm gegenüber verantwortliche Kommission hat vier Mitglieder, von denen mindestens ein Mitglied eine Frau sein muß. Eines der Mitglieder, zugleich Vorsitzender der Kommission, ist ein Jurist mit Richterqualifikation, ein Mitglied, das allerdings keine direkte Verbindung zur kontrollierten Institution haben darf, ist Arzt; die übrigen zwei Mitglieder sind beruflich nicht festgelegt. Die Mitglieder der Kommission werden vom Fylke vorgeschlagen. Monatlich zweimal wird jedes psychiatrische Krankenhaus von einer Kontrollkommission besucht; einmal angemeldet und einmal unangemeldet. Sie hat Einsicht in sämtliche Akten und Zugang zu allen Räumen des Krankenhauses. — Protestiert ein Patient gegen seine zwangsweise Einweisung, so wird an Ort und Stelle eine Gerichtsverhandlung durchgeführt. Der Krankenhausarzt hat einen Bericht über den Patienten zu geben, der Patient trägt seinen eigenen Standpunkt vor, kann sich aber auch durch einen Juristen vertreten lassen. Spätestens zwei Wochen nach dem Widerspruch des Patienten erfolgt ein Kommissionsbeschluß. Jährlich werden etwa 10 bis 15 Patienten auf diese Weise gegen die Ansicht des betreffenden Krankenhauspsychiaters entlassen. — Darüber hinaus hat die Kommission noch weitere Kontrollfunktionen, so im Bereich der Verwaltung. Sie hat die Unterbringung der Kranken zu überwachen und beispielsweise auch die Qualität des Essens zu prüfen.

Bei der Zwangseinweisung ist in Norwegen, wie in den USA und England, zwischen der administrativen und der gerichtlichen Freiheitsentziehung zu unterscheiden. Die Mehrzahl der Patienten wird nur auf die beschriebene administrative Weise eingewiesen, was rechtlich sehr viel weniger schwerwiegend ist, als wenn die Aufnahme auf richterliche Anordnung erfolgen muß. Die Entmündigung wird in Norwegen nur selten durchgeführt und erfolgt nach einem Gesetz vom Jahre 1898 (Lov om umyndiggjørelse vom 28. November 1898). Ein Vormund wird beispielsweise dann eingesetzt, wenn der Krankenhausarzt in Absprache mit den Behörden (Polizei, Sozialbehörde) feststellt, daß Gefahr für das Vermögen des Kranken besteht. Solche Entmündigung sucht man soweit als möglich zu vermeiden.

Unabhängig von Verwahrung oder Entmündigung werden alle Patienten, die mit einer Psychose im psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen werden, der Polizei gemeldet.

Die Tendenz des Gesetzgebers geht dahin, in Zukunft möglichst wenig Gesetze speziell für psychisch Kranke zu haben. Im Gesetz von 1969 über die Krankenhäuser sind auch die psychiatrischen Krankenhäuser eingeschlossen. — Ein weiteres Gesetz müsse noch die ambulante Behandlung, die damals noch nicht berücksichtigt sei, genauer bestimmen und regeln. In einem zukünftigen Krankenhausgesetz müsse beispielsweise die Freiheitsentziehung ein spezieller Teil sein, der sich nicht nur auf psychisch Kranke, sondern auf alle Fälle administrativer Freiheitsentziehung beziehen müsse, nämlich auf Maßnahmen für Alte, Gebrechliche, Gefährliche mit epidemischen Erkrankungen und Sonstige. Auch die Venerologie, aber auch die Pädiatrie müßten hier einbezogen sein. Das Erscheinen eines solchen umfassenden Gesetzes würde dann ermöglichen, eine Reihe von älteren Gesetzen außer Kraft treten zu lassen.

VI. Informationen

Das Informationssystem über alle norwegischen psychiatrischen Einrichtungen ist sehr gut. Alle Informationen werden dem Statistischen Zentralbüro in Oslo zugeleitet, das die entsprechenden Jahresberichte über sämtliche Einrichtungen des Gesundheitswesens, auch über die psychiatrischen Einrichtungen, erstellt. Die weitere Auswertung dieser Berichte geschieht dann gemeinsam mit der zuständigen Abteilung im Ministerium. Bemerkenswert ist besonders, daß auch die Heime gezwungen sind, über ihre Patienten einen differenzierten Bericht abzugeben. Daß die Weitergabe von Informationen

auch gleichzeitig als Kontrollinstrument verwendet wird, geht beispielsweise daraus hervor, daß die Stunden genau angegeben werden müssen, in denen sich psychisch Kranke, die eine Gefahr darstellen, in den Polizeiabteilungen befinden, ebenso auch, daß es eine Statistik darüber gibt, wo und wie lange psychisch Kranke fixiert werden.

VII. Zur Planung der psychiatrischen Versorgung

Wie aus dem Vorhergehenden deutlich wird, ist auf Grund der ausgezeichneten Informationen über das bestehende System und seine Leistungen die detaillierte Planung sehr erleichtert. — Vor 1961 war die Verantwortung für die psychisch Kranken hauptsächlich Sache des Staates, während die Verantwortung für die körperlich Kranken bei den Kommunen oder Fylke lag. 1961 trat mit dem Gesetz vom 28. April eine neue Ordnung ein. Seitdem sind nämlich die 19 Fylke verpflichtet, Pläne für die Versorgung der gesamten Bevölkerung zu erstellen, wobei auch private und kommunale Institutionen einbezogen werden können. Seit 1969 sind auch die Oligophrenen, die Epileptiker und die somatisch Kranken in diese Gesetzgebung einbezogen. Damals wurde ein allgemeines Krankenhausgesetz (Lov om Sykehus vom 19. Juni 1969) erlassen, das die verwaltungsmäßige Integration aller Zweige der Krankenversorgung bezweckte.

In jedem Fylke wird also in regelmäßigen Abständen von den entsprechenden Fachleuten ein Plan erstellt, der dem Fylkeparlament vorgelegt wird. Wenn dieses den Plan gebilligt hat, wird er im Gesundheitsdirektorat, also im Sozialministerium, geprüft und sodann der Regierung vorgelegt. Schließlich hat der König zu signieren. Eine Vorlage im Gesamtparlament ist nicht erforderlich.

Als neueste Aufgabe hat das Fylke auch Pläne für die ambulante psychiatrische Versorgung aufzustellen. Die ärztliche Gesellschaft unterstützt verständlicherweise eher die Niederlassung von Ärzten, während die offizielle Planung das Vorhandensein von Polikliniken unterstützt. Die Befürchtung der Vertreter der ärztlichen Gesellschaften gegenüber dem poliklinischen System ist die, daß es zu personalintensiv ist und der Ballungsraum Oslo zahlreiche Ärzte aus ländlichen Regionen abziehen bzw. von der dortigen Niederlassung abhalten könnte, wenn ein sehr gutes poliklinisches System mit einer Reihe von Teams aufgebaut würde. Im Gegensatz zur allgemeinen ärztlichen Gesellschaft wünscht die psychiatrische Gesellschaft flexiblere Regeln, so daß je nach Versorgungsnotwendigkeit die eine oder die andere Lösung möglich ist.

Die Planung der stationären Versorgung hat eine gewisse Änderung erfahren, da man jetzt versucht, mit weniger Krankenhausbetten auszukommen, als man früher für erforderlich hielt. 1960 hat man 30 Betten/10 000 Bevölkerung für nötig erachtet. Damals sei in den USA die Zahl mit 50/10 000 und in Schweden mit 40 bis 45/10 000 angegeben worden. Heute hat man in Norwegen insgesamt 24/10 000 psychiatrische Krankenhausbetten sowie 9/10 000 Betten in Pflegeheimen. In Zukunft will man mehr Heimbetten schaffen, bis zu 15/10 000, wobei insbesondere die senil Dementen in Heimen versorgt werden sollten. Da man vorhat, die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten auf 18 bis 20 zu reduzieren, wird man bis 1980 insgesamt etwa 35/10 000 Betten haben.

Die früher durchgeführte Trennung der stationären Psychiatrie in klinische und Anstaltspsychiatrie soll aufgehoben werden, was aber nicht bedeutet, daß damit auch die Anstalten aufgegeben werden sollen. Man strebt vielmehr eine Verbindung beider Einrichtungen jeweils in einem Versorgungsgebiet an.

Vorgesehen ist, im Sinne der Sektorisierung von den Fylke-Plänen auf die Ebene von Distriktsplänen hinunterzugehen und in den Distrikten dann die gesamte Krankenhausversorgung zusammen zu planen. Ein Beispiel für einen solchen Plan ist der von Dr. Robak in Molde aufgestellte Plan.

Es wird für wichtig angesehen, an den Zentralkrankenhäusern eine gute psychiatrische Poliklinik einzurichten, die auch für Akutfälle Betten an der Hand hat. Skepsis wird dagegen Plänen des Auslands entgegengebracht, an den Zentralkrankenhäusern größere, neue psychiatrische Abteilungen von mehreren hundert Betten zu schaffen und die Anstalt auf diese Weise ins Allgemeinkrankenhaus zu verlagern. Man sieht es in Norwegen für sinnvoller an, Abteilungen von 30 bis 60 Betten (ein bis vier Stationen von je 15 Betten) einzurichten und mit diesen Abteilungen die akut Kranken zu versorgen. Diese Patienten lassen sich dann meist freiwillig behandeln, man hat aber durch die enge Verknüpfung mit der Anstalt auch die Möglichkeit, die Patienten ins psychiatrische Krankenhaus zu verlegen. Man ist gegenwärtig dabei, die größeren Anstalten jeweils nach Distrikten zu untergliedern, so daß eine intensivere Betreuung der Bevölkerung durch bessere Kenntnis der lokalen Einrichtungen möglich sein wird. — Wenn der Abstand zwischen Anstalt und psychiatrischer Abteilung im Zentralkrankenhaus nicht mehr als 5 Kilometer beträgt, soll das Ganze als eine Abteilung mit einem Behandlungsteam geführt werden, wenn der Abstand größer ist, sollen aus Verwaltungsgründen beide Krankenhäuser in getrennter Regie geführt werden, worunter aber die enge Zusammenarbeit bei der Versorgung der Patienten nicht leiden soll.

Die Planung für die *Region Oslo* war seit einigen Jahren in Arbeit, und Anfang 1974 lagen die Pläne vor.

Bereits vor einigen Jahren hatte Dr. Harald Frøshaug vom Krankenhaus Dikemark einen Sektorisierungsplan vorgelegt, der vorwiegend von den psychiatrischen Bedürfnissen der Bevölkerung ausging und die sozialen Gesichtspunkte weniger berücksichtigte. Nach diesem Plan sollte die Stadt in vier Sektoren unterteilt werden. Wichtigster Grundgedanke war die Etablierung einer intensiven Zusammenarbeit zwischen den in die Sektorisierung ein-

bezogenen Abteilungen des Krankenhauses Dikemark und den allgemeinen Krankenhäusern. Auf jeden Sektor sollte eine Abteilung in Dikemark und eine Abteilung in einem allgemeinen Krankenhaus entfallen.

Die jetzige Planung wird von einem Komitee geleistet, dem fünf Psychiater, Kinderpsychiater und Psychologen, drei Verwaltungsfachleute und vier Politiker angehören. Einer der Politiker stellt den Kommissionsvorsitzenden. Sekretär des Komitees ist Dr. Bjørn Østberg, der zwar Mitsprache, aber kein Stimmrecht hat. Die Psychiater sind Dr. Per Nyhus, Dr. Bjørn Gunby, Dr. Johannes Hirsch, Dr. Per Vaglum.

Wichtigster neuer Leitgedanke bei der Sektorisierung, die in Norwegen ja von den Grundsätzen der Gemeindenähe, der Integration mit der allgemeinen Medizin und der psychodynamischen Psychiatrie ausgeht, ist, speziell für Oslo, die Integration mit den Sozialdiensten und den Schulen. Die schulische Integration ist von besonderer Wichtigkeit für die Kinderpsychiatrie, die mit der Sektorisierung auch den Anfang machen soll.

Der Sozialdienst in Oslo hat in den letzten Jahren einige Krisen erlebt, die unter anderem auch auf Auseinandersetzungen zwischen Sozialarbeitern vom Typ der früheren Fürsorger und neu ausgebildeten, politisch aktiveren Sozialarbeitern zurückgingen. Im Rahmen dieser beruflichen Identitätskrise wuchs das Interesse auf seiten der Sozialarbeiter, eine engere Beziehung mit den medizinischen, speziell den psychiatrischen Diensten einzugehen.

Die Stadt wird vom Schul- und Sozialwesen aus gesehen in 32 Stadtbezirke eingeteilt, mit durchschnittlich 15 000 Einwohnern, wobei die Bezirksgröße zwischen 3 000 und 30 000 variieren kann. Je drei Stadtbezirke, also etwa 45 000 Einwohner, sollen einen kinderpsychiatrischen Sektor bilden, dessen Zentrum eine poliklinische Abteilung mit Tagklinik ist. Die meisten Patienten sollen von diesen in Zukunft 10 Abteilungen aus versorgt werden, und die stationäre Aufnahme sollte die Ausnahme darstellen. Für die stationäre Versorgung plant man zwei größere Sektoren, nämlich einen von etwa 350 000 Einwohnern, der sich auf die kinderpsychiatrische Abteilung am Städtischen Krankenhaus Ullevål (Dr. J. Lange) stützt, ein zweiter Sektor soll mit dem Staatlichen Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Dr. H. Wegeland) verbunden sein. Diese Klinik wird aber wohl auch in Zukunft Kinder aus weit entfernten Gebieten Norwegens aufnehmen und behandeln müssen.

Da man noch keine Erfahrungen mit kleinen, auf eine Poliklinik sich stützenden Sektoren hat, sieht man den jetzigen Plan als eine Art von Krisenversorgung an, mit dem man vorläufig Erfahrungen sammeln will, bevor eine endgültige Ordnung der kinderpsychiatrischen Versorgung geschaffen wird.

Ähnlich wie in der Kinderpsychiatrie, wo die Sektoren für die stationäre Versorgung größer als die für die ambulante und tagesklinische sind, soll auch in der Erwachsenenpsychiatrie vorgegangen werden. Auch hier sind 10 Sektoren zu je etwa 50 000 Einwohnern geplant, die man als Primärdistrikte bezeichnet. Bei der großen Bedeutung der Prävention in der Psychiatrie ist nach Meinung des Planungskomitees nur durch eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten der betreffenden Bevölkerung eine Möglichkeit zur Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Erkrankungen gegeben. Es ist geplant, daß die Psychiater die Sozialarbeiter beraten, die als Familienfürsorger im Wohn- oder Arbeitsbereich sehr engen Kontakt mit Personen haben, die sich in Schwierigkeiten befinden.

Im stationären Bereich sollen jeweils zwei ambulante Sektoren einen Sekundärdistrikt bilden, insgesamt vier oder fünf in Oslo. Entsprechend dem früheren Plan von Dr. Frøshaug werden jeweils eine Abteilung in Dikemark und eine Abteilung am Allgemeinkrankenhaus zusammenarbeiten, um auf diese Weise die Abteilung in der psychiatrischen Anstalt sehr eng an die Arbeit im Sektor heranzuführen.

Man hofft, im Jahre 1975 diese Pläne verwirklichen zu können, da baulich zunächst keine besonderen Voraussetzungen geschaffen werden müssen. An dieser Stelle sollte vielleicht ausdrücklich auf dieses besondere Charakteristikum in der psychiatrischen Planung in Norwegen hingewiesen werden: Man erklärt allgemein, daß das Geld sehr knapp sei und mit einer Stellenerhöhung bzw. größeren Baumitteln nicht zu rechnen sei, daß man aber dennoch der Meinung sei, mit den vorhandenen Möglichkeiten durch eine bessere Organisation wesentlich effektiver arbeiten zu können.

VIII. Zur Ausbildung

Dieses Gebiet wurde in den Gesprächen nur gelegentlich gestreift, ohne daß ich besondere Unterlagen gesammelt hätte. So seien hier nur einige spezielle Bemerkungen zur ärztlichen Weiter- und Fortbildung angeführt.

In Norwegen besteht seit jeher eine Trennung der beiden Disziplinen Psychiatrie und Neurologie. Früher war Neurologie im Ausbildungsgang zum Facharzt vorgeschrieben, was jetzt nicht mehr der Fall ist. Dafür erfolgt jetzt während des Studiums eine sehr intensive neurologische Ausbildung.

In der Ausbildung zum Psychiater ist eine einjährige psychotherapeutische Erfahrung erforderlich. In diesem Jahr wird unter Aufsicht analytisch ausgerichtete Psychotherapie durchgeführt. Die Supervision erfolgt wenigstens einmal in der Woche einstündig. Findet die Supervision in Gruppen statt, so muß die Zahl der Stunden entsprechend erhöht werden. Bisher gibt es etwa 20 Psychiater in Norwegen, die Supervision durchführen, wozu eine besondere Qualifikation, als Mindestanforderung 200 Stunden Lehranalyse, erforderlich ist.

Allgemein kann bemerkt werden, daß das Niveau der Weiterbildung hoch ist, was auch dadurch erreicht wird, daß die Weiterbildungsbefugnis von der Qualität der Krankenhäuser abhängig gemacht wird. Je nach Güte der Lehrprogramme erfolgt eine entsprechende Einstufung, beispielsweise ist die

Anstalt Dikemark in dieser Hinsicht den Universitätskliniken gleichgestellt.

Eine sehr bedeutende Rolle wird der Fortbildung zugemessen, die regelmäßig in intensiven Seminaren erfolgt, und die das Kennenlernen der Kollegen untereinander — bei ohnehin überschaubaren Verhältnissen in dem kleinen Land — sehr fördert.

Zusammenfassende und abschließende Bemerkungen

Die norwegische Psychiatrie nimmt in mancher Hinsicht eine besondere Stellung ein, wenn man sie mit anderen europäischen Ländern vergleicht. Norwegen gehört zu den bevölkerungsmäßig kleinsten Ländern Europas. Aus diesem Grunde ist eine gute Organisation leichter als in Ländern mit großer Bevölkerung zu realisieren, andererseits wird die Versorgung durch die großen Entfernungen häufig erschwert.

Dieser Bericht konnte nur einen Ausschnitt der psychiatrischen Versorgung schildern, vieles mußte beiseite gelassen werden, so vor allem das wichtige Gebiet der Ausbildung der nichtärztlichen psychiatrischen Berufe, das einen hohen Standard aufweist. Anderes konnte nur mit ein paar oberflächlichen Hinweisen angedeutet werden, wie das gut ausgebaute Heimwesen und die Familienpflege. Nur Weniges konnte ausführlicher behandelt werden, so etwa die Regelung der Zwangseinweisung ins psychiatrische Krankenhaus und die gute Organisation der Planung zukünftiger psychiatrischer Versorgung.

Trotz dieser Ungleichmäßigkeiten des Berichts dürfte deutlich geworden sein, daß die Versorgung insgesamt einen hohen Stand erreicht hat, und daß eine Reihe von Erfahrungen, die man in diesem Land gemacht hat, für uns nutzbar zu machen wäre und das um so mehr, als bei den norwegischen Kollegen eine große Bereitschaft zu finden ist, eigene Erfahrungen mitzuteilen und anderen die Gelegenheit zu geben, sie im eigenen Bereich anzuwenden.

Beim Besuch in Norwegen fällt auf, wie gut sich die Psychiater auch weit auseinander liegender Orte untereinander kennen und wie persönliche Kontakte den beruflichen Beziehungen zugute kommen. Das hat sicher eine Reihe von Gründen, so beispielsweise, daß es nur wenige Ausbildungsstätten gibt, daß die Seminare und Fortbildungsveranstaltungen von vielen besucht werden, und schließlich trägt sicherlich auch das gute Informationssystem über Einrichtungen dazu bei. Dem ausländischen Kollegen, der die fachlichen Aspekte des Landes kennenlernen möchte, erleichtert diese Kontaktbereitschaft untereinander die Aufnahme von professionellen und persönlichen Beziehungen ganz ungemein.

So möchte ich zum Schluß meine Gesprächspartner und Informanten dankbar erwähnen, nämlich Dr. Jarl Jørstadt, Dr. Arne Sandbu, Dr. Harald Frøshaug und Dr. Per Vaglum in Dikemark, ferner Dr. Christofer Lohne Knudsen und Dr. Otto Steenfeldt-Foss vom Sozialministerium, Dr. Björn Østberg im Gesundheitsrat der Stadt Oslo, Dr. Arne Fossum und zahlreiche andere, die mir bereitwillig Auskunft gaben.

Literatur

Evang, K.: Health Services in Norway. Oslo: Norwegian Joint Commitee on International Social Policy 1969.

Hilsen, E., Frøshaug, H., Olsson, W.: Innstilling fra Underutvalg I (Psychiatri). Oslo: 1970.

Jørstad, J.: Psychotherapy in a psychiatric institution, attitude and process. Psychotherapy and Psychosomatics. 24, 281, 1974.

Steenfeldt-Foss, O.W.: Psychiatrisk Helsetjeneste i „Public Health" — Perspektiv. T. norske Laegeforen. 90, 1267, 1970.

Steenfeldt-Foss, O.W.: Planlegging og organisasjon av psykisk helsevern i Norge. Nordisk psykiatrisk tidsskrift 27, 225—241, 1973.

Informationsreise nach Moskau und Leningrad (Oktober 1973)

von

D. von Zerssen

Fachbesichtigung: Psychiatrisches Krankenhaus „Kascenko"

Chefarzt Dr. Markovkin, zwei stellvertretende Direktorinnen

Bericht der ersten stellvertretenden Direktorin:

Das Psychiatrische Krankenhaus „Kascenko" wurde 1894 von den Geldern einer vom Bürgermeister veranstalteten Wohltätigkeitssammlung erbaut und deshalb ursprünglich nach ihm benannt. 1924 wurde es nach dem 1922 verstorbenen Psychiater Kascenko umbenannt, der noch vor der Oktoberrevolution die Klinik geleitet hatte und als erster Organisator der psychiatrischen Krankenversorgung in Moskau gilt. Das Haus wurde ursprünglich für 500 Betten gebaut, im Laufe der Jahre durch Erweiterungs- und Neubauten auf 2 715 Betten erweitert, wozu noch 150 Behandlungsplätze der Tagesabteilung hinzukommen. Nachtklinikbetten sind nicht vorhanden, sie werden auch für überflüssig erachtet.

Außer den klinischen Einrichtungen mit den dazugehörigen Laboratorien beherbergt das Krankenhaus auch das Zentrale Psychiatrische Forschungsinstitut (Prof. Snescnevskij) derAkademie der Medizinischen Wissenschaft mit eigenen Forschungslaboratorien und das Fortbildungsinstitut des Zentralen Lenin-Orden-Instituts für die ärztliche (psychiatrische) Weiterbildung mit drei Professoren, die in der Klinik nur konsiliarische Verpflichtungen haben, und fünf Assistenten, die im Stationsdienst tätig sind.

Das Krankenhaus hat acht der dreißig Bezirke stationär zu versorgen, in die Moskau nach dem Prinzip der sektorisierten Krankenversorgung eingeteilt ist. Diese Bezirke haben zusammen mit 2 Millionen Einwohnern den höchsten Bevölkerungsstand, für den in Moskau eine einzige stationäre Einrichtung zuständig ist. Allerdings ist diese Einrichtung nur für den Anteil der Erwachsenen an der Bevölkerung (ab 18 Jahren) zuständig, während Kinder (Alter bis zu 14 Jahren) und Jugendliche (zwischen 14 und 18 Jahren) jeweils in eigenen Einrichtungen versorgt werden. Jeder der Moskauer Bezirke, also auch die acht, für die das Krankenhaus „Kascenko" zuständig ist, verfügt über ein eigenes psycho-neurologisches Dispensaire (außerklinisches Ambulatorium), abgesehen von jeweils ein bis mehreren Polikliniken für somatische Erkrankungen, an denen Psychiater nur konsiliarisch tätig sind, soweit es um Fragen der Übernahme der Behandlung durch ein Dispensaire oder die Einweisung in die zuständige psychiatrische Klinik geht.

Das Dispensaire ist für alle Arten von psychiatrischen Krankheiten zuständig. An einem Dispensaire arbeiten gewöhnlich etwa fünf bis sieben Psychiater und eine größere Zahl von Krankenschwestern (etwa 20), wobei jedem der Ärtze ein eigener Teilbezirk zugeordnet ist. Die Tätigkeit umfaßt Beratung und Behandlung, einschließlich Einbestellungen von Patienten und Hausbesuchen, Klinikeinweisung, Übernahme klinkentlassener Patienten zur Nachbehandlung und Weiterbetreuung. Außerhalb der Dienstzeiten gibt es in Moskau einen zentralen psychiatrischen Notdienst mit mehreren diensttuenden Psychiatern, die telefonisch erreichbar sind. Die Einweisung eines Patienten in eine psychiatrische Klinik durch Ärzte anderer Fachrichtungen ist nicht möglich.

Es gibt am psychiatrischen Krankenhaus „Kascenko" insgesamt 40 Abteilungen, darunter eine Abteilung mit 65 Betten für Alkoholiker. Hier werden — unter Einschluß der Tagesabteilung — im Jahr durchschnittlich 15 000 bis 16 000 Patienten (darunter etwa 1 % Alkoholiker) behandelt. Das Zahlenverhältnis von den an einem Stichtag durchschnittlich behandelten Patienten zur Gesamtzahl der Angestellten beträgt 1 : 1, was den in der Sowjetunion (russische Großstädte?) üblichen Verhältnissen entspricht. Von den Angestellten sind 212 Ärzte, darunter allerdings nur 18 oder 19 männliche (!), von denen aber nur ein Teil in der Krankenversorgung tätig ist. Von diesen hat jeder im Schnitt etwa 25 Kranke zu behandeln. Außerhalb der Dienstzeit (die offiziell nur sechs Stunden pro Tag bei zwei freien Wochentagen beträgt) sind immer fünf Dienstärzte im Haus, davon zwei auf Aufnahmestationen. Außer den Psychiatern sind am Haus auch Spezialisten anderer Fachrichtungen (Neurologie, innere Medizin, z. T. konsiliarisch wie z. B. der Neurochirurg) tätig.

Für jeden Patienten wird eine ausführliche Krankengeschichte angelegt, die nach der Klinikentlassung mit entsprechenden Behandlungsvorschlägen versehen und dann dem weiterbehandelnden Arzt im Dispensaire zugeleitet wird. Dieser wird aber unmittelbar nach der Entlassung telefonisch bereits über den Fall informiert.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt etwas über zwei Monate, bei Schizophrenen etwa bis zu drei Monaten und bei Alterskranken etwa zwischen fünf und sieben Monaten. Dauerunterbringungen finden kaum statt, da für Fälle, die nicht

einmal vorübergehend bei der Familie unterkommen können, Spezialeinrichtungen existieren. So werden Schwachsinnige nur bei psychotischen Erkrankungen klinisch behandelt, sonst — soweit eine ambulante Betreuung nicht in Frage kommt — in Heimen, wobei offenbar getrennte Einrichtungen für Kinder und Erwachsene bestehen. Nichtrehabilitierbare chronisch Schizophrene können in — auf dem Lande gelegene — Krankenhäuser (Heime?) verlegt werden, die für die Angehörigen durch öffentliche Verkehrsmittel leicht erreichbar sein sollen. Hier liegt der Akzent der Arbeitstherapie nicht auf dem industriellen, sondern auf dem landwirtschaftlichen Sektor. Seit einigen Jahren sind — auf Initiative des Sozialministeriums (?) — auch Internate für Alterskranke (Altenpflegeheime) eingerichtet worden.

Die Unterbringung der Neuaufnahmen erfolgt differenziert für Erstaufnahmen und Wiederaufnahmen. Außerdem findet eine Differenzierung nach der Art der Erkrankung statt. So gibt es Abteilungen für akute Psychosen, für Alkoholiker (ohne Psychosen), für geriatrische Fälle, wobei wiederum nach arteriosklerotischen Psychosen und senilen Abbauprozessen differenziert wird. Eine weitere Differenzierung ergibt sich aus dem Krankheitsverlauf während des stationären Aufenthaltes; d. h. es finden Verlegungen von Stationen für unruhige Kranke auf solche für ruhige Kranke statt. In einem 90-Betten-Haus (s. Führung) sind Patienten beiderlei Geschlechts mit leichteren Störungen untergebracht, bei denen es sich überwiegend um abklingende psychotische Episoden handelt, die vorher auf anderen Abteilungen behandelt wurden. Nur hier gibt es in gewissen Bereichen Geschlechtermischung, während sonst durchweg strenge Geschlechtertrennung herrscht.

Nach den diagnostischen Kriterien des „Kascenko"-Krankenhauses bilden die Schizophrenen den höchsten Anteil der Patienten (ca. 50 %). Neurotiker werden angeblich nur in geringer Zahl aufgenommen. Eine spezielle Psychotherapie wird in diesen Fällen nicht vorgenommen. Im Vordergrund stehen Sozio- und Arbeitstherapie sowie physikalische Maßnahmen (s. Führung).

In der Schizophrenie-Behandlung steht die Somatotherapie im Vordergrund. Trotz intensiver Pharmakotherapie werden aber hier — wie überall in der Welt — nur begrenzte Erfolge erzielt: Verkürzung eines akuten Schubes, Verlängerung der Remissionsdauer und soziale, möglichst auch berufliche Rehabilitation (letztere eventuell auf niedrigerem Niveau). Außer Neuroleptica (vorwiegend Megaphen) und einem Fluphenazin-Depot-Präparat zur intramuskulären Injektion findet die Insulin-Koma-Behandlung Anwendung und seltener, bei strenger Indikation auch die Heilkrampfbehandlung (wie bei uns in Muskelrelaxation unter leichter Narkose, aber grundsätzlich mit bitemporaler Durchflutung). Arbeits- und Soziotherapie bilden einen integrierenden Bestandteil jeder Therapie und tragen wesentlich zur Rehabilitation der Patienten bei. Darüber hinaus spielt auch bei Psychotikern offenbar die physikalische Therapie eine nicht geringe Rolle.

Führung durch die erste stellvertretende Direktorin über vier Abteilungen des Hauses, eine Akut-Betten-Station für Frauen, ein offenes Haus für Männer und Frauen, die physiko-therapeutische Abteilung und die Abteilung für Arbeitstherapie.

1. Eine Akut-Betten-Station für ca. 50 Frauen, ein Teil der Station für ruhige, ein anderer für unruhige Patientinnen (mit bis zu 14 Betten pro Raum), u. a. 9 Betten für unruhige Patientinnen in Längsrichtung an den Wänden eines korridorartigen Schlauchzimmers aufgestellt. Eigenes Zimmer für die Ausgabe von Megaphen (wegen früher häufig aufgetretener allergischer Dermatitiden beim Personal).

   Arbeitstherapie auf Station unter Teilnahme der meisten Patientinnen (von ihnen viele im Morgenrock).

2. Ein offenes Haus für 90 vor der Entlassung stehende Patienten, nach Geschlecht auf zwei Stockwerke verteilt. Betont wohnlicher Charakter. Räume für Gemeinschaftsaktivitäten (Billard, Diskussionen im Rahmen der Kulturtherapie genannten Soziotherapie). Gemeinsamer Eßraum für Männer und Frauen. Hier grundsätzlich keine Anstaltskleidung, die sonst auf Wunsch getragen werden kann.

3. Abteilung für physikalische Therapie (nach unseren Begriffen eine Art Abteilung für physikalische Placebo-Behandlung): Sauerstoffglocke zur Behandlung von Depressionen, alle Arten von Wasseranwendungen, z. T. künstliche Badezusätze („künstlicher Kurort"). Inhalations-, verschiedene Arten von Elektrotherapie, darunter Elektroschlafbehandlung für Neurotiker aller Art, depressive, hirngeschädigte (z. B. Hirntraumatiker und Arteriosklerotiker), schlafgestörte Patienten u. a.

4. Abteilung für Arbeitstherapie mit 500 Plätzen, davon 150 für ambulante Patienten; für diese auch eigener Eßraum (stationäre Patienten werden auf ihren Stationen verpflegt). Für die Abteilung sind drei Ärzte und ein Inspektor sowie je ein technischer Meister für die einzelnen (insgesamt etwa sieben) Tätigkeitsbereiche (Tischlerei, Schuhmacherwerkstatt, mechanische Werkstätte etc.) zuständig. Ein Raum für künstlerische Betätigung von stationär behandelten Künstlern. Nur diese Arbeit wird nicht bezahlt, die andere grundsätzlich nach bestimmten Sätzen entlohnt. Stationäre Patienten müssen ca. 30 % ihres Verdienstes für die Soziotherapie abführen, die Tagespatienten verdienen etwa zwischen 30 und 100 Rubel pro Monat. Hinzu kommt bei ihnen (abgesehen von der freien Verpflegung — zwei Mahlzeiten pro Tag — und der freien Behandlung) eine Rente, deren Höhe von einem Expertenkomitee (je nach Grad der Behinderung und der vorher ausgeübten Tätigkeit) festgesetzt wird.

Fachbesuch: Institut für Weiterbildung von Ärzten in Psychotherapie

Leiter: Prof. Roscnov

Das erst vor acht Jahren eingerichtete Institut gehört zum Zentralen Fortbildungsinstitut für Ärzte und ist im zwölften Krankenhaus (einem psychiatrischen 300-Betten-Haus) untergebracht, verfügt aber auch über Zweigstellen in anderen Krankenhäusern und Dispensaires. Sein Leiter hat einen der beiden Lehrstühle für Psychotherapie in der SU inne. Der andere befindet sich in Charkow (Leiter: Prof. Filatow).

Am Institut arbeiten ein Professor, ein Dozent, drei Assistenten und nicht-akademisches Personal, insgesamt 15 Personen. Die Mitarbeiter sind zeitweise auch in einer Zweigstelle tätig. Im zwölften Krankenhaus gehören zum Institut drei Stationen zu je 60 Betten, die jeweils zur Hälfte mit Männern und Frauen belegt werden. Es werden nur ruhige Kranke ohne ausgeprägte psychotische Erscheinungen aufgenommen, die diagnostisch gesehen überwiegend dem auch hier sogenannten Gebiet der „kleinen Psychiatrie" anzurechnen sind: Psychopathen, Neurotiker, Patienten mit reaktiven Zuständen, ferner solche mit blanden schizophrenen Psychosen vorwiegend pseudoneurotischer Prägung. Der Aufenthalt der Kranken beträgt im allgemeinen sechs Wochen; danach erfolgt eine Entlassung auch bei unzureichender Besserung.

Außer der Anwendung der Psychotherapie hat das Institut vor allem die Aufgabe zur psychotherapeutischen Weiterbildung von Ärzten verschiedener Fachrichtungen, überwiegend Psychiater, aber auch Neurologen, Narkologen (Spezialärzte für Suchtkrankheiten), Internisten, Lungenfachärzte, Gynäkologen. Ärzte anderer Fachrichtungen, z. B. Balneologen, werden in Charkow ausgebildet.

Im Jahr finden fünf bis sechs zweimonatige Fortbildungskurse für jeweils 28 bis 30 Teilnehmer aus allen Teilen der Sowjetunion statt. Diese Kurse werden — wie auch andere Fortbildungskurse, die von einem der ca. 15 bis 20 Institute für die ärztliche Fortbildung in der Sowjetunion veranstaltet werden — vorher in der Presse angekündigt. Außerdem findet eine Benachrichtigung der einschlägigen Institutionen vom Gesundheitsministerium aus statt. Die Teilnahme ist freiwillig; wegen der begrenzten Teilnehmerzahl ist aber die Nachfrage verhältnismäßig groß.

Das Kursprogramm umfaßt folgende Gebiete:

1. Geschichte der Psychotherapie in der Sowjetunion und im Ausland
2. Die wichtigsten Methoden der Psychotherapie, nämlich:
   Hypnose
   Autosuggestion
   rationale Therapie
   kollektive Psychotherapie (s. u.)
   Narkoanalyse
3. Psychopathologie der „Grenzzustände", d. h. der Krankheitsbilder aus der „kleinen Psychiatrie" und des Alkoholismus
4. Persönlichkeitslehre
5. theoretische Grundlagen, als da sind:
   marxistisch-leninistische Lehre
   materialistische Psychologie
   Physiologie, speziell Pavlow's Lehre von der höheren Nerventätigkeit

Immer wieder wird auf die hier sogenannte Deontologie (ärztliche Ethik) eingegangen.

Die psychotherapeutischen Behandlungsmethoden werden sowohl in Vorlesungen als auch in anschließender praktischer Ausübung bei stationären Fällen vermittelt. Die Indikationen der einzelnen Verfahren werden als begrenzt angesehen, weshalb man sie bevorzugt im Sinne einer komplexen Psychotherapie sukzessive oder auch simultan miteinander sowie mit Pharmakotherapie, Arbeitstherapie und sogenannter Bibliotherapie kombiniert. Letztere besteht in der Lektüre von nach therapeutischen Gesichtspunkten ausgesuchten Schriften.

Die kollektive Psychotherapie wird definitorisch von der Gruppentherapie abgehoben, wobei letztere in einem vom Sprachgebrauch im wesentlichen Ausland abweichenden Sinne auf die bloße Erweiterung von Einzelbehandlungen auf gleichzeitig mehrere Patienten (z. B. Gruppenhypnose, Gruppen für die Unterstufe des autogenen Trainings) eingeengt wird. Bei dieser Art von Therapie spielt der Arzt eine ausgesprochen aktive Rolle.

In der kollektiven Psychotherapie tritt der Arzt mehr in den Hintergrund, aus dem er sozusagen nur unauffällig Regie führt, während die aktive Rolle von den Patienten übernommen wird. Der einzelne Kranke soll dabei vom Kollektiv getragen werden.

Dies umfaßt im allgemeinen nicht mehr als 12 bis 15 Patienten (bei Professor Ivanow in Gorki allerdings gewöhnlich 30). Die Patienten diskutieren miteinander; Fragen werden nur teilweise vom Therapeuten, zum großen Teil aber von anderen Kranken beantwortet. Patienten sollen dabei die Erfahrung machen, daß auch andere unter einer ähnlichen Störung leiden wie sie und im Laufe der Behandlung auch hören, wie andere mit ihren Schwierigkeiten zunehmend besser fertig werden. Es werden auch anonyme Krankengeschichten besprochen. Der Charakter dieser Art von Therapie scheint stark pädagogisch gefärbt zu sein.

Professor Roscnov hat für die Behandlung des Alkoholismus eine sogenannte kollektive emotionale Streßtherapie entwickelt, die bei jeweils etwa 15 bis 20 Patienten angewendet wird, der oben gegebenen Definition nach aber keine kollektive, sondern eine ausgesprochene Gruppentherapie mit aktiver Rolle des Arztes ist. Dieser suggeriert den Patienten in Hypnose eine starke Aversion gegen Alkohol ein und läßt sie danach diese Aversion intensiv erleben, indem er sie realiter mit Alkoholgeruch (in Alkohol getränkte Wattebäusche, die er ihnen vor die Nase hält) konfrontiert. Die Reaktion,

die u. a. in Erröten, Erblassen und anderen vegetativen Erscheinungen besteht, tritt schließlich schon auf das bloße Wort „Wodka" hin ein. Im Anschluß an diese Therapie wird den Patienten (der Bechterev'schen Tradition folgend) die soziale Rolle des Alkoholmißbrauchs vor Augen geführt und insbesondere darauf hingewiesen, wie unbedeutend der einzelne im Gesamt der Gesellschaft ist. Auch hier spielen also pädagogische Momente eine entscheidende Rolle in der Therapie.

Die Psychoanalyse wird nur im historischen Teil des theoretischen Unterrichts kritisch gewürdigt, wobei der Akzent auf der Kritik zu liegen scheint.

Irgendwelche Erfolgsstatistiken über die verschiedenen Behandlungsformen liegen nicht vor, doch soll es mit der kollektiven emotionalen Streßtherapie gelingen, einen wesentlichen Prozentsatz der Alkoholiker für ein bis zwei Jahre von ihrer Sucht zu befreien.

Neuere Arbeiten aus dem westlichen Ausland über verschiedene psychotherapeutische Verfahren, darunter auch die lernpsychologisch fundierten Verfahren der Verhaltensmodifikation, scheinen weitgehend unbekannt zu sein. Es existiert offenbar kein einschlägiges Schrifttum aus dem westlichen Ausland, wohl aber eine nicht sehr umfangreiche sowjetische Literatur, die z. T. aus dem Moskauer Institut stammt.

Ausbildungsfragen

Diese Informationen stammen von Fachbesichtigungen am Kascenko-Krankenhaus in Moskau, von einem Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums und vor allem von einem Fachbesuch am Bechterev-Institut für psychoneurologische Forschung in Leningrad. Informanten waren hier vor allem der Inhaber des psychiatrischen Lehrstuhls des Leningrader Medizinischen Instituts (Prof. Lebedev), der Leiter des Bechterev-Instituts (Prof. Kasanov) und der Leningrader Chefpsychiater (Organisator und Koordinator der psychiatrischen Dienste in Leningrad: Dr. Beljaev, der zugleich Leiter des 4. psychiatrischen Krankenhauses in Leningrad ist).

Die personellen Säulen der psychiatrischen Krankenversorgung sind in erster Linie der Facharzt für Psychiatrie und in zweiter Linie die psychiatrische Krankenschwester. Alle anderen Berufssparten spielen eine relativ untergeordnete Rolle, die stärkste wohl noch die in der Arbeitstherapie beschäftigten Werkmeister. Psychologen sind in geringem Umfange mit der Diagnostik und der Begutachtung, stärker wohl noch stellenweise mit experimenteller Forschung beschäftigt, sind aber im ganzen gesehen für die Krankenversorgung von geringer Bedeutung. Die Aufgaben unserer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sowie der Sozialarbeiter werden im wesentlichen von Krankenschwestern wahrgenommen. Krankenpfleger gibt es nur in kleiner Zahl.

An Kliniken und Forschungsinstituten sind selbstverständlich eine wechselnde Anzahl von Ärzten anderer Fachrichtungen (klinische wie auch Laborärzte) tätig. Eine quantitativ bedeutsame Rolle spielt aber neben dem Psychiater und der Psychiatrieschwester nur noch das technische und das Verwaltungspersonal.

Die Bezahlungsunterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sind verhältnismäßig gering. Die durchschnittliche Bezahlung ist in den akademischen Berufen etwas besser als in den anderen des medizinischen Dienstes; insbesondere sind die Aufstiegsmöglichkeiten für Ärzte günstiger. Da die Bezahlung außer vom Dienstalter von der durch Prüfungen nachgewiesenen fachlichen Qualifikation und der beruflichen Position abhängen, und die Bezahlung für unsere Begriffe sehr niedrig ist (so z. B. verdient ein Omnibusfahrer mittleren Alters etwa doppelt so viel wie ein Arzt in den ersten Jahren der Berufsausübung, und das Durchschnittseinkommen qualifizierter Facharbeiter liegt über dem Durchschnittseinkommen der Ärzte) besteht auch ein finanzieller Anreiz zu Leistung und Weiterbildung. Außerdem machen viele Ärzte wegen der für die Ernährung einer Familie unzureichenden Bezahlung Überstunden. Insofern ist die uns angegebene Zahl von sechs Arbeitsstunden pro Tag bei zwei freien Wochentagen und zwei Monaten Urlaub im Jahr wohl mehr theoretisch. Die geringe Bezahlung von Ärzten soll aber auch ein Grund für das Dominieren von Frauen im Arztberuf sein. Das gilt auch für den Beruf des Psychiaters, obwohl jene rd. 30 % mehr verdienen als ihre Kollegen in den somatischen Disziplinen. Durch diese Mehrbezahlung soll wohl ein Anreiz geschaffen werden, den früher anscheinend wenig beliebten Beruf des Psychiaters zu ergreifen. Als Anfangsgehalt eines Psychiaters wurde uns 100 bis 120 Rubel pro Monat genannt. Nach vieljähriger Berufsausbildung beträgt das Gehalt im allgemeinen zwischen 200 bis 300 Rubel monatlich, während Facharbeiter durchaus auf ein Monatsgehalt von mehr als 300 Rubel monatlich kommen können.

Während die Ausbildung zur Psychiatrie-Schwester in wenigen Sätzen dargestellt werden kann, muß auf die Ausbildung des Psychiaters detaillierter eingegangen werden.

Voraussetzung für die Schwesternausbildung ist die mittlere Reife, die man nach 8jähriger Ausbildung an einer Gesamtschule erhält. Es schließt sich eine zweijährige Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege an. Erst dann erfolgt die spezielle Ausbildung in Psychiatrie, die in klinischer Tätigkeit und Teilnahme an Kursen besteht. Nach einem Jahr wird das Abschlußexamen abgelegt und aufgrund des bestandenen Examens ein Diplom erteilt.

Die Facharztausbildung zum Psychiater erfolgt unmittelbar nach dem medizinischen Staatsexamen. Voraussetzung für das Medizin-Studium ist die Abschlußprüfung der zehnjährigen „Mittelschule", d. h. der erfolgreiche Abschluß an einer Gesamtschule, darüber hinaus aber auch das Bestehen einer Aufnahmeprüfung an einem medizinischen Institut. Die Zahl der Bewerbungen variiert von Institut zu Institut, beträgt aber z. Zt. in Moskau und Leningrad durchschnittlich 3 bis 4. Die Prüfung kann gegebenenfalls nach einem Semester wieder-

holt werden. In der Zwischenzeit wendet sich der Bewerber im allgemeinen einer pflegerischen Tätigkeit zu, u. a. weil es dafür zusätzliche Pluspunkte bei der Auswahl der Bewerber gibt. Während des sechsjährigen Medizinstudiums werden nach jedem Semester mehrere Fächer geprüft, nach dem dritten Studienjahr medizinische Psychologie, nach dem fünften Semester Psychiatrie. Nach zwölf Semestern erfolgt eine allgemeine klinische Abschlußprüfung in Chirurgie, innerer Medizin, Gynäkologie, Geburtshilfe, Therapie, Gesundheitswesen sowie Philosophie und Gemeinschaftskunde; in diesem Zusammenhang werden auch die Psychiatrie betreffende Fragen gestellt.

Die Prüfungsnote in Psychiatrie wird u. U. bei Bewerbungen an Kliniken mitberücksichtigt.

Im allgemeinen spezialisiert man sich zum Psychiater bereits unmittelbar nach Abschluß des Studiums in der sogenannten Internatur, die ein Jahr dauert. Sie muß in diesem Falle an einer psychiatrischen Ausbildungsklinik absolviert und mit einer Prüfung abgeschlossen werden. Nach bestandener Prüfung gilt der Arzt als Spezialist für Psychiatrie, muß sich aber noch einer weiteren zweijährigen praktischen Tätigkeit mit begleitender theoretischer Fortbildung an einer Klinik oder einem Dispensaire unterziehen. Die theoretische Ausbildung ist aber jetzt weniger intensiv als während der Internatur; u. U. besteht sie nur in der Überwachung der Arbeit durch einen besonders erfahrenen Kollegen. Danach besteht eine gewisse Verpflichtung zu freiwilliger Fortbildung in Kursen von zwei- bis sechsmonatiger Dauer (z. T. auch länger), die von einem der (zwischen 15 und 20) Institute für ärztliche Fortbildung in der Sowjetunion oder der Fortbildungsfakultät an einem medizinischen Institut (medizinische Hochschule) veranstaltet werden. Die Kurse werden in der Presse angekündigt. Außerdem erfolgt eine Benachrichtigung der psychiatrischen Institutionen durch das Gesundheitsministerium (über die Gesundheitsministerien der verschiedenen Sowjetrepubliken). Die Teilnehmerzahl ist beschränkt und liegt immer unter der Zahl der Bewerber, die sich durch solche Kurse u. a. das Anrecht auf bessere Bezahlung und gehobene Positionen erwerben. Die Bewerbungen kommen allerdings keineswegs allein aus eigener Initiative der Kursanwärter zustande; vielmehr versuchen im allgemeinen die Anstalten, Mitarbeiter für bestimmte Arbeitsgebiete ausbilden zu lassen. In Leningrad übernimmt der Chefpsychiater der Stadt die Koordination der Fortbildungsprogramme.

Nach fünfjähriger ärztlicher Tätigkeit (unter Einschluß der Internatur) kann ein Arzt für zwei Jahre einem Lehrstuhl oder Forschungsinstitut zugeordnet werden. Diese sog. Ordinatur wird mit einer Prüfung abgeschlossen, deren erfolgreiches Bestehen zur Übernahme einer Chefarzt-Position oder dessen Vertretung berechtigt. In Ausnahmefällen kann Hochbegabten der Zugang zur Ordinatur schon nach Abschluß ihres Studiums eröffnet werden. Die Auswahl trifft der zuständige Hochschullehrer.

Während die Ordinatur der Qualifikation für Führungspositionen in der Krankenversorgung dient, zielt die sog. Aspirantur auf die Qualifikation für eigene Forschungstätigkeit und den Erwerb des akademischen Grades eines Kandidaten der medizinischen Wissenschaften ab. In Ausnahmefällen steht sie Hochbegabten auf Empfehlung des medizinischen Instituts offen, an dem sie sich durch die Teilnahme an wissenschaftlichen Veranstaltungen und die erfolgreiche Mitarbeit an Forschungsprojekten hervorgetan haben. Sie beträgt in diesem Falle drei Jahre; derselbe Zeitraum gilt für eine Aspirantur im Anschluß an eine mindestens dreijährige praktische Tätigkeit bei einem Alter von nicht über 35 Jahren. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zu einer vierjährigen Fernaspirantur aufgrund wissenschaftlicher Arbeiten im Rahmen der praktischen ärztlichen Tätigkeit. Der Aspirant erwirbt dadurch ein Anrecht auf mehr Urlaub (drei statt zwei Monate im Jahr); außerdem steht ihm ein zusätzlicher freier Tag pro Woche für das Literaturstudium zu. Er wird in dieser Zeit vom Leiter eines Forschungsinstitutes betreut, der gegebenenfalls in einer anderen Stadt tätig sein kann. Zu dieser Gruppe gehört jetzt die größte Zahl der Aspiranten.

In der sowjetischen Medizin werden zwei wissenschaftliche Grade (Kandidat der medizinischen Wissenschaft und Doktor der medizinischen Wissenschaft) sowie zwei Titel (Dozent und Professor der Medizin) unterschieden.

Kandidat der medizinischen Wissenschaft wird man aufgrund einer Dissertation, gewöhnlich im Anschluß an eine Aspirantur. Nach zwei bis drei Jahren erwirbt man dadurch das Anrecht auf den Titel eines Dozenten. An einem Forschungsinstitut entspricht dem etwa der ältere wissenschaftliche Mitarbeiter eines Professors. Zum Doktor der medizinischen Wissenschaft avanciert man nach der Kandidatur aufgrund einer selbständigen wissenschaftlichen Arbeit, die neue Erkenntnisse erbracht haben muß und etwa unserer Habilitationsschrift entspricht. Nach zwei bis drei Jahren wird einem dann im allgemeinen der Professorentitel verliehen. Jeder Kandidat der Wissenschaft kann auch ohne Dissertation nach zwei bis drei Jahren Dozent an einer Hochschule oder an einem Fortbildungsinstitut oder aber Abteilungsleiter an einem Forschungsinstitut werden.

Forschungsorganisation in der Sowjetunion (Informanten: Professor Lebedev und der Chefpsychiater von Leningrad, Dr. Beljaev):

Die Akademie der Wissenschaften der UdSSR ist das höchste wissenschaftliche Gremium der SU. Die ihr unterstellten Institutionen, zu denen z. B. in Leningrad das Pawlov-Institut gehört, sind vorwiegend theoretisch und experimentell orientiert.

Die Akademie der medizinischen Wissenschaft koordiniert die medizinische Grundlagenforschung in der gesamten SU in Absprache mit dem Gesundheitsministerium.

Dem Gesundheitsministerium sind im übrigen eigene Akademien unterstellt, zu denen das Serbskij-Institut und Institute zur ärztlichen Weiterbildung gehören. Das Zentralinstitut für die ärztliche Weiterbildung in Moskau und das Leningrader Weiterbildungsinstitut unterstehen direkt dem Gesundheitsministerium, die anderen gehören in den Ver-

antwortungsbereich der Gesundheitsministerien der einzelnen Sowjetrepubliken.

Zu den Akademien, die den Gesundheitsministerien der einzelnen Sowjetrepubliken unterstellt sind, gehört auch das Bechterev-Institut für psychoneurologische Forschung. Diese Akademien sind in ihrer Forschungstätigkeit mehr praktisch-klinisch orientiert.

Fachbesichtigung: Bechterev-Forschungsinstitut für Psychoneurologie

Leiter: Professor Kabanov

Das Bechterev-Institut gehört zu jenen Forschungsinstituten, die dem jeweiligen Gesundheitsministerium der einzelnen Sowjetrepubliken unterstellt sind und alle mehr praktisch-klinische Forschung betreiben. Im Jahre 1908 als wissenschaftliches Forschungsinstitut und Hochschule eigener Prägung von dem russischen Neurologen, Psychiater und Psychologen Bechterev gegründet, hat es sich im Laufe der Zeit zu einem psychoneurologischen Forschungsinstitut entwickelt, das klinische mit experimentellen Forschungsansätzen verbindet. Es verfügt über 450 Betten und einer Tagklinik mit 25 Plätzen. Der durchschnittliche Patientendurchgang beträgt etwa 2 000 Fälle im Jahr. Am Institut sind ungefähr 100 Ärzte, 16 Psychologen, 250 Krankenschwestern und 150 sonstige Bedienstete tätig. Außer den klinischen Abteilungen für Psychiatrie und für Neurologie sind verschiedene Laboratorien (Pathophysiologie, Neurophysiologie des Gehirns, Elektronenmikroskopie, Biochemie etc.) vorhanden, außerdem ein sogenanntes Arbeitskombinat, d. h. ein Betrieb für industrielle Arbeitstherapie. Die Aufnahme in eine der klinischen Abteilungen erfolgt durch einen speziellen Einweisungsmodus aus der ganzen Republik, da das Institut wegen seiner speziellen Forschungsaufgaben nicht in die regionalisierte Versorgung Leningrads einbezogen ist. Die Patienten sind auf spezialisierte Abteilungen verteilt (klinische Psychopharmakologie, Abteilungen für Neurosen und Psychotherapie, für Geriatrie, für Alkoholiker, für Hirnkrankheiten — mit einer Spezialabteilung für postenzephalitische Zustände —, für Epileptiker, eine Abteilung für Neurochirurgie, besonders bei bestimmten Formen der Epilepsie, und eine Sonderabteilung für extramurale Psychiatrie unter Dr. Volovik, s. u.).

Hauptforschungsgebiete des Instituts sind medizinische Psychologie, vasculäre Erkrankungen des Gehirns, Fragen der biologischen Therapie und die Rehabilitation psychisch und neurologisch Kranker.

In einem kurzen Referat umreißt Dr. Volovik als Leiter der Sonderabteilung für extramurale Psychiatrie die Zielsetzung der Frührehabilitation. Sie soll unter komplexer Anwendung biologischer und psychosozialer Maßnahmen die Entwicklung von sozialer Desintegration, chronischem Krankheitsverlauf und Invalidität verhüten. Bei klinisch behandelten Fällen bemüht man sich auf allen Abteilungen — nicht nur der für Rehabilitation — vom Tag der Aufnahme an um eine Beseitigung von negativen Einflüssen des Krankenhausmilieus. Bei psychotischen Patienten wird grundsätzlich mit der kombinierten Anwendung von Psychopharmaka und Soziotherapie gearbeitet, wobei die Arbeitstherapie eine große Rolle spielt. Nach dieser ersten Etappe erfolgt die zweite einer möglichst frühzeitigen Übernahme des Falles in eine Tagesklinik mit Werkstätten, die der beruflichen Rehabilitation dienen. Anschließend erfolgt in der dritten Etappe die soziale Wiedereingliederung in normale Lebensverhältnisse außerhalb der Institutionen.

In Leningrad bemüht man sich besonders darum, die erste Etappe der Frührehabilitation ganz zu umgehen, indem man die drohende psychotische Dekompensation schon im Dispensaire frühzeitig erkennt und diese Patienten dann direkt in eine Tag- bzw. Nachtklinik aufnimmt. Die Abteilung für Rehabilitation unter Dr. Volovik befaßt sich speziell mit der teilstationären Frührehabilitation unter Verzicht auf klinische Behandlung. Nach Auffassung von Herrn Dr. Volovik lassen sich bei beginnenden Psychosen drei Stadien unterscheiden, ein pseudo-neurotisches Vorstadium, in dem die Symptomatik — nicht zuletzt wegen ihrer starken Abhängigkeit von äußeren Einflüssen — von einer neurotischen Störung im engeren Sinne nicht zu unterscheiden ist; dann das präpsychotische Stadium, in dem sich das Bild mehr in Richtung auf das einer schizophrenen Psychose hin entwickelt, ohne daß es aber zum Auftreten von floriden psychotischen Symptomen (wie Wahnideen und Halluzinationen) kommt und schließlich das Stadium der psychotischen Dekompensation. Das diagnostische Bemühen richtet sich deshalb auf die Erfassung präpsychotischer Zustände im Dispensaire und die sofortige Einleitung teilstationärer Behandlung mit intensiven therapeutischen und rehabilitativen Bemühungen. Im Rahmen der komplexen Therapie spielen auch psychotherapeutische Methoden eine Rolle, die allerdings vorwiegend bei Neurotikern zur Anwendung kommen. Es handelt sich im wesentlichen um die rationale Psychotherapie, die bei uns als Persuasionstherapie (nach Dubois) bekannt ist, und um verschiedene Formen der Gruppentherapie, sowohl als nicht-direktive verbale Gruppentherapie, die hauptsächlich mit Depressiven und andern Neurotikern durchgeführt wird, zum anderen um eine Kombination von Elementen aus dem Soziodrama und der Verhaltenstherapie, der Kommunikationstherapie und des sozialen Trainings. Diese Therapieform wird besonders bei schizophrenen Patienten und solchen mit nichtpsychotischen Kommunikationsstörungen angewendet.

Fachbesichtigung:

Psychoneurologisches Dispensaire des Moskau-Distrikts von Leningrad

Leiter: Dr. Breslav

Dieses Dispensaire hat einen der größten Bezirke mit insgesamt etwa 400 000 Einwohnern zu versorgen. Wegen zahlreicher Neubauten in dem an sich

alten Wohnbezirk findet eine erhebliche Migration statt. In dem Bezirk gibt es eine psychiatrische Klinik mit rund 400 Betten. Das Dispensaire, das zu den ältesten der Stadt gehört, verfügt über eine Tagesklinik mit 75 bis 80 Plätzen und 25 Nachtklinikbetten, Werkstätten, Laboratorien und 180 Personalstellen. Von den 27 Ärzten sind die meisten Männer (im Gegensatz zu den Verhältnissen in Moskau), außer 44 Krankenschwestern hat auch der größte Teil der übrigen Bediensteten unmittelbar mit der Krankenversorgung zu tun. Es gibt zahlreiche Sektionen, so für Kinder und Jugendliche mit speziell ausgebildeten Ärzten und Schwestern, für Suchtkranke, für Epileptiker (ein Arzt und zwei Schwestern), auch für Stotterer und für Patienten mit sexuellen Verhaltensstörungen. Hinzu kommen eine Sektion für Rechtsfragen, außerdem Registratur und Statistik, Physikotherapie, psychologisches und klinisch-chemisches Laboratorium.

Fast 400 Werkstattplätze stehen für Tagesklinik-Patienten und (überwiegend) ambulante Patienten zur Verfügung. Darin sind auch geistig behinderte Kinder und Jugendliche einbegriffen, deren Versorgung in Leningrad anscheinend enger mit der übrigen psychiatrischen Versorgung verknüpft ist als in Moskau. Die Oligophrenen sind zusammen mit anderen Behinderten vor allem in der Kartonagenabteilung der Werkstätte beschäftigt. Im übrigen werden Frauen besonders an Nähmaschinen, Männer an Metallpressen eingesetzt. Zudem gibt es noch Plastikarbeiten.

Das Dispensaire arbeitet mit Gewinn, der nicht besteuert wird und u. a. für Bauzwecke verwendet werden kann. Der erwirtschaftete Überschuß wird dem Etat für psychiatrische Dienste zugeschlagen.

Es gibt im Dispensaire auch einen Patientenklub, der sich mit Arbeit und Freizeitgestaltung befaßt.

Der größte Teil der Dienstzeit eines Arztes am Dispensaire wird auf Sprechstunden verwendet. Hinzu kommen Hausbesuche, Konsiliardienst an Polikliniken, Besuch von Werkstätten und Teilnahme an Klubveranstaltungen. Zu den Aufgaben eines Dispensaires gehört ferner die Registratur und die Erarbeitung von statistischen Übersichten, die Auszahlung des Arbeitslohns für die in Werkstätten tätigen Patienten sowie die Auszahlung der Renten, ferner Vormundschaftsangelegenheiten einschließlich der Überwachung einer Vormundschaft, fürsorgerische Tätigkeit (z. B. Verbesserung von Wohnverhältnissen der betreuten Fälle), wobei sozialfürsorgerische Aufgaben von einer Krankenschwester versehen werden und schließlich Gesundheitsaufklärung.

Das Dispensaire des Moskauer Distrikts in Leningrad ist eines der größten und bestorganisierten, kann aber im ganzen als repräsentativ für die ambulante und teilstationäre Versorgung in Leningrad betrachtet werden. Die Stadt ist in 21 Bezirke mit jeweils einem eigenen Dispensaire eingeteilt, dessen Chef immer ein Psychiater ist. Sechs dünn besiedelte Außenbezirke haben nur jeweils eine kleine Poliklinik mit etwa zwei bis drei Ärzten, aber kein eigenes Dispensaire. In allen 21 Dispensaires der Stadt sind Werkstätten und eine Tagesklinik vorhanden, Nachtklinikbetten aber nur in einigen, weil man auf diesem Gebiet erst genauere Erfahrungen sammeln möchte. Die Zahl der Tagesklinikplätze (etwa zwei auf 10 000 Einwohner eines Bezirks) ist empirisch grob ermittelt, scheint sich aber bewährt zu haben. Entsprechendes gilt für die Zahl von 25 psychiatrischen Klinikbetten auf 10 000 Einwohner.

Im Moskau-Distrikt mit rd. 400 000 Einwohnern sind etwa 16 000 Personen als medizinisches Personal in der psychiatrischen Krankenversorgung eingesetzt, darunter rund 1 500 Ärzte. Im Dispensaire hat ein Arzt etwa 1 000 Patienten zu betreuen. Diese Zahl scheint niedriger zu sein als die für Dispensaires in Moskau geltenden Zahlen (bis zu 2 000).

Sektorisierte Versorgung in Holland
Bericht über eine Informationsreise (April 1974)

Teilnehmer: I. Rauch, M. Richartz, R. Wienekamp

Gliederung

1 Auftrag und Zielsetzung der Informationsreise

1.1 Zusammenfassung von Eindrücken und Ergebnissen der Informationsreise

2 Das derzeitige System der psychiatrischen Versorgung in den Niederlanden

2.1 Geschichtliches über konfessionelle, „freie", kommunale und staatliche Einrichtungen im ambulanten und stationären Bereich

2.2 Einige Informationen und Zahlen über die derzeitige psychiatrische Versorgungssituation

3 Organisation, Kooperation, Finanzierungsmodalitäten, Steuerungsgremien

3.1 Überregionale Koordination — Funktion der „Reichsinspektion, Abteilung geistige Volksgesundheit"

3.2 Organisation auf kommunaler Ebene am Beispiel Den Haag

3.3 Einige Bemerkungen über Sozialgesetzgebung und Krankenversicherung in den Niederlanden

3.4 Auf dem Weg zu einer Einbeziehung von Rehabilitation und Prävention in eine regionalisierte Versorgung

4 Quellenverzeichnis

1 Auftrag und Zielsetzung der Informationsreise

Der vorliegende Bericht — der über das ambulante und stationäre psychiatrische Versorgungssystem in den Niederlanden sowie über die sich dort durchsetzenden Regionalisierungskonzepte informiert — beruht vorwiegend auf Informationen, die in Gesprächen mit maßgeblichen Vertretern *) aus Praxis und Planung der psychiatrischen Versorgung gewonnen wurden:

— *Dr. C. Buis,* stellvertretender Hauptinspekteur bei der Staatsaufsicht über die Volksgesundheit, Hauptinspektion für die geistige Volksgesundheit, Leidschendam.

— *J. van Londen,* Psychiater, Leiter der Abteilung „Geistige Volksgesundheit" beim Gesundheitsamt (Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst = GG u. GD), den Haag.

— *Prof. Dr. M. Romme,* Vorsitzender der Niederländischen Vereinigung für ambulante geistige Gesundheitspflege (NVAGG) und Professor für Sozialpsychiatrie an der Medizinischen Fakultät Maastricht.

— *Prof. Dr. K. Trimbos,* Leiter der Abteilung Präventive und soziale Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Erasmus-Universität Rotterdam.

— *Prof. Dr. J. A. Weyel,* „Versicherungspsychiater" bei der „Vereinigten Verwaltung der Kranken- und Rentenversicherungen" (G. A. K.), Amsterdam.

Die Gesprächspartner wurden nach dem Gesichtspunkt ihrer institutionellen und persönlichen Kompetenz für Fragen der Entwicklung auf kommunaler (z. B. van Londen) und überregionaler (z. B. Dr. Buis, Prof. Romme) Ebene oder hinsichtlich ihrer maßgeblichen Beteiligung an der Entwicklung von Konzeptionen einer regionalisierten Neustrukturierung der bestehenden Institutionen und Einrichtungen (Prof. Trimbos) ausgewählt.

Darüber hinaus wurden zur Abrundung der Eindrücke in das Besuchsprogramm zwei Stiftungen einbezogen, die mit ihren verschiedenen Diensten bereits einen regionalisierten Bezug haben:

*) An dieser Stelle möchten wir unseren Gesprächspartnern für ihre Hilfe und den gastfreundlichen Empfang danken.

— *Psychomedizinisches Regionalzentrum,* Stiftung geistige Gesundheitspflege, Maastricht und Umgebung.

— *Stiftung geistige Gesundheitspflege „Östlicher Mienendistrikt"* in Heerlen.

— Schließlich ergab sich die Gelegenheit, die interdisziplinär aufgebaute Praxis des Nervenarztes *T. Dil,* Amsterdam, und das *Krisenzentrum* bei den Universitätskliniken der Gemeindeuniversität Amsterdam zu besuchen.

Für den Bericht wurden auch statistische und wissenschaftliche Quellen ausgewertet, die wir zum größten Teil ebenfalls unseren Gesprächspartnern verdanken.

1.1 Zusammenfassung von Eindrücken und Ergebnissen der Informationsreise

Die geschichtlich gewachsene Realität einer meist von Bürgergruppen ausgehenden Vielfalt von Institutionen stellt sich heute unter dem verbindlich gewordenen Oberbegriff der „geistigen Gesundheitspflege" als ein weit verzweigtes Netz kommunaler, konfessioneller und privater Institutionen der ambulanten und stationären psychiatrischen sowie psychosozialen Versorgung dar. Auch der größte Teil der „Anstaltspsychiatrie" wird von Stiftungen und Vereinen getragen. Daneben gibt es einige wenige staatliche psychiatrische Krankenhäuser auf provinzieller Ebene, deren Belegungspolitik ebenso wie bei den Krankenhäusern in freier Trägerschaft infolge des bestehenden Systems der Krankenversicherungen und der Sozialhilfe in der Regel einer kommunalen Kontrolle durch die Gesundheitsämter unterliegt (in Amsterdam können z. B. nur die Universitätskliniken Patienten ohne Einschaltung des Gesundheitsamtes stationär aufnehmen, ein Prinzip, das übrigens für alle medizinischen Disziplinen gilt).

Die Gesundheitsämter nehmen darüber hinaus eine zentrale Stellung in der psychiatrischen Vor- und Nachsorge ein. Für sie besteht kein Therapieverbot. Für zur Entlassung anstehende stationäre Patienten vermitteln sie Kontakte zu niedergelassenen Nervenärzten und anderen ambulanten Institutionen, wodurch besonders für schwerbehinderte Patienten ein möglichst lückenloser Übergang zur ambulanten Nachsorge gefördert werden soll. Da jedoch die ambulanten Dienste und die stationären Einrichtungen in der Regel organisatorisch und räumlich voneinander getrennt sind, scheint die Verklammerung zwischen beiden Bereichen durch die Gesundheitsämter dennoch noch nicht optimal gelöst zu sein, d. h. die Kontinuität der ambulanten, teilstationären und stationären Betreuung wird zur Zeit noch durch die erwähnte institutionelle Vielfalt behindert.

Eine Sektorisierung im Sinne der Orientierung eines entflochtenen und mit ambulanten sowie flankierenden Einrichtungen ausgerüsteten psychiatrischen Großkrankenhauses an einem Standardversorgungsgebiet (wie z. B. in England) gibt es in den Niederlanden nicht, und sie wird offenbar auch nicht angestrebt. Insofern ist der Begriff der Sektorisierung nicht deckungsgleich mit dem in Holland gebräuchlichen Terminus der „Regionalisierung", mit dem die topographische Ausrichtung einer noch in der Planung befindlichen Integration von allgemeinmedizinischen sowie sozialen Hilfen mit spezialisierteren psychiatrischen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsmöglichkeiten gemeint ist. Regionalisierung bedeutet also hier ein räumliches Ordnungsprinzip der derzeitigen institutionellen Vielfalt, die von unseren Gesprächspartnern als „Flickenteppich" von Einrichtungen auf dem Feld der extra- und intramuralen „geistigen Gesundheitspflege" charakterisiert wurde.

Unter dem Stichwort der Regionalisierung vollzieht sich zur Zeit zunächst eine schrittweise Integration der bis vor kurzem noch weitgehend isoliert nebeneinander arbeitenden Dienste mit dem Ziel, nach der Überwindung der überall beklagten individualistischen Verzettelung, zur Verwirklichung einer räumlich geordneten Versorgung zu gelangen *).

Am Beispiel einer Großstadt wie Den Haag (ca. 500 000 Einwohner) stellt sich die derzeitige Situation wie folgt dar: Nach der bereits erfolgten Teilintegration der sozialpsychiatrischen Dienste beim Gesundheitsamt und der „Katholischen Stiftung für geistige Volksgesundheit" ließ sich die Stadt in vier Bezirke aufteilen. Für jeden Bezirk ist jeweils ein Team, bestehend aus Ärzten, Fachärzten, sozialpsychiatrischen Krankenschwestern (SPV's) und Sozialarbeitern zuständig. Diesen Teams obliegen ambulante Nach- und Vorsorgeaufgaben, darüber hinaus die Vermittlung und Koordination von Weiter- oder Mitbehandlungsmöglichkeiten in anderen ambulanten oder teilstationären Einrichtungen. Ferner vermitteln sie Unterbringungen in Übergangs- oder Pflegeheimen oder schließlich die Einweisung in psychiatrische Krankenhäuser. Zugleich hat der sozialtherapeutische Dienst beim Gesundheitsamt mit einem mobilen ärztlichen Dienst rund um die Uhr die psychiatrischen Notfälle im gesamten Stadtgebiet zu versorgen. Für besondere „psychosoziale Krisen" besonders im Zusammenhang mit

*) Dabei fiel der Reisegruppe auf, daß auch dezidiert regionalisiert arbeitende „Stiftungen für geistige Volksgesundheit", z. B. das psychomedizinische Regionalzentrum Maastricht und die Stiftung „Östlicher Minendistrikt Heerlen", nur in einer sehr losen, kaum strukturierten Weise mit den stationären Einrichtungen ihrer Region zusammenarbeiten. Es drängt sich uns der Verdacht auf, daß aus diesem Grund ein Teil der Aufnahmen und Entlassungen offenbar unabhängig z. B. von den sozialpsychiatrischen Diensten der Regionalzentren erfolgt, so daß die Überlappung der Klientel der intra- und extramuralen Einrichtungen eher zufällig als geplant sein dürfte. Am eindrucksvollsten wurden die Schwächen in der Abstimmung von intra- und extramuraler Arbeit im Regionalzentrum Maastricht erkennbar: Während uns von einer sehr intensiven und familiennahen ambulanten Arbeit mit psychisch Kranken berichtet wurde, zeigte sich, daß die Aufnahmen und Entlassungen im psychiatrischen Krankenhaus der gleichen Stiftung — das Gebäude der Klinik liegt unmittelbar neben dem sozial-psychiatrischen Dienst — praktisch ohne organisatorische und personelle Verklammerung beider Bereiche erfolgen.

Suizidversuchen, steht in der Trägerschaft einer anderen Einrichtung ein sogenanntes Krisenzentrum zur Verfügung, das recht personalintensiv ebenfalls ambulant und mit Hausbesuchen klienten- und familiengerichtet arbeitet. Das Krisenzentrum hält für kurzfristige Aufnahmen einige wenige Betten bereit, die nur im Rahmen der Krisenbewältigung für wenige Tage belegt werden. Fast alle stationären Aufnahmen aus dem Stadtgebiet Den Haag erfolgen in psychiatrische Krankenhäuser außerhalb der Stadtgrenzen, die selber übrigens keinen strengen regionalen Bezug haben. Einrichtungen für psychisch Kranke und geistig Behinderte sind in den Niederlanden prinzipiell voneinander getrennt; für beide Behinderungsgruppen stehen über 2 ‰ Betten zur Verfügung.

Trotz gewisser Koordinationsschwierigkeiten in der Versorgung zwischen den ambulanten und stationären Bereichen, die zur Zeit noch keine optimalen Selektionsmöglichkeiten für die Patienten bedingen dürften, liegt der durchschnittliche Standard der stationären Behandlung sowohl quantitativ als auch qualitativ wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland, zumal auch die psychiatrischen Anstalten wegen der Kleinheit des Landes immer noch in relativer Gemeindenähe liegen und ihre Ausstattung mit qualifiziertem Personal in der Regel recht beachtlich ist. Im übrigen kann in Den Haag ein Drittel aller Fälle, für die eine stationäre Aufnahme beantragt wurde, alternativ in ambulante oder teilstationäre Behandlung überwiesen werden.

Die weitere Entwicklung der Regionalisierung — das wurde vor allem von unserem Gesprächspartner bei der „Reichsinspektion" gesagt — zielt auf eine für deutsche Verhältnisse schon radikal zu nennende Veränderung der gesamten psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung ab; d. h. das gesamte Gebiet der medizinischen Versorgung, der Bildungsplanung und der Sozialhilfe soll nach regionalen Gesichtspunkten reorganisiert werden (nachzulesen in der Regierungsvorlage vom 9. August 1974, die vom Ministerium für Volksgesundheit und Milieuhygiene vorbereitet und deren Leitlinien in die Thronrede, d. h. Regierungserklärung übernommen wurden). Nach diesen Plänen soll die Regionalisierung der psycho-medizinischen und sozialen Versorgung durch eine gleichzeitig durchzusetzende Verwaltungs- und Gebietsreform erleichtert werden. Durch die kommunalen und ländlichen Vertretungen sowie zentral durch die Reichsinspektion für Volksgesundheit wird zur Zeit die Verwirklichung von Plänen in Angriff genommen, die eine klare topographische Gliederung bei gleichzeitiger organisatorischer Bündelung aller Dienste nach dem Prinzip der „Echelonnisierung" zum Ziel haben. „Echelonnisierung" bedeutet Organisation einer sozialmedizinischen und sozialpsychiatrischen Versorgung in drei räumlich gegliederten Versorgungslinien. In der ersten Versorgungslinie (erstes Echolon) stehen direkt im sozialen Feld eines Stadtviertels (30 000 bis 40 000 Einwohner) die Hausärzte und die Dienste der allgemeinen Sozialhilfe. Auch Polizeireviere und Schulen werden in die regionale Kooperation der ersten Linie mit einbezogen. In der letzten Zeit wurden an einigen Orten aus privater Initiative sogenannte hausärztliche Bezirksgesundheitszentren (wijkgezondheitscentra) gegründet, Gemeinschaftspraxen von Allgemeinmedizinern mit Sozialarbeitern und Gemeindeschwestern (des niederländischen Ausbildungstyps). Die Konzeption dieser Bezirksgesundheitszentren zielt darauf ab, medizinische und soziale Hilfe so nahe wie möglich an die Wohn- und Lebenssituation der Bevölkerung heranzubringen, wobei durch den koordinierten Einsatz verhindert werden soll, daß z. B. primär soziale Probleme als vermeintlich medizinische „behandelt" werden. Die medizinischen und sozialen Institutionen des ersten Echelons geben ihre unspezialisierten Hilfen also möglichst gemeinde- und familiennahe und sollen besonders für die sozial schwächeren Bevölkerungsteile eine „niedrige Eintrittsschwelle" haben. Die Tatsache, daß auch die Psychiatrieplanung besonders die Allgemeinmedizin in die Neustrukturierung der Versorgung mit einbezieht, ist dadurch begründet, daß in diesem Land der Hausarzt von alters her eine besondere zentrale Stellung in der medizinischen Versorgung einnimmt und er noch heute den stärksten Familienbezug hat (z. B. bewältigt er als Geburtshelfer immer noch mehr als 50 % aller Entbindungen als Hausgeburten bei einer im übrigen geringeren Mütter- und Kindersterblichkeit als in der Bundesrepublik Deutschland!). Das Interesse der Hausärzte für psychosoziale, psychiatrische und psychosomatische Seiten ihres Versorgungsauftrages ist wahrscheinlich aus diesem Grund relativ groß.

In das erste Echelon wirken spezialisierte Dienste mit Beratungen und in Form von direkten Interventionen etwa durch die SPV's (Sozialpsychiatrische Krankenschwestern mit psychiatrischer Gemeindeschwesterfunktion) hinein. Sie verkörpern die zweite Versorgungslinie (zweites Echelon) mit einem Einzugsgebiet von ca. 200 000 Einwohnern. Zu den Einrichtungen der zweiten Linie gehören im übrigen auch Tagesstätten, beschützte Werkstätten, beschützte Wohn- und Freizeitangebote, beschützte Arbeitsplätze in der Industrie etc.

In der dritten Linie (drittes Echelon) sind die klinischen Versorgungseinrichtungen, wie z. B. Krisenzentren, Tageskliniken, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, psychiatrische Krankenhäuser, stationäre Einrichtungen für Oligophrene, für Epileptiker und Alkoholiker und andere Spezialeinrichtungen angesiedelt (für ein Einzugsgebiet von ca. 500 000 bis 750 000 Einwohner). Die funktionale Verklammerung des dritten Echolons mit den vorgeschalteten Linien soll durch eine Neuordnung von Kooperation und Verwaltung möglichst optimal gestaltet werden. Eine zentrale koordinierende Aufgabe werden hier die in der Planung befindlichen, zum zweiten Echolon gehörenden regionalen Institute für ambulante geistige Gesundheitspflege (RIAGG) zu erfüllen haben. Bei den Regionalinstituten wird es sich nicht um vollständige Neugründungen handeln, sondern die bereits bestehenden Stiftungen für geistige Gesundheitspflege, die schon heute mehrere Dienste unter

einem Dach vereinen, sollen demnächst auf regionalem Niveau diese Funktion erfüllen. Der Veränderungsprozeß der „Echelonnisierung" soll im übrigen durch eine Dokumentation begleitet werden, die es ermöglicht, die erbrachten Leistungen fortlaufend zu evaluieren. Seit mehreren Jahren besteht bereits für die stationären Einrichtungen ein obligates und einheitliches Fallregister, das zentral bei der Reichsinspektion ausgewertet wird und das sich schon jetzt für die sozialpsychiatrische Versorgungs- und Bedarfsplanung bewährt hat. In der niederländischen Zeitschrift für Psychiatrie erscheinen in den letzten Nummern regelmäßig „Mitteilungen aus dem zentralen Patientenregister für psychiatrische Krankenhäuser und Universitätskliniken", die von der Abteilung für Sozialpsychiatrie Groningen (Leiter: Prof. Giel) publizistisch und wissenschaftlich vorbereitet werden. Beeindruckend für uns war, daß diese Regionalisierungspläne nicht zentralistisch, gar staatsmedizinisch entwickelt, gesteuert und durchgesetzt werden, sondern — ganz im Sinne der niederländischen Traditionen — von lokalen Initiativen ihren Ausgang nahmen, wobei überregionale staatliche, aber auch private Instanzen lediglich die Funktion übernahmen, zwischen den einzelnen lokalen Entwicklungen zu vermitteln. So entstand schließlich eine einheitliche und verbindliche, legislativ abgesicherte Konzeption. In diesem Zusammenhang sind auch bestimmte Gesetzeswerke der letzten Jahre förderlich gewesen, so z. B. das Behinderte mit einbeziehende Mindestlohngesetz, das Gesetz für besondere Krankenkosten (A.W.B.Z.), das Rehabilitations- und Rentengesetz (W.A.O.) und die in Vorbereitung befindlichen Gesetze zur Gebietsreform.

Zum Abschluß unserer Zusammenfassung noch eine Bemerkung über die Situation der niedergelassenen Nervenärzte und über die Vorstellungen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. In der Ausbildung ist die Trennung zwischen Psychiatrie und Neurologie seit einigen Jahren vollzogen. Beide Fachrichtungen haben — wie in der Bundesrepublik Deutschland — eine vierjährige Weiterbildungszeit, in der für die Psychiatrie im Rahmen der Rotation u. a. ein halbes Jahr Kinder- und Jugendpsychiatrie und eine halbjährige Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst obligat ist. Die meisten zur Zeit niedergelassenen Nervenärzte haben noch eine kombinierte Ausbildung zum Psychiater und Nervenarzt erfahren, praktizieren aber in der Regel eine der beiden Fachrichtungen oder arbeiten ausschließlich psychotherapeutisch. Die meisten Psychiater haben, z. B. auch wenn sie an Anstalten arbeiten, eine psychotherapeutische Teil- oder Vollausbildung absolviert. Eine Konkurrenzproblematik mit anderen ambulanten Einrichtungen besteht nicht, vielmehr wird das reichhaltige Angebot, das auch der niedergelassene Psychiater für seine Patienten gezielt in Anspruch nehmen kann, als eine komplementäre Erweiterung der Möglichkeiten zur Verbesserung von Therapie und Rehabilitation erfahren. Eine ganze Reihe von niedergelassenen Psychiatern arbeitet im Rahmen von Teilzeitverträgen z. B. in sozialpsychiatrischen Diensten, psychotherapeutischen Behandlungszentren für Kinder etc. mit. Die Zahl der niedergelassenen Psychiater verminderte sich in den letzten Jahren, da — wie uns gesagt wurde — die Arbeitsbedingungen in interdisziplinär organisierten ambulanten Einrichtungen sowohl ökonomisch als auch qualitativ als besonders interessant empfunden werden. Zuweilen ensteht aus der Praxis eines niedergelassenen Psychiaters, nachdem diese sich zu einer interdisziplinär organisierten Gruppenpraxis wandelte, eine neue Stiftung, so z. B. die Praxis von Dr. T. Dil in Amsterdam, die sich gerade zum Zeitpunkt unseres Besuchs zur „Stiftung sozialpsychiatrisches poliklinisches Zentrum Amsterdam-West" umstrukturierte.

Diese Praxis bewältigt mit einem Team von Psychiatern, Sozialpsychiatrischen Krankenschwestern, Psychologen, Gruppentherapeuten und einem Volkswirtschaftler über 3 000 Patienten mit monatlich über 150 Neuanmeldungen. Neben der klassischen nervenärztlichen Sprechstunde werden in dieser Praxis Psychotherapien, Gruppentherapien, Verhaltenstherapien, in großer Zahl Hausbesuche, sozialpsychiatrische Interventionen aller Art (z. B. bei der Arbeitsbeschaffung) und sehr unkonventionelle Formen der Lebens- sowie Konfliktberatung durchgeführt. Von etwas mehr als 200 Allgemeinpraxen in Amsterdam überwiesen 1974 über 190 Hausärzte Patienten an diese Stiftung. Die Überführung der Praxis in eine Stiftung hat — so T. Dil — die Funktion, die Weiterentwicklung der Arbeit über die zeitlichen Grenzen der eigenen Person hinaus zu ermöglichen.

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung ist zu bemerken, daß in den Niederlanden bereits seit einigen Jahrzehnten neben den vereinsgebundenen Lehrinstituten Institute für sogenannte medizinische Psychotherapie existieren, die für Anmeldung, neurosenpsychologische Diagnostik und möglichst optimale Überweisung von Patienten an qualifizierte Therapeuten eine koordinierende Funktion übernehmen. Darüber hinaus verfügen sie über eigene Stäbe von Psychotherapeuten, Psychagogen, Sozialarbeitern und psychotherapeutischen Teilzeitmitarbeitern. Schließlich nehmen diese Institute auch Ausbildungs- und evaluierende Forschungsfunktionen wahr. In den letzten Jahren wird gerade von Mitarbeitern dieser Institute nachdrücklich die Auffassung vertreten, daß die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung, besonders für ihre sozial schwächeren Teile, vor allem durch eine Integration der Psychotherapie in das System der allgemeinen „geistigen Gesundheitspflege" zu erzielen ist, d. h. daß auch die Ressourcen in diesem Bereich in das regionalisierte Konzept einzubringen sind. Darüber hinaus wird auch eine quantitative Verbesserung des Psychotherapieangebotes angestrebt, indem in einem größeren Umfang psychotherapeutische Ausbildungsgänge auch für Vertreter nichtakademischer, aber qualifizierter Berufsgruppen, eingerichtet wurden, z. B. für sozialpsychiatrische Krankenschwestern, Sozialarbeiter und -pädagogen. Diese Entwicklung wurde stark durch die Aktivität einer Gutachterkommission gefördert, die durch einen zentralen vertrauensärztlichen Dienst bei den „Vereinigten Krankenkassen" unter dem Vorsitz des Generalinspekteurs für geistige Gesundheitspflege, Prof. Baan, ins Leben gerufen wurde. Diese vorwiegend analytisch orien-

tierten Psychotherapieausbildungen für Nichtakademiker werden zum Teil durch staatliche Stipendien gefördert.

In dem nachfolgenden Bericht, der länger und sicher schwieriger lesbar ist, haben wir versucht, Hintergründe, Istzustand und Sollvorstellungen der niederländischen Versorgung auf dem Gebiet der „geistigen Gesundheitspflege", sowie deren gesetzliche und finanzielle Verankerung, aus dem, was wir in den Gesprächen und aus der uns zugänglichen Literatur erfuhren, systematisch zusammenzustellen.

Daß ein Land, das für bundesrepublikanische Verhältnisse bereits heute über eine Vielfalt von gemeindenahen Hilfs- und Behandlungsangeboten und über ein recht differenziertes, personalintensives System stationärer Versorgung auch in psychiatrischen Großinstitutionen verfügt, eine grundlegende Reform seines Systems psychiatrischer und psychosozialer Versorgung plant und in Angriff genommen hat, sollte bundesrepublikanischen Planern und Reformern zu denken geben. Dieser Wandel vollzieht sich nicht unter einem staatlichen und zentralistischen Dirigismus. Entsprechend einer alten niederländischen sozialpolitischen Tradition wird die Veränderung von kommunalen und lokalen Initiativen vorangetrieben und lediglich zentral koordiniert, finanziert und legislativ begleitet.

2 Das derzeitige System der psychiatrischen Versorgung in den Niederlanden

Die psychiatrische Versorgung wird in den Niederlanden sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich überwiegend von *privaten* (gemeinnützigen) und *kommunalen Einrichtungen* getragen. Der *staatliche Einfluß* beschränkt sich auf die Unterhaltung einiger weniger provinzieller (Landes-) Krankenhäuser und vor allem auf *Aufsichts-, Koordinations-, Planungs- und legislative Funktionen.* Aus den lokalen Initiativen in den Gemeinden, Kreisen und Provinzen ist inzwischen eine Vielfalt von stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten hervorgegangen, die in ihrer Größe, Kapazität und topographischen Orientierung sehr verschieden sind, so daß die Neustrukturierung der gesamten Versorgung auf dem Gebiet der „geistigen Gesundheitspflege" zunächst eine Überwindung dieses unübersichtlichen „Flickenteppichs" notwendig macht. Die Integration etwa der in einer bestimmten Region bereits vorhandenen „Stiftungen für die Geistige Volksgesundheit" mit ihren verschiedenen Diensten *) wird als Voraussetzung für die Verwirklichung einer seit dem Ende der 60er Jahre angestrebten regionalisierten Versorgung angesehen (Trimbos, van Londen, Romme).

*) Diese Stiftungen vereinigen unter ihrem Dach in der Regel folgende Dienste: Sozialpsychiatrischer Dienst, jugendpsychiatrischer Dienst, Sozialpädagogischer Dienst (Dienst zur Betreuung von geistig Behinderten), Ehe- und Familienberatung, sogen. medizinisches pädagogisches Büro (Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche).

2.1 Geschichtliches über konfessionelle, „freie", kommunale und staatliche Einrichtungen im ambulanten und stationären Bereich

Historisch entstand diese institutionelle Vielfalt aus vorwiegend *konfessionellen Initiativen,* wie sie in Holland für das gesamte Feld sowohl der sozialen als auch medizinischen Versorgung bis in jüngster Zeit bestimmend gewesen sind. Die konfessionellen (niederländisch-reformiert, katholisch) und später „freien" Bürgerinitiativen haben sich schon früh den rechtlichen Status von Vereinen und Stiftungen *) gegeben, eine Organisationsform, die bis auf den heutigen Tag auch in der psychiatrischen Versorgung dominiert. Zugleich spielen von alters her die Gemeinden mit ihren Einrichtungen (Gesundheitsamt, beschützende und sogenannte „soziale Arbeitsplätze", Pflege- und neuerdings in wachsender Zahl Übergangswohnheime) in der regionalen Versorgung psychiatrischer Patienten und in der Koordination von anderen ambulanten und stationären Einrichtungen eine bedeutsame Rolle. Die wenigen staatlichen bzw. provinziell getragenen psychiatrischen Großkrankenhäuser sind alle hervorgegangen aus einem vorübergehenden verstärkten staatlichen Einfluß während der Anstaltsgründungszeit zwischen 1840 und 1890 (Romme). Die spezifisch holländische Entwicklung in der Entstehung der Institutionen der „geistigen Gesundheitspflege" brachte zwar eine stärkere lokale Orientierung dieser Einrichtungen als in der Bundesrepublik Deutschland mit sich, wegen der konfessionellen Gebundenheit war aber gleichzeitig eine Ausrichtung der Institutionen auf bestimmte Bevölkerungsausschnitte zu verzeichnen. Dieser Umstand muß zunächst durch eine Integration der verschiedenen Stiftungen und Dienste auf kommunaler Ebene beseitigt werden, will man zu einer funktionsfähigen regionalisierten Versorgung gelangen (van Londen).

Was heißt „Geistige Gesundheitspflege"?

An der umrissenen, für Holland charakteristischen Entwicklung der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung waren schon früh nicht-professionelle Initiatoren entscheidend beteiligt. Diese Beteiligung von Bürgern an der Organisation psychiatrischer Versorgung bedingte, daß die psychohygienische Bewegung in Holland sehr früh Fuß faßte und eine institutionelle und auch ideologische Verklammerung von psychiatrischen Institutionen im engeren Sinne mit anderen sozialen und beratenden Diensten ermöglichte. In die Leitung der psychiatrischen Institutionen wurden schon vor Jahren Nicht-Ärzte berufen. Somit umfaßt der Begriff „Geistige Gesundheitspflege" ein sehr breites Spektrum von Diensten und Institutionen: vom psychiatrischen Großkrankenhaus bis zum schulpsychologischen Dienst.

*) Einige dieser Stiftungen gingen aus konfessionellen Hilfsvereinen des 19. Jahrhunderts, z. B. aus den „Patronaten zur Hilfe für anstaltsentlassene Patienten", hervor. In den letzten Jahren zeichnet sich ein Trend zur Entkonfessionalisierung der Vereine ab.

2.2 Einige Informationen und Zahlen über die derzeitige psychiatrische Versorgungssituation

— Bevölkerung in den Niederlanden: 13,3 Millionen Einwohner.

— Das Land besteht aus elf Provinzen. Die größte Bevölkerungsdichte findet sich in den Provinzen Nord- und Südholland (vergleichbar mit den urbanisierten Bevölkerungszentren an Niederrhein und Ruhr). Relativ dünner besiedelt sind die Provinzen Friesland und Groningen (wobei besonders West-Friesland von der demographischen Struktur mit einem Flächenstaat wie Niedersachsen verglichen werden könnte).

— 39 psychiatrische Großkrankenhäuser (davon ein Drittel zwischen 500 und 1 000 Betten, zwei Drittel weniger als 500 Betten). Belegter Bettenbestand am 31. Dezember 1970: 25 867 Aufnahmen, 1970: 12 829; Entlassungen 1970: 11 357. 80 % der aufgenommenen Patienten werden innerhalb eines Jahres entlassen, 50 % der Betten sind belegt von Patienten, die bereits länger als 10 Jahre im psychiatrischen Krankenhaus sind.

— Betten in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern: ca. 2 000 (1969). Aufnahmen und Entlassungen in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern 1969: 21 121.

— 35 Stiftungen „für die Geistige Volksgesundheit" (Buis), die *sozialpsychiatrische Dienste, Konsultationsbüros für „Familien- und Eheschwierigkeiten", jugendpsychiatrische Dienste, sozialpädagogische Dienste, Child-guidance-Kliniken* (M.O.B. = medizinisch-pädagogisches Büro) etc. unterhalten.

— *42 sozialpsychiatrische Dienste* behandelten im Jahre 1970 87 600 Patienten, davon durch die von „Stiftungen für die Geistige Volksgesundheit" unterhaltenen 34 sozialpsychiatrischen Dienste allein mehr als 70 000 Patienten.

— Gesamtbestand von ausgebildeten Psychiatern in den Niederlanden: 993 (davon ca. 125 in sozialpsychiatrischen Diensten tätig).

— Ca. 3 000 *Krankenschwestern mit dem sogenannten B-Zertifikat* (psychiatrisches Fachpflegepersonal); ca. 400 sozialpsychiatrisch ausgebildete Krankenschwestern (SPV = sociaalpsychiatrische verpleegkundige) in sozialpsychiatrischen Diensten, was etwa einem Schlüssel von einer SPV auf 30 000 Einwohnern entspricht (Romme).

— Mehr als 40 000 *Arbeitsplätze in beschützenden Werkstätten* für geistig, seelisch und körperlich Behinderte.

— Es gibt grundsätzlich getrennte stationäre Einrichtungen für seelisch und geistig Behinderte sowie für Epileptiker und Alkoholkranke mit einem jeweiligen Bettenschlüssel von über 2‰ für psychisch Kranke und Oligophrene.

— Kosten für die Sozialpsychiatrischen Dienste: hfl. 9,50 pro Kopf der Bevölkerung pro Jahr in Großstädten (Amsterdam, den Haag) und hfl. 0,75 in einer peripheren Kleinstadt in der Provinz; Faustregel hfl. 5,— pro Kopf der Bevölkerung (Romme).

Tabelle über verschiedene Kategorien von Betten auf 1 000 Einwohner, die 20 Jahre und älter als 20 Jahre sind.

	Psychiatrische Krankenhäuser („Anstalten")	Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Universitätskliniken	Pflegeeinrichtungen für psychogeriatrische Patienten	Einrichtungen für Oligophrene
Groningen ...	2,20	0,41	0,31	0,21
Friesland	2,19	0,30	1,96	1,30
Drenthe	9,81	0,33	0,46	3,97
Overijssel ...	1,46	0,48	0,66	0,41
Gelderland ..	3,16	0,40	0,76	5,78
Utrecht	3,75	0,51	0,37	4,64
Noordholland.	2,22	0,29	0,65	0,30
Zuidholland ..	3,16	0,25	0,53	1,50
Zeeland	—	0,39	1,60	1,96
Noordbrabant	4,59	0,13	0,58	3,49
Limburg	3,41	0,44	1,04	4,40

Giel, R.; A. C. de Graaf und J. R. van Weerden-Dijkstra; Mededeling uit het Centrale Patientenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (6). Tijdschrift voor Psychiatrie, Jahrg. 17, 4, 1975.

3 Organisation, Kooperation, Finanzierungsmodalitäten, Steuerungsgremien

3.1 Überregionale Koordination. — Funktion der „Reichsinspektion, Abteilung geistige Volksgesundheit"

Verantwortlich für die Angelegenheiten der Volksgesundheit ist der Minister für Volksgesundheit und Milieuhygiene. „Um dieser Verantwortung praktisch gerecht werden zu können, muß der Minister über einen Apparat verfügen, der seine Amtsführung auf diesem Gebiet vorbereitet, verwirklicht und der ihn in fachlich kompetenter Weise beraten kann." Gleichzeitig muß gesichert sein, daß dieser Behörde Übelstände, z. B. fehlfunktionierende Institutionen bekanntwerden, und sie muß die Kompetenz besitzen, die Einhaltung der Gesetze auf dem Bereich der Gesundheitspflege zu überwachen. Dieser Apparat des Ministeriums für Volksgesundheit und Milieuhygiene ist das sogenannte *„Generaldirektorat für die Volksgesundheit"*, das von einem Generaldirektor geleitet wird. In enger Verflechtung ist diesem Generaldirektorat eine weitere Behörde angegliedert: die sogenannte *Staatsaufsicht für die*

Volksgesundheit. Dieser Staatsaufsichtsbehörde über die Volksgesundheit unterstehen wiederum für die verschiedenen Bereiche der Gesundheitspflege zuständige *Hauptinspektionen* mit einem sogenannten Hauptinspekteur an ihrer Spitze, der zu gleicher Zeit in seiner Funktion als Ministerialdirektor Mitglied des „Generaldirektorats für die Volksgesundheit" ist. Die Verbindung zwischen Ministerium und Reichsinspektion ist durch die Doppelfunktion des Hauptinspekteurs erkennbar: Einerseits ist er als Inspekteur in Fragen der Fachkompetenz und der Verpflichtung zur Initiative, z. B. bei Beschwerden von Patienten, relativ weisungsunabhängig vom Ministerium, andererseits ist er als Mitglied des Generaldirektorats selber Ministerialbeamter. Die Weisungsunabhängigkeit vom Ministerium kommt vor allem in den Aufgaben der Reichsinspektion zum Ausdruck, die die Überwachung und Durchsetzung der „Gesetze für die Volksgesundheit" betreffen (Dr. Buis: „In erster Linie sind wir unabhängige Beamte der Königin, erst in zweiter Linie Ministerialbeamte"). Die Überwachung der „Gesetze für die Volksgesundheit" erfolgt weniger im Sinne eines Aufspürens von formaljuristischen Verstößen und einer Beseitigung derselben durch bürokratisch-kameralistische Eingriffe, vielmehr hat die Reichsinspektion den ausdrücklichen Auftrag, sicherzustellen, daß gesetzlich garantierte Möglichkeiten der Bürger nicht bloß Papier bleiben, daß auch die institutionellen Voraussetzungen für ihre praktische Einlösung geschaffen und/oder weiterentwickelt werden: „Die Überwachung der Gesetze für die Volksgesundheit ist sogar ausschließlich Sache der Inspekteure soweit es sich um das unmittelbare Wohlbefinden der Kranken handelt".

Die Staatsaufsicht über die Volksgesundheit besteht aus sieben Abteilungen, sieben Inspektionen, die folgende Bereiche unter sich aufgeteilt haben:

— die medizinische Inspektion der allgemeinen somatischen Volksgesundheit,

— die medizinische Inspektion der geistigen Volksgesundheit, wozu neben dem engeren Bereich der klinisch-stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung das gesamte Gebiet der „Geistigen Gesundheitspflege" gehört;

— die Inspektionen für das Arzneimittelwesen, für die Lebensmittelhygiene, für die Veterinärmedizin etc.

Aufgaben der Inspektionen:

— Überwachung der gesetzlichen Bestimmungen und das Aufspüren von Zuwiderhandlungen,

— Beratung des Ministers und des Generaldirektors,

— Durchführung von Untersuchungen z. B. über den Bedarf nach Einrichtungen, Bauvorhaben, Errichtung von neuen Institutionen. Planungen und Erhebungen werden in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen politischen und/oder überregionalen Fachgremien durchgeführt.

Bei den konsultativ und planend hinzugezogenen Gremien handelt es sich z. B. um den sogenannten *Zentralrat* für die Volksgesundheit, der auf Reichsebene Empfehlungen für Struktur und Organisation der medizinischen Versorgung erarbeitet; um die *Provinzialräte,* die der Provinzialverwaltung unterstehen, und die für Planungen auf Provinzebene Empfehlungen geben; um den *Gesundheitsrat,* der z. B. epidemiologisch orientierte Daten über Morbidität und besondere Versorgungsbedürfnisse erarbeitet und weitergibt; um den *Rat für Krankenhauswesen,* der Belange der Krankenhausplanung und Finanzierung vertritt; um den *Rat der Krankenkassen,* der versicherungsrechtliche Belange der verschiedenen Krankenkassen zur Geltung bringt etc. Die freien Träger (z. B. Vertreter der Stiftungen) sind ebenfalls in diesen Räten vertreten.

Die Inspektion über die Volksgesundheit erfüllt ihre Aufgaben in einem Netzwerk, das ausgespannt ist zwischen zentraler politischer Exekutive, den übergeordneten fachkompetenten Beratungsgremien, Organen der Planung und Finanzierung einerseits und den lokalen politischen, institutionellen und fachlichen Vertretungen andererseits. Sie gewinnt so einen hohen Informationsstand und besitzt im übrigen die nötige Macht, ihre Aufgaben praktisch durchzusetzen:

— *Anregen von Entwicklungen auf dem Gebiete* der geistigen Gesundheitspflege (z. B. die zur Zeit anstehende Regionalisierung, die Einrichrichtung neuer ambulanter und stationärer Institutionen, sofern ein Bedarf erkennbar wird usw.).

— Vorbereitung und Miterarbeitung von *Neukonzeptionen in der geistigen Gesundheitspflege* hinsichtlich ihrer Umsetzung in *ministerielle Erlasse* und Gesetze.

  Miterarbeitung und Verabschiedung von Ausbildungsordnungen, z. B. für den Bereich der psychiatrischen Krankenpflege, für Zusatzausbildungen, z. B. in Sozialpsychiatrie, Heilerziehungspflege etc.

— Beurteilung, Mitberatung und Verabschiedung von *Bauplänen.*

— *Ausbildungsfragen* des Krankenpflegepersonals,

— *Klärungs- und Schlichtungsaufgaben bei Konflikten* innerhalb von und zwischen Institutionen der geistigen Gesundheitspflege.

— *Pflege und Förderung von internationalen Beziehungen* auf dem Gebiet der „Geistigen Gesundheitspflege".

Die verschiedenen Teilaufgaben der Inspektion für die geistige Volksgesundheit sind durch bestimmte Gesetze geregelt, z. B. durch das *„Psychisch-Kranken-Gesetz"* (ein Gesetz, das das Recht auf therapeutische Hilfe regelt, nicht etwa die Zwangseinweisung): Wenn z. B. ein Patient nicht zu der therapeutischen Hilfe gelangt, die ihm rechtlich verbrieft ist, oder im Falle von Beschwerden gegen Zwangseinweisungen, ist der Inspekteur verpflichtet, für die Rechte des Patienten einzutreten. Das Gesetz über die psychiatrische Krankenpflege gibt dem Inspekteur die Möglichkeit, die Berufsausbildung und die Weiterbildung sicherzustellen.

Das „Gesetz für Krankenhausregelungen" enthält Bestimmungen über bauliche Beschaffenheit, geographische Streuung und die Gründung von Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen. Das hierfür zuständige Exekutiv- und Planungsorgan ist der Nationale Rat für Krankenhauswesen, der zusammengesetzt ist aus Vertretern der Krankenhäuser, der freien Träger und der Provinzialbehörden. Auf der Grundlage eines an den Belangen der Patienten orientierten Disziplinarrechts für therapeutisches Personal kann der Inspekteur, z. B. im Falle eines Verdachtes auf einen Kunstfehler oder einer

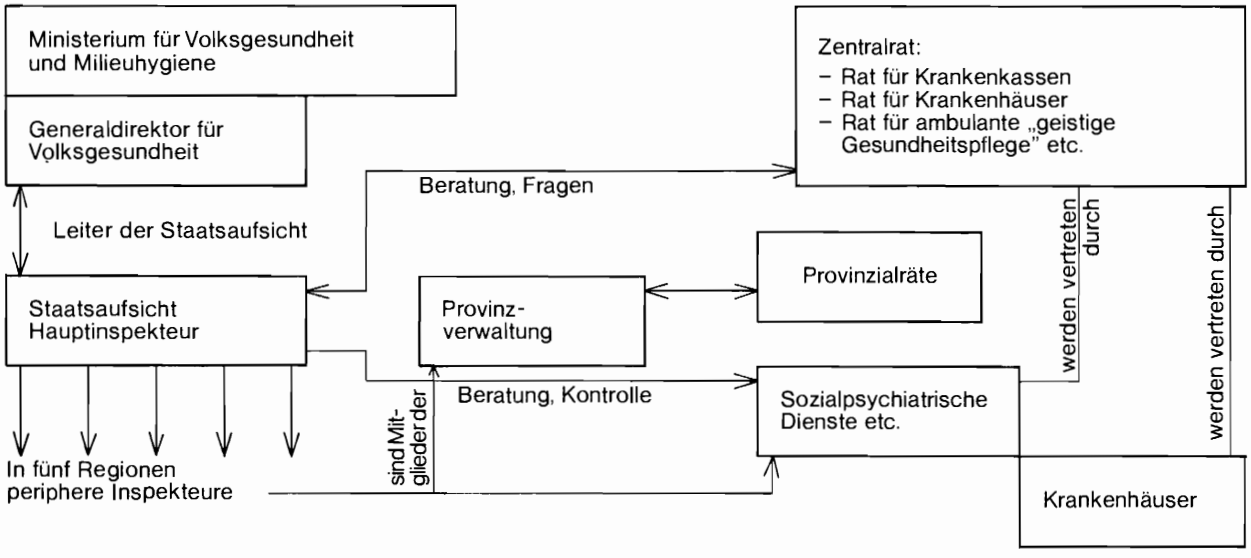
sonstigen Rechtsverletzung, im Namen des betroffenen Patienten eine gerichtliche Klage erheben.

Die Reichsinspektion, Abteilung „Geistige Volksgesundheit" setzt sich organisatorisch zusammen aus einem *zentralen Teil,* der sogenannten Hauptinspektion mit einer überregionalen Zuständigkeit und aus einem *peripheren Teil,* den sogenannten regionalen Inspektionen. Fünf Regionalinspekteure sind zuständig für 11 Provinzen. Die Hauptinspektion ist wie folgt aufgebaut: ein Hauptinspekteur (z. Z. Prof. Baan), ein stellvertretender Hauptinspekteur (Dr. Buis), die beide Psychiater sein sollen und ein dritter Inspekteur, der als „allgemeiner Sekretär" für die administrative Seite der Leitungsfunktionen verantwortlich ist. Ferner ist ein weiterer ärztlicher Inspekteur beauftragt mit den Belangen der geistig Behinderten und den für diese Gruppe zuständigen stationären Einrichtungen (psychiatrische Krankenhäuser und stationäre Einrichtungen für geistig Behinderte sind in den Niederlanden grundsätzlich getrennt). Die ambulanten Einrichtungen für geistig Behinderte, z. B. die „Sozialpädagogischen Dienste" und die Sonderschulen unterstehen im übrigen nicht dem Gesundheitsministerium, sondern als — wie es in den Niederlanden gesehen wird — dezidiert sozialpädagogische Verantwortlichkeiten dem *Ministerium für Kultur, Rekreation und Sozialarbeit.* Ferner verfügt die Hauptinspektion über einen Stab von wissenschaftlichen Mitarbeitern und über administratives Personal. So gehören z. B. zum Stab zwei Mitarbeiter mit dem Aufgabengebiet „Psychohygiene" und zwei Mitarbeiter für den psychiatrischen Krankenpflegebereich. Schließlich gehört zur Hauptinspektion noch eine *Forschungs- und Dokumentationsabteilung:* vor einigen Jahren ist ein *zentrales Fallregister* eingeführt worden. Die psychiatrischen Kliniken und stationären Einrichtungen für geistig Behinderte sind verpflichtet, über jeden stationär aufgenommenen und entlassenen Patienten eine Dokumentationskarte auszufüllen und diese jeden Monat der Hauptinspektion zu übergeben. Hier werden die standardisierten Daten in den Computer eingegeben. Das zentrale Fallregister ergibt die Grundlage für eine differenzierte Statistik, die jährlich von der Hauptinspektion in broschierter Form herausgegeben wird. Ferner wird bei der Hauptinspektion eine zentrale Warteliste für die stationäre Unterbringung von geistig behinderten Patienten geführt.

Bemerkenswert war schließlich noch die Erwiderung von Dr. Buis auf unsere Vermutung, daß aus der Doppelrolle des Inspekteurs — einerseits weisungsabhängiger Beamter, andererseits unabhängiger Sachverständiger — doch erhebliche Konflikte erwachsen müßten: Dieses sei zwar juristisch ein interessantes Problem, aber überhaupt keine Frage der Praxis. In der 150jährigen Geschichte der Reichsinspektionen seien so gut wie nie Weisungen von höherer ministerieller Stelle erteilt worden, zugleich sei es eine Sache des gesunden Menschenverstandes, den Verantwortungsbereich des Ministers zu erkennen und zu berücksichtigen.

Folgendes Schema versucht, die komplexen Querverbindungen in den Funktionen der Reichsinspektion zu veranschaulichen:

Stellung der Reichsinspektion in der Organisation der „geistigen Gesundheitspflege"



3.2 Organisation auf kommunaler Ebene am Beispiel Den Haag

In Den Haag (ca. 500 000 Einwohner), wo die Randgemeinden mit zu der Versorgungsregion gehören, wird die ambulante psychiatrische Versorgung vorwiegend versehen von der *Abteilung „Geistige Volksgesundheit" beim Städtischen Gesundheitsamt,* die gegliedert ist in:

— *Sozialpsychiatrischer Dienst:* Vor- und Nachsorge sowie koordinierte Vermittlungsstelle für stationäre Aufnahmen aus dem Stadtgebiet Den Haag. Zuständigkeitsbereich: psychisch Behinderte und akute psychische Erkrankungen. 1971 befanden sich 6 310 Patienten in Vor- oder Nachsorge, davon 2 064 Neuzugänge in diesem Jahr.

— *Sozialpädagogischer Dienst:* Vor- und Nachsorge von geistig Behinderten, Vermittlungsstelle für Werkstattplätze und stationäre Aufnahmen. Zuständigkeitsbereich: geistig Behinderte. 1971 wurden 2 325 geistig behinderte Klienten ambulant betreut, 720 wurden in Pflegefamilien, Wohnheime oder in stationäre Behandlung vermittelt.

— *Abteilung jugendpsychologischer und jugendpsychiatrischer Dienst:* Jugendpsychologische und jugendpsychiatrische Untersuchungen sowie sozialpädagogische Interventionen, Beratungen und Begleitungen von durch medizinische und andere Institutionen überwiesenen Kindern oder Jugendlichen und deren Eltern; Einstellungsuntersuchungen und Begleitungen von Schülern aller Schultypen des öffentlichen Unterrichts sowie der sonderpädagogischen Ausbildungsstätten, Beratungen der Schulen; Konsiliartätigkeit für den schulärztlichen Dienst, für den Schulberatungsdienst, für Kinderschutzinstitutionen und einige Kindertagesstätten. Zuständigkeitsbereich: verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche ohne geistige Behinderungen. 1971 ca. 2 000 Klienten.

Neben den Einrichtungen des Gesundheitsamtes existieren noch zwei kleinere Stiftungen für die „Geistige Volksgesundheit", eine protestantische und eine katholische, die sich in den letzten Jahren organisatorisch zunehmend in die Dienste der Gemeinde integriert haben (z. B. gemeinsame bauliche Unterbringung, gemeinsame Administration, gemeinsame Planung der Aufgaben- und Arbeitsteilung).

Von den in der Stadt niedergelassenen Nervenärzten spielen für die ambulante psychiatrische Versorgung nur fünf ausschließlich psychiatrisch orientierte Fachärzte eine Rolle, von denen vier im Rahmen von Teilzeitverträgen im sozialpsychiatrischen Dienst neben ihrer Praxis tätig sind.

Personalbestand des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Abteilung Geistige Volksgesundheit des Gesundheitsamtes: 11 Psychiater full-time, vier Psychiater part-time, zehn Psychologen, davon zwei part-time, 30 sozialpsychiatrisch ausgebildete Krankenschwestern, ein Pädagoge, 21 sog. administrative Angestellte, zu denen die Sozialarbeiter gehören; zusätzlich in einem part-time-Arbeitsverhältnis: Sonder- und Heilpädagogen sowie Sozialarbeiter.

Während der Sozialpsychiatrische Dienst beim Gesundheitsamt neben der Nach- und Vorsorgesprechstunde, der Vermittlung von Patienten an beschützte Arbeitsplätze auch einen psychiatrischen Notdienst rund um die Uhr versehen muß, wobei alle Anfragen nach stationären Aufnahmen über diesen Dienst abgewickelt werden, widmen sich die sozialpsychiatrischen Dienste der beiden Stiftungen ausschließlich der sozialpsychiatrischen Vor- und Nachsorge im Rahmen von festen Sprechstundenzeiten.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Abteilung „Geistige Volksgesundheit" beim Gesundheitsamt hat die Stadt in vier Regionen aufgeteilt. Für jede Region ist ein festes Team für die Vor- und Nachsorge zuständig. Jedes Team besteht aus drei sozialpsychiatrischen Krankenschwestern und einem Assistenzarzt. Je zwei Teams werden von einem Facharzt für Psychiatrie geleitet und beraten. Ferner stehen diesen festen Teams je nach Bedarf Psychologen und Sozialarbeiter zur Verfügung. Jede Krankenschwester hat wiederum innerhalb der Region ihren eigenen Bezirk. Im Rahmen der Vor- und Nachsorge gehören regelmäßige Hausbesuche der sozialpsychiatrischen Krankenschwestern zum festen Bestandteil der Behandlung, ausgehend von der Einsicht, daß in eine gute sozial-psychiatrische Betreuung die gesamte Familie und gegebenenfalls andere Bezugspersonen oder -gruppen einzubeziehen sind. Für jeden Klienten wird ein Therapieplan im Team erstellt und in einem festen Turnus von sechs Wochen überprüft. Zu den Aufgaben des Gesamtteams gehören: ambulante Behandlung, Vermittlung von beschützten Wohnmöglichkeiten, beschützten Arbeitsplätzen und beschützter Freizeit. Sozialpsychiatrisch angemessene beschützte Wohnsituationen (z. B. Übergangswohnheime, psychogeriatrische Dauerwohnmöglichkeiten) werden über eine kleinere Wohngruppe (ca. 20 Plätze) in Form eines Screening-Verfahrens ermittelt. Die meisten beschützten Arbeitsplätze befinden sich in Den Haag in den Einrichtungen der Schroeder-van-der-Kolk-Vereinigung, einer privaten Stiftung, in der u. a. im Rahmen von beschützten Arbeitsplätzen über 1 500 Behinderte betreut werden können.

Alle *stationären Aufnahmen* (auch im Bereich der Körpermedizin) müssen durch das Gesundheitsamt vermittelt und koordiniert werden. So müssen auch stationäre Aufnahmen für psychiatrische Patienten bei der Abteilung „Geistige Volksgesundheit" beantragt werden, wobei der sozialpsychiatrische Dienst durch einen mobilen 24-Stunden-Einsatz eines dienstbereiten Psychiaters die jeweilige Problematik zu Hause abklärt. Der jeweils im Bereitschaftsdienst befindliche Psychiater, der über einen Personenwagen mit Fahrer und Sender verfügt, ist auch zuständig für psychiatrische Notfälle, die zu einem nicht unwesentlichen Teil im Rahmen einer „psychiatrie d'urgence" zu Hause versorgt werden. Psychiatrische Aufnahmen erfolgen in der Region Den Haag vorwiegend in drei benachbarten psychiatrischen Großkrankenhäusern, in kleineren psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder nur in einem zehn Betten umfassenden, 1971 gegründeten Krisenzentrum, wo allein jährlich über 500 kurzfristige stationäre Aufnahmen erfolgen.

Bisher haben wir die Ist-Situation der psychiatrischen Versorgung in der Region Den Haag umrissen. Die *weitere Planung der Versorgung,* die wir

im folgenden ebenfalls vorwiegend am Beispiel Den Haag darstellen wollen, geht in organischer Weise von dieser *Ist-Situation* aus: Von mehreren Gesprächspartnern (van Londen, Dr. Buis) wurde hervorgehoben, daß die Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation vor allem aus der Verzettelung der Tätigkeit der einzelnen ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen resultiere. Die Schwierigkeiten bei der Planung würden sich u. a. dadurch ergeben, daß statistische Daten nur in unzureichender Form zur Verfügung stehen. Die prospektive Entwicklung des Bedarfs nach psychiatrischen Leistungen könne daher nur unzureichend geschätzt werden. Für eine verwirklichungsorientierte „dynamische Planung" müßten darüber hinaus unbedingt *qualitative Momente* berücksichtigt werden, die sich aus einer Konzeptualisierung eines zukünftigen Versorgungssystems ergeben (z. B. sei schon in der Vergangenheit erkennbar geworden, daß sich der Personalmangel nur im Zuge einer qualitativen Verbesserung und Differenzierung der Institutionen überwinden ließ). Die *konkreten Planziele* für die Region Den Haag sind auch unter dem Einfluß von überregional verbindlich gewordenen Veränderungskonzepten, die im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik seit dem Ende der 60er Jahre entwickelt wurden, ausformuliert worden.

In Den Haag wird seit einiger Zeit auf *kommunaler Ebene* die Gründung eines *Vereins für geistige Gesundheitspflege* angestrebt, in dem sich alle für die Region zuständigen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen zusammenschließen wollen. Dieser Verein wird — wiederum auf kommunaler Ebene — zusammen mit einem *Verein für somatische Gesundheitspflege* in einem *zentralen Rat für Volksgesundheit,* in dem auch der *Rat der Sozialdienste* vertreten sein soll, vereinigt sein. Diesem Rat obliegt dann die Koordination zwischen den verschiedenen Disziplinen der somatischen Medizin, den sozialen Diensten und der „Geistigen Gesundheitspflege". Der *Rat für die Volksgesundheit* soll wiederum gekoppelt werden mit einem *Rat für integrierte soziale Dienste,* deren Mitglieder dann Delegierte in die entsprechenden Gremien des *Senators für soziale Fragen und Volksgesundheit* bei der Gemeinde Den Haag entsenden.

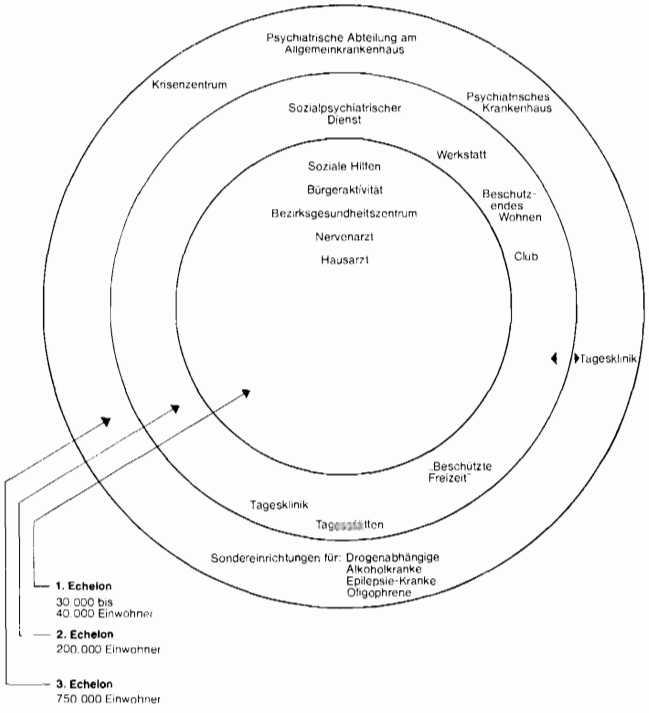
Die *Regionalisierung der sozialen und medizinischen Versorgungsstrukturen* hat Steuerungsinstrumente zur Bedingung, die in Form der erwähnten Räte *paritätisch zusammengesetzt sind aus politischen Vertretern der Kommunalverwaltung* (z. B. Mitgliedern des Gemeinde-Gesundheitsausschusses), *den professionellen Vertretern der verschiedenen Versorgungsinstitute* (z. B. der psychiatrischen Dienste) und *Bürgervertretern aus den verschiedenen Stadtbezirken.* Nur so sei garantiert, daß ein genügender professioneller Sachverstand mit der kommunalpolitischen Exekutive einerseits und den lokalen Belangen der Bevölkerung andererseits verknüpft werden kann. Schließlich wurde nachdrücklich darauf hingewiesen, daß die Einrichtung eines strikten regionalisierten Versorgungssystems zugleich abhängig sei von einer *Verwaltungs- und* einer *Gebietsreform* (zur Überwindung von verwaltungstechnisch starren Gemeinde- und Provinzialgrenzen). Zugleich sollen neben den Institutionen der medizinischen, psychiatrischen und sozialen Versorgung auch die pädagogischen Einrichtungen, Behörden der Justiz, der Polizei und des Strafvollzugs in die regionalisierte Orientierung, beginnend auf dem Niveau der Stadtbezirke (30 000 bis 40 000 Einwohner) einbezogen werden. Betont wurde ferner, daß es sich bei dieser inzwischen im ganzen Land in Fluß gekommenen Entwicklung *nicht um staatlich dirigistische oder zentralistische Maßnahmen* handelt, sondern im Gegenteil um eine Entwicklung, die aus der Kontinuität alter Bürgerinitiativen nunmehr eine weitere Dezentralisierung im Dienste einer Beförderung von lokalen, auf die Bedürfnisse der Bevölkerung bezogenen Hilfsangeboten anstrebt. Im Bereich der „Geistigen Gesundheitspflege" bedeutet das eine Akzentverlagerung von der kurativen „medizinischen" Ausrichtung der Versorgung zu einer stärkeren Betonung eines präventiven, sozialmedizinischen Handlungsmodells der gemeindenahen Einrichtungen.

Von ihrer Theorie her geht diese Neuorientierung der ursprünglich kurativ arbeitenden Institutionen von einem stärker sozialpsychologisch ausgerichteten Bezugssystem aus, das eine Überwindung einer ausschließlich „klinisch" am Einzelindividuum orientierten Form der psychopathologischen Problemidentifizierung impliziert. Dabei handelt es sich nicht um eine unkritische Übernahme von neueren Devianzmodellen nach der Art, wie sie im letzten Jahrzehnt besonders von amerikanischen sozialwissenschaftlich orientierten Autoren vorgelegt wurden. Die Tatsache, daß die Holländer den heuristischen Wert solcher Modelle abweichenden Verhaltens hoch einschätzen, ist dadurch begründet, daß die in Jahrzehnten gewachsene *Praxis* der „Geistigen Gesundheitspflege" und die noch viel weiter zurückreichenden diätetischen Traditionen in der allgemeinen Gesundheitspflege bzw. Gesundheitspolitik (im Sinne Hufelands) die sozialen Aspekte von Krankheit bereits in vorwissenschaftlicher Weise stark betont hatten. In diesem Zusammenhang ist z. B. an die zentrale Stellung des Hausarztes mit seiner ausgeprägten Familienorientierung zu erinnern.

Angestrebt wird nunmehr ein sozialintegratives Versorgungssystem, das in der *topographischen Ausrichtung* aus *drei aufeinander bezogenen Versorgungslinien,* sog. „Echelons" zusammengesetzt ist und dessen Verwirklichung zur Zeit auch für die Stadt Den Haag schrittweise in Angriff genommen wird: in den kleineren Basisregionen (z. B. Stadtvierteln, kleineren ländlichen Gemeinden; 30 000 bis 40 000 Einwohner) sollen sog. *Bezirksgesundheitszentren für die allgemeinmedizinische Versorgung* errichtet werden. In diesen Bezirksgesundheitszentren, die als interdisziplinäre Gruppenpraxen auf privater und semiprivater Grundlage errichtet werden, arbeiten im Verbund neben Allgemeinmedizinern, Sozialarbeitern und Gemeindeschwestern (des niederländischen Weiterbildungstyps). Zu dem ersten „Echelon" gehören im übrigen noch andere Einrichtungen wie z. B. Schulen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Polizeireviere etc. Die sozialpsychiatrischen Dienste wirken als Institutionen der *zweiten Linie* (des zweiten Echelons) konsiliarisch und durch Übernahme von Patienten mit entsprechenden Problemen in das erste „Eche-

lon" hinein. *Teilstationäre Einrichtungen,* wie *Tageskliniken* und flankierende Einrichtungen wie Wohnheime, gehören ebenfalls zu den Versorgungsinstitutionen der zweiten Linie. Weiter spezialisierte Einrichtungen wie Kriseninterventionszentren, psychiatrische — und Allgemeinkrankenhäuser gehören zu den Institutionen der dritten Linie (in dem Regierungsentwurf zur Neuordnung der medizinischen und sozialen Versorgung vom August 1974 ist allerdings von zwei Versorgungslinien, von zwei Echelons, die Rede, so daß hier die stationären Einrichtungen zum zweiten Echelon gerechnet werden). Betont werden muß, daß es sich bei den interdisziplinär aufgebauten Gesundheitszentren also *nicht um staatliche Ambulatorien handelt.* Zur Zeit werden in verschiedenen Städten der Niederlande erste Erfahrungen mit solchen Bezirksgesundheitszentren für Allgemeinmedizin gewonnen (z. B. in einem Neubaugebiet von Rotterdam, Omoord; in Amsterdam, in Maastricht und zwei experimentellen Zentren im Stadtgebiet von Den Haag).

Struktur der dreiteiligen Versorgungsebenen (der Echelonisierung)



Mit diesem dreigeteilten sozialen und medizinischen Versorgungsmodell wird angestrebt:

— frühzeitige Erkennung von medizinischen und sozialen Problemen am Standort des Klienten,

— Verhinderung von Umdefinitionen von sozialen Problemen in medizinische,

— sachverständige Betreuung der großen Zahl von funktionell beeinträchtigten Patienten in der Allgemeinpraxis,

— Verhinderung von überflüssiger Hospitalisierung durch Problemlösung vor Ort,

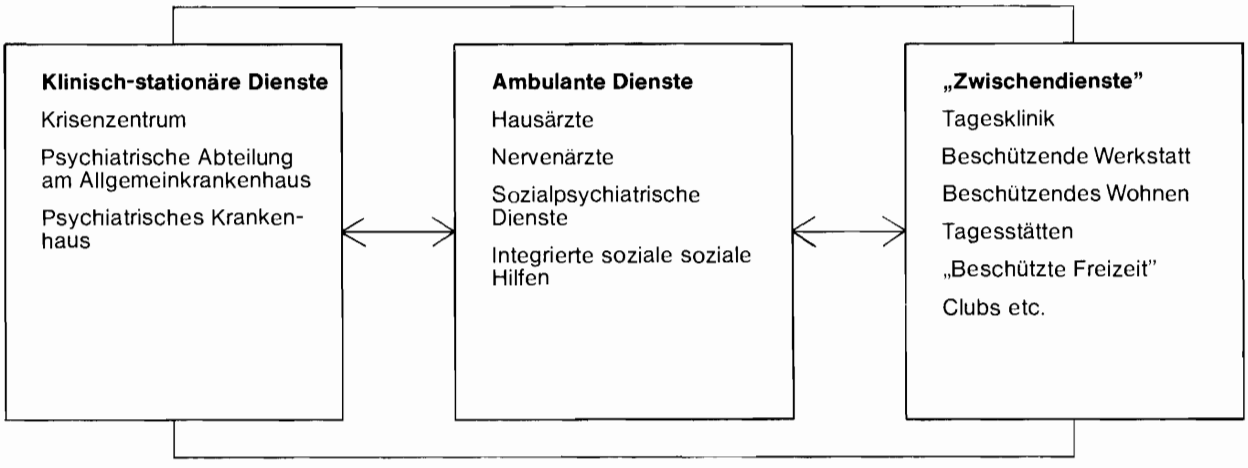
— sog. — wie die Holländer es nennen — *Schwellenerniedrigung* helfender Institutionen, besonders für sozial schwache Bevölkerungsgruppen,

— Senkung der in den letzten Jahren bedrohlich angeschwollenen Kosten im stationären Bereich,

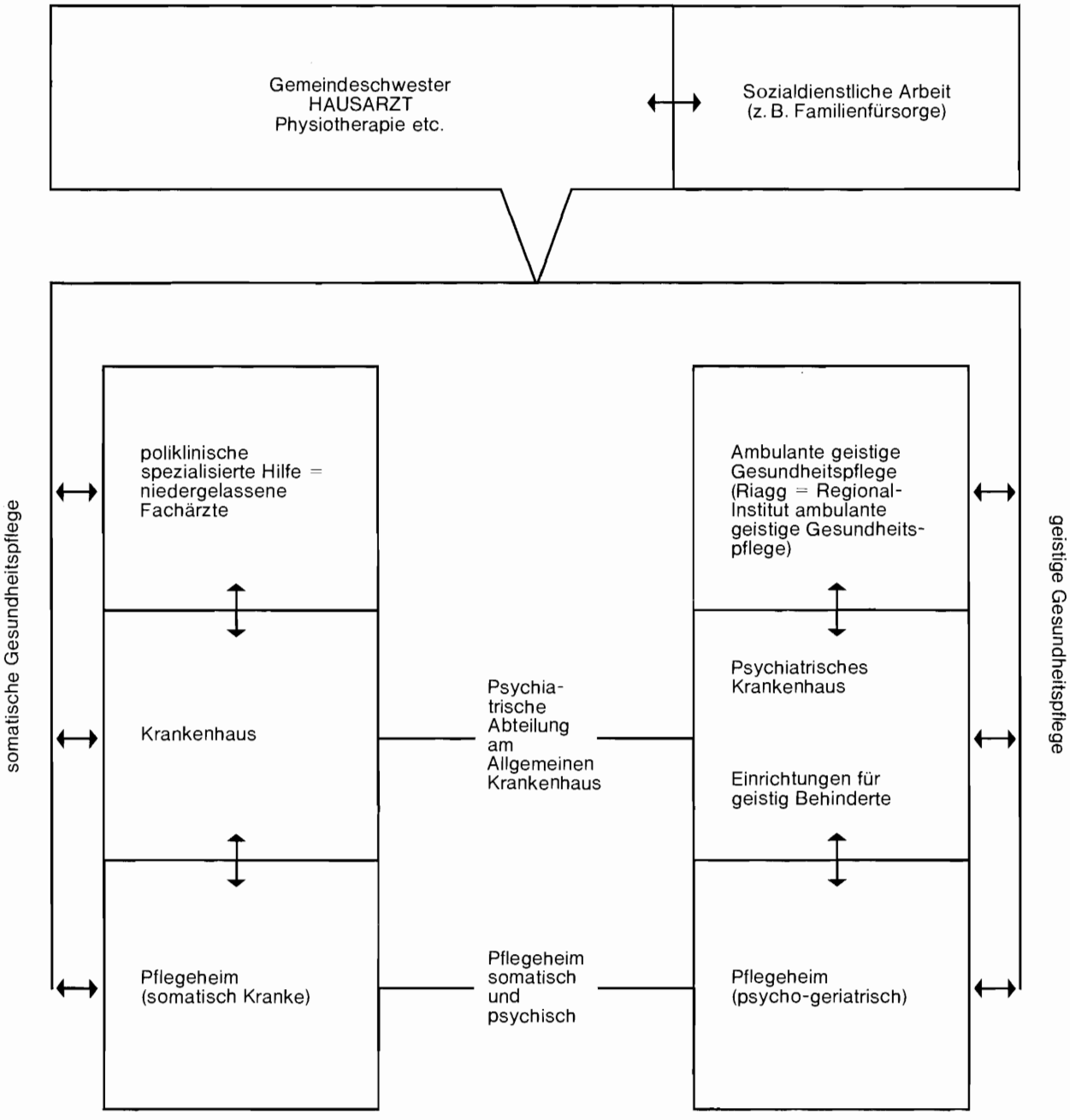
— stärkere Partizipation der Bevölkerung an der Gestaltung sozialer Einrichtungen.

Interessant war schließlich, daß uns berichtet wurde, daß die Neukonzeption der sozialen und medizinischen Versorgung tragend von eher traditionell orientierten Bevölkerungsgruppen ausgegangen sei

Schema des Integrierten Versorgungssystems (nach van Londen)



Zusammenhang zwischen 1. und 2. Echelon



Aus: Structuurnota Gezondheidszorg v. 9. August 1974, vorgelegt durch den Staatssekretär für Volksgesundheit und Milieuhygiene, 1974.

(so z. B. gingen besonders von katholischen Vereinigungen starke Impulse aus; Trimbos).

Aus dem Gesagten ergibt sich für den Bereich der „Geistigen Gesundheitspflege" ein integriertes System mit drei Achsen: die zentrale Achse, um die die anderen Bereiche angeordnet sind, stellt die ambulanten Einrichtungen in der Gemeinde Den Haag dar. Diese ambulanten Einrichtungen werden auf der einen Seite flankiert von den klinisch-stationären Institutionen und auf der anderen Seite von den sog. „Zwischendiensten" (flankierende soziale Einrichtungen wie z. B. teilstationäre Einrichtungen, beschützende Werkstätten, Altentagesstätten, beschützte Freizeitangebote, Clubs etc.).

3.3 Einige Bemerkungen über Sozialgesetzgebung und Krankenversicherung in den Niederlanden

1. *Subsidienregelungen,* die bis 1971 für die Finanzierung aller ambulanten Einrichtungen der „Geistigen Gesundheitspflege" mit Ausnahme der Finanzierung der Leistungen niedergelassener Nervenärzte herangezogen wurden, sind inzwischen, z. B. hinsichtlich der sozialpsychiatrischen Dienste, abgelöst worden von einer Krankenkassenregelung im Rahmen des neuen „Allgemeinen Gesetzes besondere Krankheitskosten" (A.W.B.Z.). Einige ambulante Einrichtungen werden weiterhin durch Subsidien der öffentlichen Hand finanziert (z. B. die Child-Guidance-Kliniken, d. h. die medizinisch-pädagogischen Büros).

2. Über das holländische *Sozialhilfegesetz* (Beistandswet) werden Leistungen erbracht, die zur Zeit noch nicht über die anderen Sozialversicherungsgesetze abgedeckt sind: so z. B. die Finanzierung von beschützter Arbeit, sofern vom Behinderten nicht ein Drittel der Arbeitsleistung eines Gesunden erbracht werden kann (im letzten Fall tritt das soggenannte Mindestlohngesetz ein; siehe dort), ferner die Finanzierung von Psychotherapie über 45 Stunden hinaus (nur 45 Stunden werden von den Krankenkassen voll übernommen).

3. Allgemeine Krankenversicherung: das Gesetz zur Krankenkassenpflichtversicherung (ZFW = Ziekenfondswet; Versicherungspflichtgrenze 1974: hfl. 23 000,—/anno) regelt in vergleichbarer Weise zu den in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Bedingungen der Krankenversicherung die Finanzierung von ambulanter und stationärer Diagnostik und Therapie sowie die Arzneimittelkosten. Stationäre Kosten werden im Rahmen der Krankenversicherung bis zu 366 Tagen übernommen. Entsprechend wie in der Bundesrepublik Deutschland besteht auch ein Lohnfortzahlungsgesetz.

4. *Allgemeines Gesetz besondere Krankheitskosten* (AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten): Über diese gesetzliche Regelung werden (aus den Pflichtbeiträgen) stationäre Behandlungskosten in psychiatrischen Kliniken und Anstalten vom 366. Tag an finanziert. Ferner wird durch dieses Gesetz der Anspruch auf Behandlung und Pflege in folgenden Institutionen begründet: Einrichtungen für geistig Behinderte, für Seh- und Gehörbehinderte, Pflegeheime aller Art (z. B. in psychiatrischen Pflegeheimen, Kinderheimen mit ärztlicher Versorgung, Kindertagesstätten mit ärztlicher Versorgung, Tageskliniken, Nachtkliniken, Übergangswohnheime etc.), in allgemeinen Krankenhäusern und Sanatorien. Darüber hinaus ermöglicht dieses Gesetz auch eine institutionelle Förderung von ambulanten und stationären Einrichtungen der „Geistigen Gesundheitspflege" (z. B. der sozialpsychiatrischen Dienste). Die Höhe der institutionellen Förderung über die AWBZ wird nach Größe, Sach- und Personalaufwand sowie Leistungsfähigkeit der Institutionen berechnet.

5. Das *Gesetz zur Erwerbsunfähigkeitsversicherung* (WAO = Wet op de Arbeidsongeschiktheid) entspricht im wesentlichen der gesetzlichen Grundlage nach der in der Bundesrepublik Deutschland Pflichtbeiträge erhoben und Invalidenrente gewährt, errechnet und ausgezahlt werden. Der wesentliche Unterschied dürfte jedoch darin bestehen, daß in der Invalidengesetzgebung die Rehabilitationsmöglichkeiten mit berücksichtigt werden, so daß die Verknüpfung von Invalidenrente und Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen hier in einem einheitlichen Gesetz geregelt ist.

6. Das *Mindestlohngesetz* (Arbeitnehmer zwischen 23 und 65 Jahren dürfen nicht weniger als monatlich hfl. 1 049,10 verdienen) ist insofern für die Situation der Behinderten von Bedeutung, daß jeder Behinderte, der eine Arbeitsleistung erbringt, die der eines Drittels eines Gesunden entspricht, Anspruch auf die Auszahlung der Differenz zum Mindestlohn über die Sozialhilfe hat. Erbringt jemand z. B. in einer beschützenden Werkstatt ein Drittel der Leistungen eines Gesunden, muß ihm die Differenz zwischen dem, was er mit dieser Arbeitsleistung in der Werkstatt verdienen kann, von der öffentlichen Hand ausgezahlt werden.

7. *Allgemeines Altersgesetz* (AOW): Jeder Holländer oder jeder Arbeitnehmer, der eine bestimmte Zeit seines Lebens in den Niederlanden Rentenbeiträge bezahlt hat, erhält mit der Vollendung des 65. Lebensjahres eine Mindestrente von hfl. 6 606,—. Dieses allgemeine Rentengesetz vermindert die Zahl der Sozialhilfeempfänger jenseits des 65. Lebensjahres.

3.4 Auf dem Weg zu einer Einbeziehung von Rehabilitation und Prävention in eine regionalisierte Versorgung

In einem vom vertrauensärztlichen Dienst der größten Rentenversicherungs- und Krankenkassenbehörde in Auftrag gegebenen Gutachten über die Stellung der Psychotherapie bei der „psychosozialen Rehabilitation", das von einer multidisziplinär zusammengesetzten Sachverständigengruppe 1973 un-

ter der Federführung von Prof. *Baan,* Hauptinspekteur für die geistige Volksgesundheit beim Ministerium für Volksgesundheit und Milieuhygiene, erarbeitet wurde, heißt es unter der Überschrift „Mittelfristige Entwicklungsperspektive" (S. 18 f.): „Die psychosoziale Form der Hilfe ist seit einigen Dezennien in einem starken Wandel begriffen. Es entsteht allmählich eine erweiterte Auffassung hinsichtlich des Einsatzes von professionellen Vermittlern von Hilfe und hinsichtlich der von ihnen angewandten Techniken. Deutlich zeichnet sich eine Evolution ab, die von der Psychiatrie über die Psychotherapie in der exklusiven Arzt-Patient-Beziehung in Richtung auf eine psychosoziale Rehabilitation vermittels eines multidisziplinär aufgebauten Behandlungsteams geht. Es geht inzwischen nicht mehr alleine um die Elimination von Störung oder Krankheit, die das Ziel psychotherapeutischer Behandlung ist, sondern um die Verbesserung der Qualität von individuellen Daseinsmöglichkeiten („welzijn") *). Diese Verschiebung in der Zielsetzung ist die Folge einer Veränderung in der Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft. Immer mehr verlagert sich im Spannungsfeld von gesellschaftlicher Norm und abweichendem Individuum die Verantwortung auf die Seite der Gesellschaft. Das Recht des Individuums auf eigene Entfaltung im Rahmen seiner Wünsche und Möglichkeiten wird heute von vielen anerkannt".

„... Es bedeutet eine verhältnismäßig neue Entwicklung in der somatischen Medizin, daß im Rahmen der Therapie nicht mehr nur die Wiederherstellung der biologischen Norm angestrebt wird, sondern das Endziel der Behandlung gesehen wird als eine Verbesserung der individuellen Lebensmöglichkeiten, ein Prozeß, der ‚Revalidierung' (Rehabilitation) genannt wird" (S. 20 f.).

In dem angestrebten regionalisierten Versorgungskonzept auf dem Gebiet der „Geistigen Gesundheitspflege" wird versucht, die kurativen Interventionen (beginnend mit der allgemein-medizinischen Praxis) und die Maßnahmen der sozialen Hilfe mit Rehabilitation Prävention institutionell und legislativ enger zu verflechten. Dabei geraten über die psychiatrischen Patienten im engeren Sinne zunehmend „psycho-sozial" behinderte Bevölkerungsgruppen ins Blickfeld, die bis vor kurzem noch nicht identifiziert waren und deren Beeinträchtigungen einen erheblichen volkswirtschaftlichen Kostenaufwand nach sich ziehen. Hinzukommt eine unbekannte Zahl von Sozialhilfeempfängern, die als Vertreter meist der unteren Bevölkerungsschichten zu einer sehr verwandten Problemkategorie gehören.

Spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen mit einem überregionalen Einzugsgebiet sollen als Versorgungsinstitutionen der dritten Linie in das regionalisierte System einbezogen werden. Das bedeutet konkret, daß die zu ergreifenden Maßnahmen mit den Diensten der ersten und zweiten Linie (z. B. Hausarzt, Bezirkssozialdienst, sozialpsychiatrischer Dienst etc.) abgestimmt werden und eine weitere Begleitung des Rehabilitanden an seinem Wohnort nach abgeschlossener Rehabilitationsmaßnahme gesichert wird. Darüber hinaus wird angestrebt, daß in der Rehabilitation klinische, berufsfördernde und psychotherapeutische Maßnahmen mit Techniken, die sozio-emotionales Lernen fördern, verbunden werden können. Dabei sind erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen, die bei der Gruppe von 23 % derjenigen, die Rentenzahlungen nach der WAO erhalten und vom „Vereinigten vertrauensärztlichen Dienst" der Versicherungsbehörde untersucht wurden und bei denen psycho-soziale Beeinträchtigungen außerhalb des engeren Gebietes der psychiatrischen Nosologie festgestellt wurden, noch völlig unbekannt und unerprobt. Bei dieser Gruppe von Rentenempfängern „war eine körperliche Beeinträchtigung, Abweichung, Krankheit oder eine Behinderung, die nicht nur verbunden war mit ausschließlich sozialen, sondern auch psychischen Problemen festgestellt worden. Dieses ist die eigentliche Problemgruppe, weil diese Patienten faktisch mehrfach behindert sind. Ihre Krankengeschichten, ihre psychosozialen Anamnesen, zeigten meistens ziemlich ernste Störfaktoren in ihrer Jugend, in ihrem elterlichen Milieu, in der Ausbildung, aber auch in der eigenen Familie sowie in der Arbeitssituation. Diese Gruppe besteht aus den gesellschaftlich wehrlosesten Individuen, die durch eine etwas zu lange dauernde Krankheit vollends aus ihrem schon vorher instabilen Gleichgewicht geraten waren. Sie werden durch besondere Belastungen infolge ihrer schlechten Ausbildung, ihres psychisch labilen Verhaltens, ihrer unzulänglichen intellektuellen Ausstattung sowie infolge ihrer verminderten Anpassungsmöglichkeiten hinsichtlich einer Gesellschaft, die immer mehr verlangt, als erste aus der Gesellschaft herausgedrängt. Wenn auch diese Gruppe von ihrem Umfang her wenig eindrucksvoll zu sein scheint, geht es doch um einige 1 000 Menschen pro Jahr, für die unsere Gesellschaft keine adäquaten Einrichtungen bereitstellt. Diesen Menschen kann man weder durch die übliche Sozialarbeit noch durch Psychotherapie in der üblichen Bezeichnung des Wortes gerecht werden ... Diese Gruppe kommt nicht von selber, sondern tritt ins Blickfeld, weil das Gesetz — die WAO — vorschreibt, daß die Möglichkeiten zur Rehabilitation zu klären sind" (Weyel, S. 79 ff.). So versucht man bereits, in den bestehenden Rehabilitationseinrichtungen auch bei körperlich beeinträchtigten Patienten die psychosozialen Aspekte im Rehabilitationsgang durch die Einrichtung von sozialen Diensten und „psychosozialen Teams" zu berücksichtigen. Man sieht darin wesentliche ergänzende Maßnahmen der tertiären Prävention.

Von einer Verbesserung im kooperativen Verbund der Institutionen der ersten und zweiten Linie wird auch eine Verbesserung der sekundären Prävention, der Rückfallprophylaxe bei psychiatrischen Patienten im engeren Sinne erwartet, wobei die Abwen-

*) Der Begriff „welzijn" hat in den letzten fünf Jahren im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik einen festen Platz gewonnen. „Welzijn" ist mit dem jüngst in der Bundesrepublik Deutschland aufgekommenen Begriff „Lebensqualität" verwandt, zugleich aber auch unzulänglich übersetzt. Auch in der Terminologie der Sozialarbeit hat „welzijn" eine feste Bedeutung: z. B. „welzijns"-Pflege, „welzijns"-Not, „welzijns"-Rat etc.

dung von Hospitalisierung und die Verkürzung der Hospitalisierungsdauer für die entscheidenden Ziele gehalten werden. Mit der Einrichtung der ersten sozialpsychiatrischen Dienste in den 30er Jahren war der Auftrag der Gemeinden verbunden, die Pflegetage in den psychiatrischen Krankenhäusern zu vermindern. Von 100 Aufnahmeanträgen für stationäre Behandlung an den Sozialpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter ist zur Zeit bei einem Drittel der Fälle eine sofortige stationäre Aufnahme unumgänglich, bei einem weiteren Drittel der Fälle wird eine stationäre Einweisung trotz der ambulanten Betreuung innerhalb eines Jahres notwendig, und bei dem letzten Drittel der Fälle kann eine stationäre Aufnahme durch ambulante Hilfen mit den nötigen flankierenden Maßnahmen dauerhaft vermieden werden (Romme). Dieses Ergebnis wird als bei weitem noch nicht befriedigend angesehen, und eine größere Effizienz wird nunmehr von einer stärkeren Kooperation und Integration der ambulanten Dienste im Rahmen der Regionalisierung erwartet. Dabei ist jetzt schon eine Reduzierung der Langzeitbehandlungen zugunsten von kürzeren stationären Verweildauern zu erkennen, wobei die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und die Kriseninterventionszentren die kürzesten stationären Behandlungszeiten aufweisen (die Ursache für die längere durchschnittliche Verweildauer in den psychiatrischen Großkrankenhäusern ist nicht mit Sicherheit herauszufinden, jedenfalls gibt es keine signifikanten Unterschiede in der Selektion der Patienten gegenüber den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern; Giel).

Primäre Prävention im Bereich der geistigen Gesundheitspflege gibt es, wenn überhaupt, nur in Ansätzen, und sie hat dann eher experimentellen Charakter. Hier haben die in den Niederlanden sehr verbreiteten Techniken der Familientherapie möglicherweise einen weiteren Ansatz, vereinzelt beginnen die sogenannten medizinisch-pädagogischen Büros mit Beratungsaufgaben, z. B. in Säuglingsberatungsstellen der Stadtbezirke. Einige Stiftungen für geistige Volksgesundheit, so in Heerlen, haben Dienste für Prävention eingerichtet, und auch das Bestreben, bis jetzt getrennt arbeitende Dienste (z. B. die Büros für Ehe- und Familienschwierigkeiten und die medizinisch-pädagogischen Büros) miteinander zu verschmelzen, steht im Dienste eines präventiven Arbeitsansatzes.

4 Quellenverzeichnis

Bericht über die Besichtigung von Einrichtungen für psychisch Kranke und geistig Behinderte in den Niederlanden in der Zeit vom 16. bis 21. September 1973. Landschaftsverband Rheinland.

De Stichting Het Friesche Patronaat. Sociaal-psychiatrische dienst, afdeling volwassenen, afdeling jeugd, Sociaal-geriatrische dienst. Jahresbericht 1972.

Diskussienota over de Veranderingen in de ambulante geestelijke Gezondheidszorg in de oostelijke mijnstreek. Heerlen 1972.

Gemeenschappelijke Medische Dienst. Rapport Commissie Psychotherapie (Psychosociale Revalidatie). Amsterdam, Juni 1973.

Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van's-Gravenhage. Afd. Geestelijke Volksgezondheid. Verslag over het Jaar, 1971.

Gids voor de geestelijke Gezondheidszorg in Nederland. Bd, 1—2. 1974.

Giel, R.: Hoe goed is de geestelijke Gezondheidszorg in Nederland? Tijdschr. v. Psych., Jahrg. 13, S. 282 ff., 3, 1973.

Over opname von psychiatrische patienten. Tijdschr. voor psychiatrie, Jahrg. 15, S. 110—124, 3, 1973.

Psychiatrie outpatient services in a dutch province. Manuskript 1973.

Over de behoefte aan klinische psychiatrische voorzieningen in Friesland. Unveröff. Manuskript.

Giel, R. et al.: Mededelingen uit het Centrale Patientenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (6). Tijdschr. voor Psychiatrie, Jahrg. 17, 4, 1975.

Giel, R. u. J. Th. Dewez: About the Regional Responsibility of the Mental Hospitals in the Netherlands.

Hulpverlenen en veranderen. Handboek voor psychisch bezondheidsen welzijnswerk. Bd. 1—3, 10. Aufl. Mai 1975.

Patienten-Registratie Psychiatrische Instituten. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Stichting Nationale Ziekenhuisroad, Tabellen 1970.

Richartz, M.: Psychiatrie und „Geistige Gesundheitspflege". Sozialpsychiatr. Informationen, Jahrg 1, S. 29 ff., 1971.

Romme, M. A. J.: Het aantal patienten bij de sociaal psychiatrische diensten. Een enquête van de N.V.S.P.D. MGV (Maanblad geestelijke volksgezondheid), Jahrg. 28, S. 125 ff., 3, 1973.

Stichting geestelijke gezondheidszorg maastricht en omgeving. Vijf Jaar geestelijke gezondheidszorg. Jaarverslag 68/72.

Trimbos, C. J. B. J.: Sozialpsychiatrie in den Niederlanden. Sozialpsychiatr. Informationen, Jahrg. 1, 6, S. 99 ff, 1971.

Weijel, J. A.: De mensen hebben geen leven. Haarlem 1970.

Gerontopsychiatrische Einrichtungen in London und Manchester

Bericht über eine Informationsreise (Juli 1973)

Teilnehmer: H. Behrends, H. Leutiger, H. Siede

Der Studienaufenthalt in England machte auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie drei Merkmale deutlich:

1. Öffentlichkeitsarbeit: Sozialpolitiker und Ärzte haben es verstanden, die Öffentlichkeit für die Probleme der psychisch Alterskranken zu interessieren.
2. Neue Methoden: Die Forderung der Mediziner nach Durchlässigkeit der psychiatrischen Kliniken in Richtung auf überwachte häusliche Betreuung von Patienten beginnt sich durchzusetzen. Hierbei ist besonders das „boarding-out"-System zu nennen, dessen Ziel darin besteht, die Zahl der Krankenhausbetten in den psychiatrischen Einrichtungen möglichst einzuschränken. So werden die Kranken nach kurzer stationärer Behandlung in Pflegestellen oder Wohngruppen in der Nähe der Klinik untergebracht, bleiben aber unter medizinischer Kontrolle. Sie nehmen an der Gruppentherapie und an geselligen Zusammenkünften in der Klinik teil, gehen z. T. auch einer Beschäftigung nach. Diese größere persönliche Freiheit mit dem Rückhalt der ärztlichen Versorgung gilt in England als wünschenswerte Fortentwicklung in der Psychiatrie. Diese Arbeit ist nicht denkbar ohne die Mitwirkung der Sozialämter und geeigneter Sozialarbeiter sowohl in der Verwaltung als auch im Team der Klinik. Da die Sorge für die „mentally handicapped" zu den Pflichtausgaben der Gemeinden zählt, werden von diesen auch die Beschaffung der Pflegestellen und die Kosten für die auswärtige Unterbringung übernommen. Auch bei Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung und bei der Entlassung ist dem Sozialarbeiter eine besondere Rolle zugewiesen. Bei der Einweisung entscheidet seine Stellungnahme, bei der Entlassung sorgt er bei Bedarf für die notwendigen Hilfen und Dienstleistungen, die das Leben in der eigenen Häuslichkeit möglich machen (Mahlzeiten, Besuch von Tagesstätten, Hilfe im Haushalt etc.). Sozialarbeiter sind auch eingeschaltet im Aufnahmeteam der Klinik, im Kontakt mit der Familie der Kranken und bei der Vorbereitung der Entlassung. Krankenhausärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Pflegepersonal haben regelmäßig gemeinsame Besprechungen. Das „boarding-out"-System ist nur in einem „sozialen Klima" erfolgreich; d. h., es kommt darauf an, daß sich die Allgemeinheit für diese Methode interessiert, über die humanen Aspekte aufgeklärt und so zum Mitdenken und Mithandeln bewegt wird.
3. Ausbildung: Die Mediziner erfahren schon in der Ausbildung die Notwendigkeit einer starken Einbeziehung der sozialen Komponenten in die Therapie. In ihrer Zielsetzung treffen sich hier Gesundheits- und Sozialpolitik.

Die Gruppe besuchte folgende Einrichtungen:

1. „National corporation for the care of old people", London, eine Institution, die für die Durchführung und Koordinierung von Modellvorhaben für die Behandlung und Betreuung alter Menschen zuständig ist.
2. „Age Concern", der es versteht, im Fernsehen, Funk und Presse regelmäßig über Probleme der alten Generation zu informieren. Er setzt sich stark gerade für die Belange der Gesundheitspolitik ein und versteht es, Politiker und Journalisten mit den erforderlichen Informationen zu beliefern und deren Interesse wachzuhalten.
3. Besuch einer Tagesstätte (Psychogeriatric Day Center, Bermondsey, London): Hier stehen 52 Plätze für ungefähr 200 000 Einwohner Londons zur Verfügung. Diese Tagesstätte soll in absehbarer Zeit auf insgesamt 100 Plätze vergrößert werden. Die Einrichtung selbst ist seit ungefähr drei Jahren in Betrieb, wobei noch zehn Patienten „von der ersten Stunde" dabei sind. Die Patienten, die hier betreut werden, wären sonst grundsätzlich in einem „mental hospital". Sie werden hier mit leichten Arbeiten (Papierarbeiten) für eine Fremdfirma beschäftigt. Die Arbeits- bzw. Betreuungszeit ist von morgens 8 Uhr bis 16.30 Uhr. Außerdem stehen in diesem Haus Einzelzimmer zur Verfügung, in denen Alterskranke von zwei bis acht Wochen untergebracht werden können, wenn ihre Familien Ferien machen.
4. Besuch eines Pflegeheimes (Fairholme Home for elderly mentally ill patients, London): Relativ benachbart der obengenannten Tagesstätte ist ein Pflegeheim mit 25 Plätzen, von dem immer zwei für Notfälle freigehalten werden müssen. Das Heim hat 23 Mitarbeiter, die ärztliche Versorgung wird vom nahegelegenen allgemeinen Krankenhaus durchgeführt. Hervorzuheben ist die freundliche Atmosphäre, wobei der bauliche Zustand mehr als einfach bezeichnet werden kann. Das Heim ist erst wenige Jahre alt. Außerdem fiel auf, daß die Patienten tagsüber von einer Beschäftigungstherapeutin betreut wurden.
5. Besuch bei Dr. John Brothwood (Referent für Psychiatrie im britischen Gesundheitsministerium): Er schildert zur Lage der gerontopsychiatrischen Versorgung folgendes: Zur Zeit seien 45 % der Patienten (52 000 von insgesamt 116 000) in mental hospitals über 65 Jahre alt.

Die Zahl sei deswegen so groß, da es in England zu wenige Plätze in Altersheimen gäbe. Ein großer Teil könnte entlassen werden, wenn es entsprechende Einrichtungen der Wohlfahrtspflege gäbe. Insgesamt sei die Zahl der untergebrachten Patienten gesunken, so von 152 000 auf 116 000 in den letzten 15 Jahren, was eine Verminderung von 31 % bedeutet. Demgegenüber sei die Zahl der über 65jährigen um 50 % gestiegen, diese Patientengruppe setze sich aus folgenden drei Gruppen zusammen:

a) Gruppe der sog. Graduierten. Das sind Patienten, die vor vielen Jahren in das mental hospital gekommen sind, bevor es moderne psychiatrische Techniken gab, weiter die, die auf die Behandlung keine Besserung zeigten, und die wiederaufgenommenen Patienten. Nach offizieller Meinung müsse die Zahl dieser Patienten im Laufe der nächsten Jahre ständig zurückgehen, während die National Association for Mental Health jedoch meint, daß auch in Zukunft mit Patienten gerechnet werden müsse, die auf die Therapie nicht ansprechen und für längere Zeit aufgenommen bzw. immer wieder aufgenommen werden müssen.

b) Dementia-Gruppe, hierfür seien 2,5 bis 3 Betten auf 1 000 der über 65jährigen erforderlich (s. u.).

c) Gruppe mit affektiven funktionalen Störungen, hierfür sei kein wesentlicher Bettenbedarf erforderlich.

Nach Meinung von Dr. Brothwood müsse die Assessment Unit im Vordergrund stehen. Eine solche Einheit solle 20 bis 25 Plätze umfassen und habe folgenden Personalbedarf:

ein Geriater für drei bis vier halbe Tage pro Woche,

ein Psychiater für ein bis zwei halbe Tage pro Woche,

eine Pflegekraft auf ein bis zwei Patienten und einen Sozialarbeiter.

Die Assessment Unit solle möglichst in einem allgemeinen Krankenhaus mit Department für Geriatrie verbunden sein. Die Aufenthaltsdauer solle von vornherein auf höchstens vier Wochen beschränkt sein. Im allgemeinen komme man mit einer solchen Einheit für die Versorgung von jeweils 250 000 Einwohner aus. Dies hänge jedoch von der Altersstruktur ab. So betrage der Anteil der über 65jährigen besonders in Südengland teilweise 45 bis 48 %. Insgesamt stehen in England an Betten in der Assessment Unit 867 zur Verfügung, diese Zahl muß zweieinhalbmal vermehrt werden.

Für die längerfristige Betreuung sollten nach Meinung von Dr. Brothwood die jetzt im Rahmen der Zentralisierung aufzugebenden Landeskrankenhäuser (Cottage hospitals) verwandt werden. Diese Krankenhäuser hätten allgemein eine Größenordnung von 100 bis 150 Betten und sollen sich hervorragend für die Pflege alter Menschen eignen. So sollten am allgemeinen Krankenhaus selbst die Assessment Unit und eine Tagesklinik untergebracht sein, während in einiger Entfernung das obengenannte Landeskrankenhaus für längerfristige Pflege zur Verfügung stände.

Hinsichtlich des zahlenmäßigen Bettenbedarfs gab Dr. Brothwood folgende Zahlen:

a) Alte Menschen mit funktionalen psychischen Störungen: 0,5 Betten und 0,6 Tagesplätze auf 1 000 der über 65jährigen,

b) leichte Dementiaform ohne körperliche Begleiterkrankungen, diese Patienten sollten zu Hause oder in Alters- bzw. Pflegeheimen untergebracht werden,

c) schwere Dementiaform ohne körperliche Begleiterkrankung: 2,5 bis 3 Betten und zwei bis drei Tagesplätze auf 1 000 der über 65jährigen,

d) Assessment Unit: 20 bis 25 Betten auf 250 000. Diese Betten sollten einem geriatrischen Department eines allgemeinen Krankenhauses angeschlossen sein.

Insgesamt könne gesagt werden, daß man in England bei der Bettenplanung für die gerontopsychiatrische Versorgung noch relativ am Anfang sei. Mit dem personellen Bedarf habe man sich fast überhaupt noch nicht beschäftigt. Hier müsse die Entwicklung abgewartet werden.

6. Besuch der National Association For Mental Health (London): hierbei handelt es sich um eine private Organisation, die sich sehr engagiert dem speziellen Problem der psychisch Kranken annimmt. Hier sind zwei Veröffentlichungen zur Gerontopsychiatrie erschienen (Nr. 6 und Nr. 9 des Mind Report). Beide Publikationen beschäftigen sich sehr kritisch mit den Regierungsvorlagen und stellen die Frage, ob die optimistische Meinung, die durch die Zahlenrelation zum Ausdruck komme, auch wirklich berechtigt sei. Überhaupt wird festgestellt, daß, verglichen mit der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und erwachsenen psychisch Kranken die Versorgung der alten Menschen völlig zurückgeblieben sei. So wird u. a. gefordert, daß die bei Kindern und Jugendlichen entsprechend dem „Children and Young Persons Act" von 1969 eine alle sechs Monate durchzuführende Untersuchung erforderlich sei.

7. Besuch bei Prof. Broklehurst, Leiter einer geriatrischen Klinik mit einer gerontopsychiatrischen Abteilung in Manchester. Professor Broklehurst berichtet, daß seine Studenten während der Ausbildung Hausbesuche bei alten Patienten und ihren Familien machen müssen, um die sozialen Verhältnisse zu erkunden. Diese Beobachtungen seien wichtig für die einzuschlagende Therapie. Bei diesen Besuchen wird besonders deutlich, was für einen Stellenwert die Geriatrie und Gerontopsychiatrie in der Ausbildung der Studenten und Fachärzte hat.

Die Versorgung geistig Behinderter in Dänemark und Schweden

Bericht über eine Informationsreise des Expertenteams „Geistig Behinderte" (Dezember 1973)

Teilnehmer: G. Bosch, K. Kaempf, H. Koester

Reisebericht Dänemark

Vorbemerkungen

Die Anreise erfolgte am 2. Dezember 1973. Für Kopenhagen standen 2½ Tage zur Verfügung, von Montag, dem 3. Dezember bis Mittwoch, dem 5. Dezember 1973. Am späten Nachmittag des gleichen Tages reiste die Gruppe nach Malmö. Dort wurden am 6. Dezember die Einrichtungen von Malmö-Stadt und am 7. Dezember die Einrichtungen des Bezirks Malmhuus innerhalb der Region Südschweden besichtigt. Die Rückreise erfolgte am 8. Dezember 1973.

Durchweg war man bestrebt, Einrichtungen zu zeigen, die einen Fortschritt in der Entwicklung der Behindertenbetreuung darstellen und repräsentativ sind für die Richtlinien, nach denen heute gearbeitet wird. In beiden Ländern ist diese Entwicklung noch nicht abgeschlossen, sondern wir trafen überall auf sehr lebhaftes Nachdenken über weitere Verbesserungsmöglichkeiten und auch weiterführende Experimente.

Bei der folgenden Darstellung wird berücksichtigt, daß sowohl für die dänische als auch für die schwedische Behindertenhilfe und über einzelne Einrichtungen bereits gute Darstellungen von offizieller Stelle vorliegen. Weiterhin existiert ein umfangreiches Protokoll über eine Studienreise der Diakonischen Akademie Stuttgart, bei der nahezu die gleichen Einrichtungen besucht und dargestellt wurden.

I. Besprechung im Zentralinstitut der dänischen Behindertenhilfe

Gesprächsteilnehmer

Oberregierungsrat Elithbergh, Herr Bank-Mikkelsen (zeitweise), Direktor der Behindertenhilfe.

Anhand eines Strukturplanes erläuterte Herr Bergh die in Wandlung begriffene Organisation im Bereich des Sozialministeriums. Bis zum 1. Juli 1970 unterstand die Geistesschwachenfürsorge unmittelbar dem Sozialministerium und wurde von Herrn Bank-Mikkelsen als Direktor geleitet. Inzwischen ist eine übergeordnete Sozialverwaltung mit einem Wahlbeamten an der Spitze, den einzelnen Abteilungen für geistesschwache Kinder, Jugendfürsorge und Rehabilitation übergeordnet worden. Zugleich wurden aber die Abteilungen für Kinder- und Jugendfürsorge und für Geistesschwachenfürsorge unter Leitung von Herrn Bank-Mikkelsen vereinigt. Für das bisherige Direktorium ergab sich einerseits eine gewisse Erschwerung, da die früher unmittelbaren Kontakte zum Sozialministerium durch eine zwischengeschaltete Verwaltungsstelle verzögert werden. Andererseits ergaben sich bessere Möglichkeiten, Grenzprobleme zu dem Bereich der Kinder- und Jugendfürsorge auszuschalten.

Im ganzen darf aber diese Reform als Tendenz zur Konzentration in der Verwaltung des Fürsorgebereiches gesehen werden.

An der Peripherie besteht eine Tendenz zur stärkeren Regionalisierung oder Kommunalisierung. Nach der Kommunalreform in Dänemark mit Verringerung der Zahl der Gemeinden trachtet man nunmehr danach, den Gemeinden mehr selbständige Aufgaben im Fürsorgebereich zu übertragen.

In der Aufbau- und Entwicklungsphase des Versorgungssystems für geistig Behinderte wurden zehn Regionen abgegrenzt, die, jeweils von einem Viererdirektorium geleitet, eine lückenlose Versorgung der Behinderten garantieren sollten. Trotzdem bestand ein gewisses Übergewicht des zentralen Direktoriums, das in Zukunft verringert werden soll. Es besteht die Absicht, die Regionen weiter zu verkleinern und statt der bisher zehn, in Zukunft 15 Bezirke abzugrenzen. Diesen sind nach der Gemeindereform etwa 300 Gemeinden zugeordnet.

Ein weiterer Schwerpunkt der Umgliederung liegt im Schulbereich. Die Geistig-Behinderten-Schulen unterstehen bisher der Geistesschwachen-Fürsorge. Es gibt einige wenige, die als integrierte Gesamtschulen an kommunale oder staatliche Schulen angegliedert sind. Diese Integration soll in Zukunft verstärkt werden, allerdings ist die Art und Weise noch nicht ausdiskutiert worden. Man sieht zwei Wege:

1. eine volle Unterstellung der Geistig-Behinderten-Schulen unter das Unterrichtsministerium oder
2. eine Art Aufspaltung, je nach örtlichen Gegebenheiten.

Die Gesprächspartner äußerten sich zu dieser 2. Lesung kritisch. Sie wünschten sich entweder eine volle Übernahme aller schulpflichtigen Kinder durch das Unterrichtsministerium oder ein völliges Belassen beim Sozialministerium, um Kompetenzüberschneidungen zu vermeiden.

Früherfassung

Diese erscheint überwiegend Aufgabe der Ärzte bzw. des Gesundheitsdientes zu sein. Es gibt eine Säuglingsberatung, und Gesundheitspflegerinnen besuchen in regelmäßigen Abständen die Säuglingsheime, um die Entwicklung der Kinder zu kontrollieren. Kinder mit gestörter Entwicklung werden in die zuständigen Kinderkliniken oder an die entsprechenden Fachärzte verwiesen oder von diesen gegebenenfalls der Geistig-Behinderten-Fürsorge gemeldet. Daraufhin erfolgt dann weitere Betreuung in der letzteren. Es gibt also keine generelle Früherfassung und Behandlung, die von der Geistig-Behinderten-Fürsorge ausgeht.

Grenzgruppen

Sowohl bezüglich verhaltensgestörter, minderbegabter oder schwachsinniger als auch psychotischer Kinder gab es deutliche Überlappungen zwischen dem Bereich der Behinderten-Fürsorge und dem der Geisteskranken-Fürsorge. Es wurde von der Zentralverwaltung eine gewisse Zufälligkeit der Zuordnung zugestanden. Auf regionaler Ebene gebe es jedoch eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen, so daß man hier leicht durch persönliche Kontakte eine sachentsprechende Verlegung vornehmen könne, zumal keinerlei Kostenprobleme bei der Aufnahme in diesem oder jenem Bereich entstünden.

Langzeitplanung

Bank-Mikkelsen äußerte den interessanten Gedanken, daß eine Dezentralisierung erst möglich sei, wenn eine straffe Organisation vorher bestanden habe und in das Bewußtsein aller übergegangen sei. Erst dann habe man die entsprechenden Mitarbeiter und könne eine Lockerung des Gesamtsystems vornehmen. Hinsichtlich der Weiterentwicklung besteht ein noch nicht veröffentlichtes Papier, das mit den Regionalbereichen noch diskutiert werden muß. Dieses basiert auf statistisch offenbar sehr sorgfältig ausgearbeiteten Zahlen, mit Ausblick auf 1988. Die Berechnungen gehen davon aus, daß in Zukunft geistesschwache Kinder möglichst bis zum Abschluß ihrer Entwicklung im Elternhaus verbleiben sollen (Normalisierungsprinzip). Danach aber soll auch ein geistig Behinderter, wie jeder Heranwachsende oder Erwachsene, das Elternhaus verlassen, um je nach Sozialisierungsgrad selbständig, in Wohngruppen oder auch in Erwachsenenheimen seinem Entwicklungsstand angemessen zu leben.

Sollte sich diese Planung verwirklichen lassen, so könnten von etwa 10 000 gegenwärtig in Institutionen untergebrachten geistig Behinderten noch 3 000 ausgegliedert werden. Insgesamt wird angenommen, daß im günstigsten Falle von den 0- bis 2jährigen etwa 10 % einer speziellen Institutionsbehandlung bedürften. Von den 3- bis 6jährigen nur 7 %, von den 7- bis 16jährigen 10 %. Die Höchstzahl von 50 % würde bei den über 60jährigen erreicht.

Die Zahl derer, die im Elternhaus verbleiben würden, betrüge bei den 0- bis 2jährigen 90 %, bei den 7- bis 16jährigen 80 % (ein Teil wäre in Institutionen = 10 %, ein weiterer Teil bereits selbständig ausgegliedert). Zwischen 17 und 20 Jahren würden noch 35 % im Elternhaus verbleiben und nach dem 21. Jahr 0 %.

Es wurden auch Zahlen über die erfaßten Behinderten angegeben. Die angegebenen Zahlen sind ‰ Anteile der jeweils genannten Jahrgänge. Im Alter von 0 bis 2 Jahren sind durchweg 0,8 ‰ der geistig Behinderten erfaßt. Zwischen 7 und 14 Jahren 6,6 ‰ und über 60 Jahre 2,6 ‰. Den höchsten Gipfel erreicht die Erfassung etwa um die Pubertät. Wenn man die Zahlen zwischen 7 und 20 Jahren zusammenfaßt, so liegt die Zahl der erfaßten und betreuten Behinderten bei 8 ‰, um dann zwischen 21 und 29 Jahren wieder auf 6,6 ‰ abzusinken. Diese Zahlen spiegeln also nicht den jeweiligen Stand an Behinderten in den einzelnen Altersstufen, sondern das vorliegende Betreuungsbedürfnis, das im Jugendalter naturgemäß am bedeutendsten ist.

Zweifellos sind diese Planzahlen mehr eine politische Setzung als eine zu erwartende Realität, denn es ist kaum zu erwarten, daß es gelingen wird, alle Behinderten aus den Familien herauszuholen, und es stellt sich auch die Frage, ob das immer wünschenswert sei. Solche Zielprojektionen sind aber zweifellos sehr stimulierend.

Regionale Organisationen der Behindertenfürsorge

Diese geht sowohl aus der dänischen deutsch-sprachigen Broschüre als auch aus dem Bericht der Diakonischen Akademie hervor und braucht nicht wiederholt zu werden. Wichtigste Einrichtung ist das Zentralinstitut, das gegenwärtig in jeder der zehn dänischen Regionen besteht. Es wird von vier Direktoren, nämlich einem ärztlichen, einem pädagogischen, einem Verwaltungs- und einem Sozialdirektor geleitet. Sozialdirektor bedeutet hier „Direktor der sozialen Dienste", also der Sozialarbeiter, so weit sie im Innen- und Außendienst tätig sind, und der Werkstätten. Dieser Sozialdirektor soll im allgemeinen selbst aus der Sozialarbeit hervorgegangen sein. Die betreffenden Direktoren haben sowohl eigene Institutionen als auch Funktionen in anderen Institutionen, d. h. es gibt ärztliche Institutionen in Form von klinischen Abteilungen, Polikliniken, medizinisch-technischen Einrichtungen und ärztliche Aufgaben in Sozialinstituten oder pädagogischen Instituten. Die Organisation der Region geht von diesem Direktorium aus nach den Richtlinien der Zentralverwaltung. Elternmitarbeit auf dieser Ebene ist Pflicht. Die Eltern haben ein erhebliches Mitsprache- und Kritikrecht, haben aber keine eigenen Einrichtungen. Sie sollen von diesen Aufgaben der

Institutionsführung frei sein und vom Staat die Rechte für ihre Kinder fordern können. Herr Bergh meinte, daß hinsichtlich des Verhältnisses der Bevölkerung in Dänemark zum Staat ein Unterschied gegenüber den Verhältnissen bei uns vorliege. Er höre von deutschen Besuchern immer wieder die Äußerung einer Furcht vor zuviel Staat. Dergleichen Befürchtungen gebe es in Dänemark seiner Ansicht nach nicht. Hier herrsche das Gefühl vor, daß der Staat für diese Aufgaben zu sorgen habe, und der Bürger müsse seine Forderungen an den Staat herantragen (s. Sitzungsprotokoll 1970 der Internationalen Liga über das Thema der Elternmitarbeit). Hinsichtlich *der Größe der Zentralinstitute* scheinen zwischen der Zentralverwaltung und den Institutionen selbst gewisse Divergenzen zu bestehen. Herr Bank-Mikkelsen meinte, daß eine Verkleinerung anzustreben sei, während wir in Vangede und in Lillemosegard Verfechter einer gewissen Mindestgröße von etwa 300 Plätzen vorfanden. Einigkeit bestand darin, daß solche Zentralinstitute infolge des hohen Bedarfs an Spezialisten verschiedener Richtung, sowohl im ärztlichen, psychologischen und Sozialbereich, eine gewisse Mindestgröße haben müßten und weiterhin notwendig seien. Schwedische Ansätze, diese Zentralinstitute ganz aufzulösen, wurden hier als Utopie bezeichnet. Die von uns besuchten neuen großen Einrichtungen in Schweden haben dieser genannten Tendenz aber widersprochen. Herr Bank-Mikkelsen hielt es allerdings noch nicht für entschieden, wie groß so ein Zentralinstitut sein müsse und entwickelte ein Modell, das in etwa dem desintegrierten, aber kooperativen Modell 2 der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Rheinland entspricht, mit einem relativ kleinen Zentralinstitut und getrennt, aber kooperativ verbundenen Ergänzungseinrichtungen innerhalb einer Region. Kinder, Jugendliche und Erwachsene dieser Teilzeiteinrichtungen könnten zur Untersuchung, Beratung und Behandlung in das Zentralinstitut gebracht werden, oder es könnte Fachpersonal aus dem Institut zur Beratung in die Wohnheime und dergleichen entsandt werden (s. Wohnheim für Behinderte in Kopenhagen, Amagerbrogade 268).

Zur Frage der *Zentralisierung* oder *Dezentralisierung* sei noch auf den Einwand des Elternbeirates auf zentraler Ebene hingewiesen (s. Bericht der Diakonischen Akademie). Danach könnte die Dezentralisierung für die Eltern gewisse Schwierigkeiten mit sich bringen, weil sie dadurch für ihre Wünsche und Forderungen keinen angemessenen Adressaten mehr hätten. Bei auftretenden Problemen fühle sich niemand mehr für die Gesamtproblematik verantwortlich, sondern verweise auf andere Stellen, während die bisherige Zentralverwaltung einen guten Adressaten darstellte.

Finanzierung

Einem vorliegenden Arbeitspapier vom November 1973 konnte folgendes entnommen werden: Die finanziellen Zuwendungen an Behinderte und deren Familie lassen sich im wesentlichen in drei verschiedene Formen unterteilen:

a) individuelle Zuschüsse für Kinder vom 3. Lebensjahr an, Kompensation für Mehrkosten, die aufgrund geistiger Behinderung entstehen. Dazu können auch zinslose Darlehen, etwa zur Beschaffung eines Wagens zum Transport von Behinderten gehören.

b) Ausbildungszuschüsse in verschiedener Höhe. Im allgemeinen 405 dkr. monatlich, bei Ausbildung in Schulen oder Werkstätten.

c) Invalidenpension. Auf deren Einzelheiten kann hier jetzt nicht eingegangen werden.

Es wurde in der Diskussion das Problem angesprochen, ob die Invalidenpension nicht zu hoch sei und letztlich die Motivation der Behinderten und der Familien zur Arbeit verringere. Generell wird die Pension vom 15. Lebensjahr ab großzügig gewährt. Das führt dazu, daß Behinderte sehr früh gemeldet werden und das Problem des Verbergens behinderter Kinder nicht mehr besteht. Das Problem der Motivationsbeeinträchtigung wird von der Zentralverwaltung durchaus gesehen. Sie erwägt andere Lösungen. Diese Behindertenpension ist aber so tief im Bewußtsein der Bevölkerung und der Parteien verankert, daß bisher kein Parteiprogramm ernstlich an ihr rüttelt. Für die individuellen Zuschüsse, die Ausbildungskosten und die Behindertenpension gibt es keine Einkommensgrenze der Eltern, so daß es sparsame Millionäre geben soll, die um jede 100 Kronen für ihr behindertes Kind, die ihnen zustehen, feilschen (bezüglich der Einzelheiten s. Arbeitspapier: Grundsätze der Invaliden- und Alterspensionen in Dänemark, Sätze ab 1. April 1973 für alleinstehende Personen). Weitere Arbeitspapiere informieren über die jährlichen Kosten für bestimmte Typen von Geistig-Behinderteneinrichtungen vom November 1972. Daraus ist erkennbar, daß die Zentralinstitute den höchsten Pflegesatz und entsprechenden Kostenaufwand haben. Am teuersten ist das von uns besuchte Kinderhospital in Vangede mit Jahreskosten für jeden Behinderten von 84 570 dkr., etwa ein Drittel teurer als zwei weitere Zentralinstitute. Zwischen den übrigen Einrichtungen, ob größer oder kleiner, ob mit zentraler oder ohne zentrale Verwaltung, bestehen keine signifikanten Kostenunterschiede mehr. Ein Urteil über die Kostenunterschiede konnten wir uns ohne Besuch der einzelnen Institutionen nicht machen.

Weitere Detailfragen

Das Problem der Anstaltsverkleinerung

Ein Beispiel zeigt, daß auch dieses in Dänemark nur langsam in Angriff genommen werden kann. Entgegen den Planungen, die Zentralinstitute zu verkleinern und dafür die Heimplätze usw. auszubauen, wird gegenwärtig noch in Naestved in Westzeeland eine große Zentraleinrichtung mit 400 Plätzen für Erwachsene und Kinder eingerichtet. Die Planungen für diese Einrichtung gehen um zehn Jahre zurück, werden für veraltet gehalten, können aber jetzt nicht mehr in der Ausführung gestoppt werden.

Die Einrichtung ist noch größer geworden als ursprünglich geplant, weil die für das Personal vorgesehenen Wohnungen nunmehr auch für Patienten verwendet werden. Es besteht die Tendenz, nur noch einen kleinen Rest an Personal innerhalb der Einrichtung oder direkt bei ihr in anstaltseigenen Wohnungen unterzubringen, die anderen aber frei in den Nachbargemeinden wohnen zu lassen. Man bekomme schwerer, aber dafür besseres Personal, wenn man keine Wohnungen anbiete. Man wolle auf diese Weise einer gewissen Hospitalisierung des Personals entgegenwirken.

Ein Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Regionen habe immer bestanden. Die ländlichen Bereiche seien früher besser versorgt gewesen, und auch heute noch sei die Versorgung Kopenhagens gemessen an Nord- und Südzeeland schlechter. Die Unterschiede befänden sich im Ausgleich.

Generell könne man gegenüber früher und unabhängig von Zentralisierung oder Dezentralisierung eine Tendenz der Verlagerung Schwerstbehinderter in die Zentralinstitute feststellen zur Verbesserung der notwendigen Intensivpflege und Förderung.

Besprochen wurde noch die *Unterbringung geistigbehinderter kranker Rechtsbrecher.* Dazu teilt Herr Elith Berg in einem nachträglichen Schreiben vom 21. Februar 1974 an Herrn Dr. Koester folgendes mit: „Das dänische Strafgesetz bestimmt, daß Handlungen straffrei sind, wenn sie von Personen begangen wurden, welche wegen Geisteskrankheit oder ähnlicher Zustände oder wegen schwerer geistiger Behinderung unzurechnungsfähig sind (§ 16). In solchen Fällen und in Fällen, wo eine Person u. a. wegen geistiger Behinderung als nicht strafgeeignet angesehen wird (§ 17), bestimmt der Richter, welche Maßnahmen zur Anwendung kommen sollen (§ 70).

Für geistig Behinderte kann die Bestimmung des Gerichtes entweder die Unterbringung des betreffenden in einer Anstalt für geistig Behinderte vorschreiben oder die Unterwerfung unter die Aufsicht seitens der Fürsorge für geistig Behinderte.

Im ersteren Fall wird der Betreffende in einer Institution der Fürsorge untergebracht, wo die Fürsorge nach einer Beurteilung in bezug auf die Gefährlichkeit usw. des Betreffenden bestimmt, in welcher Abteilung der Aufenthalt stattzufinden hat. Ziel der Behandlung in solchen Fällen ist es, auf eine Aufhebung der Institutionsgebundenheit hinzuarbeiten. Mit Genehmigung des Justizministeriums kann eine solche Person nach einem Zeitraum außerhalb der Institution Arbeit annehmen, und zwar als eine Art Übergang zu einem Leben außerhalb der Institution.

Wo das Urteil nur Aufsicht unter der Fürsorge vorschreibt, ist es die Entscheidung der Fürsorge, ob der Aufenthalt in oder außerhalb einer Institution stattfinden soll, je nach Beurteilung der Rechtssicherheit in jedem einzelnen Falle.

Allen Personen, die auf diese Weise verurteilt werden, soll ein Vormund beigeordnet werden, der dafür Sorge zu tragen hat, daß die Maßnahmen nicht länger als notwendig aufrechterhalten werden. So sind die Bestimmungen in Dänemark. Um zum Kern Ihrer Frage zu kommen, werden geistig behinderte Delinquenten in Institutionen der Fürsorge untergebracht, und zwar teils in geschlossenen, teils in offenen Abteilungen, und sowohl in Spezialabteilungen, von denen wir nur sehr wenige haben, als auch, was meistens der Fall ist, zusammen mit anderen geistig Behinderten.

Letzteres ist eine Tatsache, auf die wir nicht stolz sind. Überhaupt finden wir, daß die Behandlung geistig behinderter Krimineller ein Problem ist, das wir bei weitem noch nicht gelöst haben. Auf Anregung unseres Direktors, Herrn Bank-Mikkelsen, wurde 1970 unter dem Justizministerium eine Kommission gebildet, deren Aufgabe es ist, Maßnahmen dieser Personengruppe gegenüber zu behandeln, unter anderem die Frage der Planung der Behandlungsarbeit zu erörtern. Herr Bank-Mikkelsen ist Mitglied dieser Kommission. Im Verlaufe ihrer Arbeit bereitet die Kommission zur Zeit verschiedene Untersuchungen über Gerichtspraxis sowie über andere relevante Verhältnisse bezüglich dieses Personenkreises vor."

Ausbildungsfragen

Gegenüber der früheren Spezialisierung der Ausbildung für verschiedene Berufsgruppen in pflegerischem und erzieherischem Dienst besteht nunmehr eine Tendenz, zu einer gemeinsamen Basisausbildung zu kommen, auf die dann erst die jeweilige Spezialisierung aufgepfropft wird. Nach Mitteilung von Herrn Bank-Mikkelsen hat eine Studiengruppe die verschiedenen Ausbildungsgänge untersucht und festgestellt, daß etwa 80 % des Lehrstoffes gleich ist und 20 % für die Berufsgruppe spezifisch. Hinzu kommt, daß es weniger einen berufsspezifischen Lehrstoff als vielmehr einen altersspezifischen gibt, d. h. es ist wichtiger, die betreffenden Personen auf den Umgang mit Kindern oder alten Menschen vorzubreiten, als auf den Umgang mit verhaltensgestörten Geistesschwachen usw.

Verkleinerung von bestehenden Großanstalten

Zu dieser Frage meinte Herr Bank-Mikkelsen:

Ihre größte Anstalt ereiche heute vielleicht noch 1 000 Betten. Mehr als 600 Betten sei nicht gut und vertretbar und auch diese Größen seien auf die Dauer in Dänemark nicht aufrecht zu halten.

Bezüglich des Weges der Verkleinerung stimmte er unseren Vorstellungen einer primären inneren Ausgliederung zu, z. B. in Richtung auf Trainingswohngruppen und einer daran anschließenden äußeren Ausgliederung, d. h. die schalenförmige Umgebung gleichsam mit Wohngruppen, beschützenden Werkstätten und dergleichen, wie in dem dänischen Programm beschrieben. Er verwies auf ein interessantes Beispiel in Jütland, hinsichtlich der Größe und Gestaltung einer Wohneinheit.

Es wurde einer Architektengruppe der Auftrag gegeben zu untersuchen, ob es billiger oder teurer sei, ein Haus für 20 Behinderte zu bauen oder vier kleinere Häuser für je fünf Behinderte. Dabei habe sich

ergeben, daß die kleineren Häuser um etwa 10 % preiswerter seien. Es wurde dann durchgerechnet und mit der Erfahrung verglichen, ob das Betreiben der vier Gruppen hinsichtlich der Folgekosten, besonders des Personals, teurer oder billiger seien. Auch das ergab einen Kostenvorteil der kleineren Einheiten. Bank-Mikkelsen sah den Grund dafür vor allem in dem Wegfallen der Personenmassierung. Die Verkleinerung der Gruppen lasse von alleine eine ganze Reihe von Reibungsproblemen wegfallen, die Personal einsparten.

Es zeigte sich weiterhin, daß in den kleineren Gruppen die Patienten aktiver würden, mehr eigene Aufgaben übernähmen und somit insgesamt mehr für sich selbst leisteten.

Es wurde nach dem noch bestehenden Rest an „Misplaced People" gefragt. Bank-Mikkelsen meinte dazu, daß zweifellos noch eine ganze Reihe solcher Menschen in den Anstalten seien. Allerdings sei es jetzt ein Scheinproblem und nicht radikal zu lösen. Durchweg handele es sich um vieljährig Hospitalisierte, die man schlecht ausgliedern könne. Man müsse sich auf die Nichthospitalisierung der nachrückenden Jüngeren konzentrieren, und da sehe er eigentlich nur einen geringen Prozentsatz oder gar kein ernstes Problem mehr.

Abschließend wurde das Problem der Ehe zwischen Behinderten diskutiert. Bezüglich dieser Fragen sei auf die beiden Schriften von Bank-Mikkelsen und Bergh verwiesen, die das Problem in voller Breite diskutieren.

II. Personalausbildung

1 Personalhochschule — Islands-Brygge

Ergänzend zu dem Bericht von der Studienreise der Diakonischen Akademie ist folgendes zu bemerken:

1. Das Anfangsgehalt von in der Personalhochschule ausgebildeten Omsorgpädagogen beträgt 3 400 kr., das Endgehalt liegt etwa auf der 24. Stufe der 40stufigen Beamtenbesoldungsordnung. Es beträgt etwa 6 000 kr. Das Anfangsgehalt wurde mit 10 bis 15 % unter dem Gehalt einer Krankenschwester angegeben. Bemerkenswert, daß nur etwa 20 % Männer in der Ausbildung sind, diese aber etwa 90 % der Aufstiegsmöglichkeiten in diesem Beruf wahrnehmen.
2. Es war zu bemerken, daß die Entwicklung des Omsorgspädagogen von einer stärker ärztlich geprägten Ausbildung auf eine eigenständige sozialpädagogische Ausbildung umgeschwenkt ist. Dieses ist an der Stundenverteilung zu bemerken.
3. Die Praktika sind an fünf verschiedenen Einrichtungstypen als Orientierungspraktika durchzuführen. Man möchte auch Forschung und Schule mit in die Praktika einbeziehen.
4. Für die weitere Entwicklung der Fachausbildung ist vorgesehen eine zweijährige theoretische Ausbildung und ein Jahr Praxis. Es würde dann die Ausbildung etwa der einer Fachschule entsprechen.

   Es müßten dann Stipendien und Ausbildungsbeihilfen von den Studierenden beantragt werden, sie könnten nicht wie bisher mit einem Teilgehalt ihren Unterhalt bestreiten; also auch in Dänemark ist eine stärkere Verschulung vorgesehen.
5. Die Zentralschule für das ganze Land wird nicht als ideal angesehen, man müßte an vier bis fünf verschiedenen Stellen in Dänemark, vor allem wegen der praxisnahen Ausbildung, eigene Schulen haben.
6. Auch methodisch-didaktisch möchte man die Ausbildung umstellen. Dieses hat bereits zum Teil begonnen. Es findet nicht immer Studienunterricht, sondern „modul"-Unterricht statt. Hier scheint es sich um bestimmte Stoffgebiete zu handeln, die dann von einzelnen Gesichtspunkten aus bearbeitet werden müssen. Man versucht, stärker in Gruppen zu arbeiten.

   Nach einer Problemdarstellung wird in Gruppenarbeit versucht, Lösungen zu finden. Es werden stärker Themenunterricht und Fallbesprechungen in die Schule mit einbezogen. Man möchte nach Art eines „pädagogischen Supermarktes" eine Fülle von Material und Hilfsmitteln anbieten, die den Studierenden zur freien Verfügung stehen. Der Gebrauch jeglichen Materials und aller Medien sowie die Anfertigung von Manuskripten etc. ist schon jetzt völlig gratis.
7. Der 17-Monate-Kursus soll nach wie vor Omsorgassistenten zu leitenden Positionen qualifizieren, also auch zu Lehrern an Personalschulen.
8. In einer Broschüre, die halbjährlich herauskommt, sind sehr ausführlich und übersichtlich aufgeführt Ziele und Pläne der Ausbildung, rechtliche Stellung der Schüler, der gesamte Ausbildungsgang, Fachpläne, Literaturverzeichnisse sowie Examensordnungen, Dozentenverzeichnis und anderes für die Schüler Wissenswerte.

2 Die Volkshochschule für Behinderte in Spaniensgade, Kopenhagen

Der Begriff der Volkshochschule ist für uns mißverständlich, weil sich damit Gedanken an bestimmte Fortbildungskurse mit definierten Zielen verbinden. Die dänische Volkshochschulbewegung, die weit bis ins vorige Jahrhundert reicht, hat jedoch mehr allgemeinbildende oder sozialbildende Ziele, und man hat versucht, das auch auf Behinderte zu übertragen. Ältere Jugendliche oder erwachsene Behinderte werden werkstattmüde. Sie haben oft in ihrer Ausbildungszeit nicht die ausreichende Motivation gehabt, dieses oder jenes zu lernen und haben, wie jeder normale Mensch, auch das Bedürfnis nach Erweiterung ihres Horizontes. Diesen Bedürfnissen soll die Volkshochschule entgegenkommen. Die Hochschule nimmt jährlich 24 Kursteilnehmer in der Zeit vom 15. August bis 20. Juni, also für zehn Monate, auf. Diese Kursteilnehmer wohnen nicht im gleichen Haus, sondern werden hier nur unterrichtet.

Sie haben außer dem Unterricht im Hause Gelegenheit, sich für sechs bis acht Wochen, zum Teil nach eigenem Wunsch, in sozialen Einrichtungen oder Betrieben umzusehen, um dort zusätzlich konkrete Erfahrungen zu sammeln. Hauptzweck des Unterrichtes ist

1. die persönliche Entwicklung des Behinderten und
2. der Erwerb spezieller Kenntnisse.

Das Unterrichtsprogramm umfaßte sehr konkret gestaltet Informationen über persönliche Hygiene, persönliche Rechte und Pflichten, Wohnungseinrichtung und Instandhaltung und Förderung der Motorik, der Sinneswahrnehmung, der Selbsterfahrung. Wahlfrei wurden musische Fächer (Musik, manuelles Gestalten, Dramatik, Rhythmik), aber auch Kurse der dänischen Sprache, des Rechnens, aber auch der englischen Sprache angeboten. Hinzu kamen Verkehrsunterricht (einige sollen dabei den Führerschein erwerben können), sowie spezielle Interessengruppen.

Besonderer Wert wurde auf die Förderung der Selbst- und Gruppenerfahrung, auch mit audiovisuellen Mitteln, gelegt. Täglich wurden Gespräche, kleine Theateraufführungen, gefilmt und der Gruppe zur Beurteilung und Diskussion vorgeführt.

Dieses Bildungsinstitut demonstrierte einen sehr bedenkenswerten Versuch, das oft einförmige und früh erstarrende Leben geistig Behinderter durch Bildung im besten Sinne zu bereichern, ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Lebenserfahrung und Lebensleistung entsprechend ihren Gaben auszuweiten.

III. Zentralinstitute

1 Das Kinderhospital in Vangede

Über das Kinderhospital liegt eine ausführliche Broschüre vor, so daß sich die Bemerkungen auf ergänzende Erfahrungen und Eindrücke beschränken können.

Die Führung erfolgte unter Leitung des ärztlichen Direktors, Herrn Dr. Lenstrup. Die Einrichtung wurde 1966 eröffnet. Sie ist mit 300 Plätzen für Kinder und Jugendliche groß genug, um den Bezirk Kopenhagen mit etwa 1,2 Millionen Einwohner zu versorgen. Schwierigkeiten entstehen dadurch, daß die rechtzeitige und kontinuierliche Abgabe der 15 bis 20jährigen in den Erwachsenenbereich durch dessen Überbelegung nicht immer möglich ist.

Planungen für ein zweites Erwachseneninstitut mit etwa 300 Plätzen, davon 150 für Schwer- und Mehrfachgeschädigte, sind aus finanziellen, wie Dr. Lenstrup meinte, vielleicht auch planerischen Gründen noch nicht realisiert worden.

Ausführlich wurde die Frage des Bedarfs und der Funktion solcher Zentralinstitute diskutiert. Der zukünftige Bedarf wurde nicht in Frage gestellt. Auch die Größenordnung (300 Betten in Vangede) wurde nach den dortigen Erfahrungen für gut gehalten. Neben der möglichen inneren Differenzierung, der Spezialisierung der Mitarbeiter, wurde besonders auf die bessere Ausgleichsmöglichkeit, zum Beispiel bei Erkrankungen, gegenüber kleineren Einheiten, die in solchen Fällen leicht dekompensierten, hingewiesen. Es entfalle auch das Transportproblem.

Es sei schwierig, Behinderte in das Zentralinstitut zur Behandlung zu bringen und auch schwierig, mit ausreichender Intensität verstreute Einrichtungen durch Mitarbeiter ambulant betreuen zu lassen. Das Prinzip der Normalisierung sei zwar für leichter Behinderte in gewissem Sinne gültig, aber nicht unbedingt für Schwerbehinderte. Dr. Lenstrup legte mehr Wert darauf, die Lebensform der schwerer Behinderten in ihrer Besonderheit zu definieren und die Einrichtungen nach diesen bekannten Bedürfnissen zu gestalten.

Mit Fortschreiten der Organisation der Behindertenfürsorge fällt den zentralen Instituten mehr und mehr die Aufgabe zu, Schwerstbehinderte zu versorgen, während mittelgradig und leichter Behinderte zunehmend in dezentralisiert gelegenen Wohninstitutionen untergebracht werden können.

Personalsituation

Vangede verfügt über einen hochqualifizierten Personalstab. Der Schlüssel Betreuungspersonal — Patienten beträgt etwa 1 : 1. Die Erziehungs- und Pflegearbeit wird meist von Fürsorgeassistenten oder entsprechend qualifizierten Mitarbeitern geleistet, die auch die notwendigen Nachtwachen stellen. An Ärzten stehen 11 voll angestellte Ärzte zur Verfügung. Davon waren vier Fachärzte (ein Neurologe, ein Kinder- und Jugendpsychiater, ein Erwachsenenpsychiater, ein Pädiater). Der Chefarzt war ebenfalls Kinder- und Jugendpsychiater. Die übrigen sechs Ärzte befanden sich in der Ausbildung. Weiterhin standen zum Teil ganztägig ein Augenarzt, ein Zahnarzt, ein Hals-Nasen-Ohrenarzt zur Verfügung, auf Anforderung auch ein Anästhesist, ein Orthopäde. Zahnärztliche Behandlung und auch kleine ohrenärztliche Eingriffe konnten innerhalb der Institution gemacht werden; eine erhebliche Erleichterung, auch für die Behinderten, die sich oft nur schwer an fremde Behandlungsräume gewöhnen. Dadurch kann manche Beruhigungsmedikation erspart werden.

Aufgaben des Institutes

Kinder, die als geistig Behinderte erkannt worden sind oder solche, die bei der Einschulung durch ihr Versagen auffielen, wurden in der Regel in dem Institut gemeldet und meist für etwa einen Monat zur Beobachtung und Diagnostik aufgenommen. Jährlich kommen etwa 70 Neuanmeldungen, von denen 50 klinisch untersucht werden müssen. Daran anschließend wird vom Zentralinstitut die weitere Beratung und Lenkung des Lebenslaufes übernommen. Ein relativ großer Anteil der Kinder kommt erst zwischen dem sechsten und achten Lebensjahr in die Einrichtungen, schwere Defekte natürlich auch früher. Von einer Frühförderung, bereits im ersten oder zweiten Lebensjahr, kann man aber nicht sprechen.

Frühförderungsprogramme sind in Bearbeitung, finden aber nach der Auskunft, die wir erhielten, erst im Kindergartenalter Anwendung.

Wartelisten innerhalb des Versorgungsbereiches für die Beobachtung gab es nicht. Nach einer Anmeldung kann die Aufnahme durchweg in der darauf folgenden Woche erfolgen. Dagegen bestehen längere Wartezeiten für diejenigen, die zu einer langfristigen Erziehung und Behandlung im Kinderhospital aufgenommen werden müssen. Genaue Zahlen wurden nicht genannt, weil man die Warteliste nicht für repräsentativ hielt. Die Wartezeiten können durch eine aufsuchende Fürsorge, d. h. eine ambulante Beratung und Behandlung, die vom Zentralinstitut ausgeht, überbrückt werden.

Abteilungsgliederung

Die Kinder wohnten in Abteilungen zu 15 Plätzen, in der Regel Jungen und Mädchen zusammen, weiterhin auch große und kleine Kinder. Damit wird die Häufung bestimmter Probleme, wie zum Beispiel das Füttern von 15 Kleinkindern gleichzeitig, vermieden. Die Schwestern können sich nacheinander den Aufgaben, die auftauchen, widmen. Außer diesen Allgemeinstationen sind einige Stationen nach Krankheits- und Funktionsgesichtspunkten zusammengestellt. Es gibt eine Epileptikergruppe, Häuser für Bewegungsgestörte sowie für psychotische und autistische Kinder und Jugendliche. In Vangede werden auch hörgestörte und blinde geistige Behinderte aufgenommen, die aber nicht in speziellen Gruppen zusammengefaßt waren. Das Hospital verfügte über ein eigenes Labor für differenzierte Hörprüfung.

Ergänzende Fragen

Die Beziehung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht prinzipiell geregelt, sondern wird pragmatisch bewältigt. Es gibt deutliche Überschneidungen der Kompetenzen, z. B. bei autistischen oder psychotischen Kindern, die sowohl von der Behindertenfürsorge als auch von der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden.

Die Studiengruppe interessierte sich besonders für die Versorgung Verhaltensgestörter im Bereich der Fürsorge für geistig Behinderte. Es gelang aber nicht, eine von unseren Verhältnissen her gesehene befriedigende Erklärung dieses Problems zu erreichen. In Vangede gab es keine eigene Abteilung für Verhaltensgestörte, und das Problem spielte innerhalb der Einrichtung keine wesentliche Rolle. Verhaltensgestörte mit Randbegabung aus dem Bereich der Behindertenfürsorge oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie können in Spezialschulen und Heime gegeben werden. Diese Schulen können auch von Verhaltensgestörten besucht werden, die im Elternhaus wohnen. Sowohl in Dänemark als auch in Schweden hatten wir den Eindruck, daß das in unserem Lande so gravierende Problem der aggressiven oder delinquenten Verwahrlosten bei leicht oder mittelgradig schwachsinnigen Kinder und Jugendlichen im Bereich der Geistig-Behinderten-Fürsorge keine nennenswerte Rolle spielt. Es besteht hier offenbar eine andere Grenzziehung des Aufgabenbereiches.

Verlegungsprobleme in andere Zuständigkeitsbereiche ließen sich meist unkompliziert durch persönliche Telefonkontakte rasch bewältigen.

Bezüglich der baulichen Anlage und der Einrichtung sei auf den Prospekt und die eingehende Schilderung im Bericht der Diakonischen Akademie verwiesen.

2 Das Institut Lillemosegard

Über die Organisation und die Aufgaben dieses Zentralinstitutes gibt außer dem Bericht der Diakonischen Akademie (Blatt 10) die in Photokopie beigefügte Zusammenstellung erschöpfend Auskunft.

Mit Nachdruck wurde die Auffassung vertreten, daß die Pfleglinge möglichst in kleineren, auf ihre Behinderung zugeschnittenen Einrichtungen betreut werden sollten. Die Zukunftsplanung geht demnach auch folgerichtig dahin, die Bettenzahl auf 50 bis 100 Plätze zu reduzieren und gleichzeitig noch stärker als bisher das Haus, insbesondere die ausgezeichnete Physiotherapie, für Externe zu öffnen. Die Zahl von zur Zeit jährlich 70 Aufnahmen soll weiter reduziert werden, die Intensität der ambulanten Dienste soll verstärkt werden.

Daß die extramuralen Aktivitäten schon jetzt erheblich sein müssen, kann indirekt daraus entnommen werden, daß am Zentralinstitut sieben hauptamtliche Psychiater tätig sind, eine Größenordnung, wie sie sonst in Dänemark so massiert im Bereich der erwachsenen Behinderten nicht angetroffen wird.

In der Physiotherapie werden täglich ca. 115 Behinderte behandelt, davon sind 45 ganztägig dort, die übrigen nur stundenweise. Etwa 15 Behinderte werden ambulant mit dem Bus gebracht.

In den letzten Jahren ist es gelungen, praktisch alle Behinderten aus dem Bett zu bekommen. Trotz dieser Aktivitäten und des gepflegt-freundlichen Gesamtbildes wirkt die Einrichtung weniger dynamisch und phantasiereich als das benachbarte Kinderhospital Vangede.

IV. Wohnheime

1 Wohnheim für geistig behinderte Männer und Frauen in Kopenhagen, Amagerbrogade (Koester)

(s. Bericht der Diakonischen Akademie [S. 25])

In zwei Etagen eines im sozialen Wohnungsbau errichteten Hochhausblockes leben 24 ältere geistig Behinderte. Das Haus ist etwas zurückgesetzt von der lebhaften Durchgangsstraße. Vorgelagert ist ein Einkaufs- und Ladenzentrum für alle Bedürfnisse des Alltags.

Unter den Behinderten sind vier Ehepaare. Zwei Behinderte leben als „Paar" zusammen und der Rest wohnt in Einzelzimmern.

Die Einrichtung hat sich im Laufe der Jahre immer mehr in Richtung eines Altersheimes entwickelt. Die meisten der Behinderten arbeiten aber auch noch. Ihr Verdienst geht — neben der obligaten Behindertenrente — bis zu 600 Kronen monatlich. Für Vollpension zahlen die Bewohner wöchentlich 42 Kronen. Dabei muß man wissen, daß ein möbliertes Zimmer in Kopenhagen allein in der Regel rund 500 Kronen monatlich kostet. Das Beispiel zeigt, daß an Fürsorge, speziell auch an finanzieller Zuwendung, auch zuviel getan werden kann. Die Einrichtung stellt auch für Dänemark noch eine Ausnahme dar. Bislang gibt es in ganz Dänemark erst 32 dieser Wohnungen.

Die Bewohner kommen im allgemeinen aus dem zentralen Institut Lillemosegard, in dem die Tendenz besteht, möglichst viele Behinderte in gleichartige oder ähnliche Einrichtungen zu bringen (Prinzip der „Integration" und „Normalisierung"). Die Zimmer sind sehr individuell, nach den Wünschen der Behinderten, zum Teil mit eigenen Möbeln, ausgestattet. In einer ganzen Reihe von Zimmern stehen teure Geräte, wie Tonband und Stereoanlagen, Fernsehgeräte, Kühlschränke usw.

An Personal stehen ein Leiter, drei Fürsorgehelfer, eine Köchin — Frau des Leiters —, eine Küchenhilfe und eine Putzfrau zur Verfügung.

Das Frühstück und warmes Essen werden in einem Speiseraum ausgegeben. Ein angrenzender Gemeinschaftsraum wird nur wenig benutzt, die Bewohner halten sich meist in ihren Appartements auf.

Zu Mittag werden den Arbeitenden Butterbrote mitgegeben.

Jeder Bewohner hat einen eigenen Wohnungsschlüssel. Er kann gehen und kommen, wann er will. Schwierigkeiten mit den übrigen Hausbewohnern oder der Nachbarschaft hat es bisher nicht gegeben. Stärker Behinderte werden auf Wunsch zu Arztbesuchen und Einkäufen begleitet. Die Bewohner suchen in der Regel ihren Hausarzt in der Nachbarschaft auf. Bei größeren Problemen wird das Zentralinstitut eingeschaltet, dem auch zweimal jährlich vom Leiter ein Bericht zu erstatten ist.

Ein besonderes Freizeitangebot besteht nicht. Die Bewohner besuchen aber für die Allgemeinheit eingerichtete Kurse, Tanzveranstaltungen und Kinos in der Umgebung.

V. Werkstätten

1 Werkstatt Jydeholm

(s. Bericht der Diakonischen Akademie [S. 28])

Die Werkstatt liegt im 3. Stock eines modernen, hellen, weiträumigen, vier Stockwerke hohen Büro- und Firmengebäudes. Hier ist angegliedert eine Einrichtung für eine Tagespflegegruppe von 20 Schwerbehinderten, die zum Teil liegend antransportiert werden, oft zur Entlastung der Eltern.

Für die Tagespflegegruppe ist ein großer Gymnastikraum vorhanden. In ihm ist eine Physiotherapeutin, die eigentlich ganztägig gebraucht würde, täglich vier Stunden tätig. Die Physiotherapeutin hat bei einzelnen Behinderten erst hier mit ihrer Arbeit begonnen, eigentlich oft zu spät. Einzelne Behinderte waren 40 Jahre alt, ehe mit der Therapie angefangen wurde. Die Behandlung erfolgt in Abstimmung und unter Kontrolle eines Orthopäden.

Der Gymnastikraum ist sehr vielseitig mit Matten, Bällen, Hanteln, Wurf- und Kegelspielen, Treppenstufen, Gehbalken, Heimtrainingsgeräten, Massagebänken, Spiegeln usw. ausgestattet. Außer dem Gymnastikraum gibt es für die Tagespflegegruppe zwei Beschäftigungstherapieräume. Für die 20 Klienten der Tagespflegegruppe stehen in der Beschäftigungstherapie sieben Mitarbeiter zur Verfügung.

Die Mahlzeiten werden mit den Werkstattarbeitern gemeinsam in einem Speiseraum eingenommen.

Für die Tagespflegegruppe ist noch ein Ruheraum vorhanden. Außerdem sind vorgesehen großzügig angelegte Bäder, da die Körperpflege erfahrungsgemäß zu Hause oft vernachlässigt wird.

Ausgesucht sind die Klienten der Tagespflegegruppe vom Zentralinstitut. Es handelt sich bisher um die einzige dieser Art in Kopenhagen. Alle sind so schwer behindert, daß sie auch einfachste Arbeiten nicht verrichten, sondern nur beschäftigt werden können.

In den hellen und lichten Werkstatträumen, die geleitet werden von Handwerkern mit weiterführender Ausbildung in der Behindertenbetreuung, die auch befähigt sind, Aufträge selbst zu schaffen und auch Buch zu führen und abzurechnen, werden Arbeiten in vielfältigen Techniken und von unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden ausgeführt. Möglichst werden fertige Werkstücke hergestellt. u. a. Kugelschreiber, Rollen für Polstermöbel, Spielzeug, Entlüfter und Elektroartikel.

Außer dem Arbeitstraining erfolgt Verkehrsunterricht, und erlernt wird weiter gemeinsames Einkaufen und der Umgang mit Münzwaschautomaten. Sexualkundeunterricht wird gleichfalls gegeben. In einem sozialpädagogischen Trainingszentrum werden Bettenmachen, Wohnung-sauber-machen, Kochen usw. geübt.

Alle Behinderten haben ihre Pension, verdienen im übrigen auch im Akkord, obligat auch, wenn sie keine werteschaffende Arbeit verrichten, mindestens 70 Öre pro Tag.

Reisebericht Südschweden

Vorbemerkung

Über die schwedische Organisation der Behindertenbetreuung orientiert eine amtliche Broschüre von Karl Grunewald, Leiter des Büros für die Betreuung geistig Behinderter beim Reichsamt für Gesundheit- und Sozialwesen (Stockholm, 1971).

Es wurden sowohl die Stadt und Region Malmö als auch die Region Südschweden besucht. Die schwedische Behindertenversorgung ist ebenso wie die dänische regional organisiert. Die beiden besuchten Regionen gestatten somit einen Einblick in die Organisation innerhalb eines Stadtregionbereiches und eines ländlich-regionalen Bereiches.

I. Stadt und Region Malmö

Malmö mit etwa 240 000 Einwohnern ist hinsichtlich der Behindertenversorgung eine eigene Region mit der Aufgabe und Tendenz, möglichst alle Versorgungsprobleme innerhalb dieser städtischen Region zu lösen. Das ist bis auf wenige überregionale Aufgaben (Versorgung sinnesbehinderter, geistig Behinderter und psychisch kranker geistig Behinderter) auch gelungen. Auf 240 000 Einwohner kommen gegenwärtig etwa 1 000 geistig Behinderte. Das entspricht abgerundet 4,2 ‰ (4,3 ‰) über alle Altersstufen in Dänemark. Die Erfassung der Betreuungsbedürftigen kann in dieser städtischen Region als nahezu vollständig gelten.

Im Zentrum der Versorgungseinrichtungen steht das Zentralinstitut und Pflegeheim Pilängen, das auch als Mutterhaus bezeichnet wird. Weiterhin gibt es ambulante Zentren, die sich um Werkstätten mit angegliederten Wohnmöglichkeiten, Schulzentren, Tagesheime für Kinder gliedern und durch eine Reihe von kleineren Pflegeheimen, Pflegepatenfamilien oder Behindertenwohnungen ergänzt werden. Auf die Leitungsstruktur der Region wird bei Besprechung der Region Südschweden genauer eingegangen. In Malmö ist sie innerhalb des Stadtparlamentes identisch mit der Leitung des Pflegeheimes Pilängen, insbesondere repräsentiert durch den Leiter des Pflegedienstes (Herr Mårtensson) — Hauptgesprächspartner —, einem leitenden Psychologen und einem leitenden Arzt. Letzterer betreute auch die übrigen von uns gesehenen Einrichtungen ambulant mit. Die Diagnostik wird nicht innerhalb der Behindertenorganisation geleistet, sondern von der Kinderpsychiatrie respektive Psychiatrie in Malmö. Ein Versuch, die örtliche kinderpsychiatrische Abteilung, die im städtischen Kinderkrankenhaus untergebracht war, zu besichtigen und mit der leitenden Ärztin, Frau Dr. Schleimer, zu sprechen, gelang aus zeitlichen Gründen nicht. Diese 10-Betten-Abteilung wirkte provisorisch und relativ dürftig ausgestattet. Eine neue größere diagnostisch-therapeutische Abteilung von 25 bis 30 Betten war in der Planung und soll dann als zentrale Stätte für Diagnostik und kurzfristige Therapie auch den Behinderteneinrichtungen in Pilängen zur Verfügung stehen.

1 u. 2 Besprechung mit Herrn Mårtensson Pflegeleiter und Besichtigung des Pflegeheims Pilängen

Im Gegensatz zu Dänemark ist in Schweden eine Trennung zwischen Kindern und Erwachsenen nicht obligatorisch. Es waren z. Z. 154 Patienten untergebracht, darunter 90 Erwachsene, 64 Kinder und Jugendliche.

Die Kinder lebten in vier Doppelhäusern mit je zwei Gruppen à 18 Kinder. Die beiden Gruppenbereiche standen baulich im Winkel zueinander, so daß zwischen ihnen ein kleiner Hof mit einem Spielplatz entstand, in dem jeweils einfache Spielgeräte und Sandkasten aufgestellt waren. Durchweg waren für die acht Kinder Einzel- oder Doppelzimmer vorgesehen. Die Flure waren weitgehend zum Wohnbereich genutzt mit zwischengeschalteter einsehbarer Teeküche.

Generell kann man sagen, daß in den von uns gesehenen schwedischen Einrichtungen hinsichtlich der Qualität der Einrichtungsgegenstände und des Bemühens um Wohnlichkeit ein ganz besonders hoher Standard erreicht worden ist. Das gilt auch für die sanitären Einrichtungen.

Sehr gute Detailbeschreibungen sind in dem Bericht der Diakonischen Akademie aufgeführt. Die Besuchsgruppe hatte vielerlei anregende Eindrücke hinsichtlich baulicher Gestaltung, spezieller technisch-sanitärer Einrichtungen und erzieherischer Details mitgenommen.

Bei den Erwachseneneinrichtungen wurde Wert darauf gelegt, von vornherein das Zusammenleben der beiden Geschlechter auf einer Abteilung zu ermöglichen. Das gelang durch die häufig gesehene Kombination von zwei Behindertenzimmern mit einem zwischengeordneten Baderaum. Das ist sowohl bei der Pflege Schwerstbehinderter praktisch, weil kurze Transportwege entstehen, als auch für das Zusammenwohnen leichtbehinderter erwachsener Männer und Frauen. Auch das Zusammenleben der Geschlechter, das später einmal zu Behindertenehen führen kann, kann hier auf diskrete Weise ermöglicht werden.

Der Wohnbereich für Erwachsene, bestehend aus fünf annähernd gleichen Häusern, liegt 400 bis 500 m vom Wohnbereich der Kinder entfernt und ist durch eine Grünzone von diesem abgetrennt. Man findet überwiegend Zwei-Bett-Zimmer mit den

notwendigen Utensilien für ein privates Leben (Bettcouch, persönlicher Schrank, eigene Vitrine oder Bücherregale). Für je neun Behinderte steht ein Wohnraum, der durchaus wie ein bürgerliches Zimmer eingerichtet war, zur Verfügung. Außerdem eine Eßecke neben einer offenen Teeküche.

Pilängen hatte ein System von Kindergärten und Werkstätten sowie einen eigenen Schulbereich, der von 154 Schülern aus der Einrichtung, aber auch von außerhalb besucht wurde. Kinder und Jugendliche von Pilängen wurden auch mit Bus und Taxi in externe Schulen gebracht, um eine möglichst frühzeitige Ausgliederung zu versuchen. Es stand noch ein Schülerheim für Behinderte zur Verfügung, in dem Schüler von montags bis freitags wohnen konnten, die sonst in Patenfamilien oder eigenen Familien wohnen.

Die ganze Einrichtung ist als Bungalowsiedlung eingeschossig gebaut und in sich geschlossen organisiert.

II. Integrierte Gesamtschule Örtagårds-Schule

In ihr ist eine zehnklassige Hauptschule, wie wir sie bezeichnen würden, in einem Gebäude mit einer Sonderschule für geistig Behinderte und einer Trainingsschule für Schwer- und Schwerstbehinderte zusammengefaßt.

Es handelt sich um einen großen, eingeschossigen Schulbau, der vorbildlich und zunächst einmalig für ganz Schweden sein soll. Im Mittelpunkt der jeweiligen Schulabteilung finden sich große Studienhallen, die mobil, durch raumeinteilende Elemente gegliedert, Kindergruppen zur Verfügung stehen. In diesen sollen die Kinder mit Erziehern sich bestimmte Themen erarbeiten. Der Lehrer dient dabei mehr als Berater und Bereitsteller von Material, das innerhalb dieses großen Arbeitssaales frei zur Verfügung steht. Daneben sind kleinere Klassenräume für den Intensivunterricht vorhanden.

Die Hauptschule und die Sonderschule für geistig Behinderte sowie die Trainingsschule sind in verschiedenen Gebäudeteilen getrennt untergebracht. Zwischen ihnen gibt es jeweils einen Trennungsgang. Gemeinsam stehen Werkräume, Turnhalle, Sportplatz, Spielplätze zur Verfügung.

Die Absicht der vollständigen Integration behinderter Kinder scheint auch nach Ansicht der uns führenden Pädagogen nicht gelungen zu sein. Der Unterricht erfolgt nach wie vor streng getrennt. Es besteht eine Tendenz der einzelnen zusammenlebenden Einrichtungen, sich gegeneinander abzugrenzen. Immerhin erfolgen spontane und organisierte Begegnungen der normalen mit den behinderten Kindern auf den Spielplätzen, beim Essen sowie im Werkraum, und es sollen wöchentlich bestimmte Kontaktstunden eingerichtet worden sein, bei denen gemeinsame Aktivitäten betrieben werden und die gesunden Kinder sich an den Umgang mit den zum Teil schwer- und schwerstbehinderten gewöhnen können. Eine gemeinsame Erziehung im engeren Sinne fand aber nicht statt.

Es erwies sich auch, daß für die geistig Behinderten nach den dortigen Erfahrungen das Studienhallensystem ungeeignet sei. Die einzelnen Gruppen störten sich gegenseitig zu sehr, weil geistig Behinderte eben störbarer und irritierbarer und weniger konzentrationsfähig sind, als es bei einem solchen offenen Unterrichtssystem nötig wäre. Die Klassen haben sich daher effektiv weitgehend in die nach unserer Sicht nunmehr zu kleinen, geschlossenen Klassenräume zurückgezogen. Es war beabsichtigt, die große Halle durch Einziehen von Wänden wieder in geschlossene Schulräume zu verwandeln.

Neben dem Unterricht wurde innerhalb der Schule intensive Physiotherapie sowie verschiedenartige Einzelbetreuung von Schwer- und Mehrfachbehinderten durchgeführt. Es war eine Trainingswohnung angegliedert, in der die behinderten Kinder auch darauf vorbereitet wurden, einmal alleine in einer Wohnung oder einem Appartement wohnen zu können. Die Schule verstand sich offenbar nicht als Schule mit einem bestimmten Lehr- und Bildungsauftrag, sondern als Stätte einer umfassenden Erziehung der Behinderten. Hier wurden auch Verhaltensgestörte erfaßt und eingegliedert. In schwierigen Fällen wurde von der Schule aus ein sozialer Dienst beauftragt, die Kinder zusätzlich in den Familien zu betreuen. Die Schule organisierte ein großes Freizeitangebot, um die hier häufig entstehende pädagogische Lücke bei den Behinderten zu schließen. Für verhaltensgestörte Behinderte oder solche mit gestörtem Familienhintergrund gab es Kleinstheime oder Pflegenester für vier bis sechs Kinder, die mit der Schule verbunden waren (Schulheime) und von dieser aus auch speziell betreut wurden.

Schwer verhaltensgestörte und kriminelle geistig Behinderte sind in Schweden in Spezialheimen untergebracht. Es soll zwei oder drei solcher Heime geben, die relativ isoliert liegen und streng geführt sind. Wir konnten davon keines in Augenschein nehmen.

III. Wohnsiedlung Lindegöm

Die Wohnsiedlung Lindegöm in Malmö ist noch nicht im Bericht der Diakonischen Akademie aufgeführt. Sie wurde erst im August 1973 eröffnet. Sie liegt am Stadtrand, aber noch von Wohnsiedlungen umgeben und auch verkehrsmäßig wohl gut angebunden. In Lindegöm wohnen 56 Behinderte, 16 in ganz modernen, zum Teil sehr geschmackvollen, zum Teil etwas plüschig eingerichteten Appartements, wobei bei der Möblierung weitgehend dem Wunsch der Behinderten entsprochen wird, welche auch die Möglichkeit haben, eigene Möbel nach ihrer Wahl aufzustellen. Die Appartements, die zum Teil für zwei Personen, auch für Paare vorgesehen sind, verfügen über Duschen, Kochnischen, Kühlschränke, Waschmaschinen usw.

Außer dem Wohnbereich ist ein modernes Tageszentrum vorhanden, d. h. eine Werkstatt, in der die hier lebenden Behinderten arbeiten. Von draußen

kommen außerdem fünf bis sechs Behinderte mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit dem speziellen Behindertenservice der Feuerwehr. Die Arbeitszeit geht von 8.30 bis 15.30 Uhr. Das Mittagessen wird in freundlich hellen Räumen neben der Werkstatt eingenommen.

Hergestellt werden vorwiegend verschiedene Plastikspielzeuge (Laster, Bagger, Telefone), wobei versucht wird, die Arbeitsgänge oft zu wechseln, um Monotonie zu vermeiden. Weiter werden Verpackungsarbeiten ausgeführt.

In einem als Beschäftigungszentrum eingerichteten Raum werden kunstgewerbliche Gegenstände gefertigt. An der Werkstatt ist die sozusagen obligatorische, praktisch fast überall wiederzufindende Übungswohnung angegliedert.

Für die Freizeit steht ein offenes Schwimmbad zur Verfügung. Es werden viele gemeinsame Aktivitäten unternommen, wie Ausflüge, Besuch von Kinos, Kaffees und Tanzlokalen. Es werden Tischtennisturniere veranstaltet, und es wird Gymnastik betrieben.

Die in der Einrichtung lebenden Behinderten bezahlen von ihrer Pension 15 bis 30 Kronen für die Verpflegung. Die Miete im Appartement beträgt zur Zeit 700 Kronen. Der Arbeitsverdienst liegt bei 25 bis 30 Kronen, welche von den draußen Wohnenden bei freiem Transport und kostenlosem Mittagessen zu der ihnen voll verbleibenden Pension hinzuverdient werden können.

Für die rd. 60 Behinderten sind etwa 20 Mitarbeiter vorhanden, außer dem Vorsteher mehrere Arbeitstherapeuten, ein Freizeitpädagoge, im übrigen Wirtschafts- und Küchenpersonal. Das Haus wird einerseits von dem für die Stadt eingerichteten zentralen Behindertendienst, zum anderen von einem Arzt, einem Psychologen und Sozialarbeiter (von Pilängen) mitbetreut.

Bemerkung über den Eindruck der Einrichtungen in Malmö

Die in Malmö gesehenen Einrichtungen zeigen, daß es innerhalb einer so umgrenzenden Region möglich ist, wie hier geschehen, innerhalb von 10 Jahren ein weitgehend lückenloses Behindertenversorgungssystem aufzubauen. Es bestand, wie wir hörten, noch der Bedarf nach etwa 100 weiteren neuen Plätzen für Erwachsene, für die überwiegend freistehende Wohnungen angemietet werden sollten.

Die medizinische Voruntersuchung und Weiterbetreuung erschien uns im Gegensatz zu den dänischen Einrichtungen weniger klar gelöst und weniger intensiv. Der uns begleitende Arzt, Herr Dr. Werkström, war zwar voll in Pilängen tätig, hatte dort aber weder Röntgen noch EEG, noch Laboratoriumsmöglichkeiten. Er selbst verglich seine Tätigkeit mit der eines Haus- oder Landarztes. Er war bei Diagnostik und Therapie ernsterer Krankheiten ganz auf die zur Verfügung stehenden Städtischen Kliniken angewiesen. Von seiten der im Rahmen der Verwaltung wohl führenden Pflegeleitung wurde jedoch nicht das Bedürfnis nach einer Intensivierung der medizinischen Seite der Versorgung geäußert. Das geschah indessen eher durch den leitenden Arzt der Region Südschweden, der selbst Arzt war und diese Bedürfnisse anders einschätzte.

Die Früherfassung Behinderter wurde ebenso wie in Dänemark weder in Malmö, noch in der Region Südschweden als eigene Aufgabe der Behindertenfürsorge gesehen und praktiziert.

IV. Provinz Malmöhus bzw. Malmö-Land der Region Südschweden

Die Provinz umfaßt etwa 470 000 Einwohner und gehört zu der etwa 1,5 Millionen Einwohner umfassenden Region Südschweden, die in sechs Provinzen aufgeteilt ist.

In der Provinz sind etwa 2 000 geistig Behinderte erfaßt. Der Prozentsatz entspricht weitgehend dem der Stadt und Region Malmö.

1 Besprechung mit Medizinalrat Dr. Frick

Dr. Frick ist der für die geistig Behinderten zuständige Medizinalbeamte der Region Südschweden.

Seinem Vortrag über das schwedische Versorgungssystem sind die folgenden Gesichtspunkte und Fakten entnommen:

Das System ist patientorientiert. In einer Graphik wurde der Patient dargestellt im Mittelpunkt eines Koordinatensystems, das den Bezug zu den verschiedensten Berufen, die mit seiner Versorgung beauftragt sind, aufzeigt.

Entsprechend ergibt sich für den Patienten eines Pflegeheimes hinsichtlich seiner Pflegebedürftigkeit der Bezug zum Pflegepersonal, dem ein Pflegevorsteher übergeordnet ist. Als Lernender und Auszubildender ist er Schüler des Lehrers, dem wiederum der pädagogische Direktor übergeordnet ist. Als Kranker — Patient — ist er Bezugsperson des Arztes sowie der ärztlichen Hilfsdienste (Heilgymnasten, medizinisch-technische Kräfte). Als Sozialpartner ist er Bezugsperson für den fürsorgerischen Bereich, den Arbeits- und Freizeitbereich und die dort tätigen Berufe (Fürsorger, Freizeitpädagogen, Arbeitsleiter, Psychologen).

Diese Funktionen finden sich schließlich auch auf Provinzial- und Regionalebene. Jede Provinz verfügt über ein der Provinzialregierung und dem Landtag unterstelltes eigenes Ressort für die Betreuung geistig Behinderter mit einem koordinierenden Chef des Amtes, dem zwei Hauptfunktionsträger untergeordnet sind. Dieses sind der Chef der Sonderschulen und der Chef der Pflegeeinrichtungen.

Jeder dieser Funktionsträger hat einen Funktionsbereich, im ersten Falle den Schulbereich, im zweiten den Pflegebereich mit der offenen und geschlossenen Pflege zugeordnet. Weiterhin gibt es drei Funktionsträger ohne eigene Institution:

1. einen Chefarzt, der sowohl in den Schulbereich als auch in den Pflegebereich ärztlich hineinwirkt,
2. den Psychologen, und
3. den Fürsorger.

Diese drei Funktionsleiter haben keine eigenen Funktionsbereiche, sondern jeweils Spezialaufgaben innerhalb von Schule und Pflegeeinrichtung.

Neben dem Ressort für geistig Behinderte gibt es weitere für allgemeine Krankenhäuser und Nervenheilanstalten sowie für offene Gesundheitspflege, mit denen gewisse Überlappungen bestehen.

Innerhalb der Verwaltungsgliederung Schwedens, an der Spitze der Reichstag, sind für die Versorgung Behinderter wichtig:

1. das Ministerium für Sozial- und Gesundheitswesen,
2. das Unterrichtsministerium.

Bei beiden sind Gesetzgebung, zentrale Planung und Aufsichtsfunktionen verankert. Auf Regionalebene gibt es, ähnlich wie in einer Reihe deutscher Länder, eine Selbstverwaltung in Form der Landtage (Landsting) mit gewählten Parlamentariern und einer von dem Landtag beauftragten und kontrollierten Exekutive.

Insgesamt gibt es 23 solcher Landtage und zwei selbständige Großstädte (Göteborg und Malmö), die als eigene Provinzen und hinsichtlich der Behindertenversorgung als Regionen gelten.

Diese Provinziallandtage sind wiederum in einem schwedischen Provinziallandtagsverband zusammengefaßt, vielleicht ähnlich dem deutschen Städtetag, in dem Abstimmung der Arbeit und Vorlage an die Ministerien besprochen und verabschiedet werden.

Ähnlich unserem Regierungspräsidenten gibt es gleichzeitig staatliche Aufsichtsorgane, die ebenfalls Regierungspräsident und Bezirksregierung heißen und die Durchführung der von Regierung und Parlament in Schweden erlassenen Gesetze auf der Provinzebene beaufsichtigen.

Die Organisation in der Regional- und Provinzebene war nach unserem Eindruck stärker als in Dänemark durch den Schulbereich und den dort tätigen Sonderschulchef einerseits, sowie den Pflegebereich und den Pflegechef bestimmt, weil beiden eine eigene Institution zur Verfügung stand. So war zum Beispiel in Malmö — Stadt der Pflegechef des Pflegeheimes Pilängen zugleich Verwaltungschef des gesamten städtischen Pflegebereiches. Der leitende Arzt der Region Südschweden, Herr Dr. Frick, hatte zwar noch in seinem Amt einen Oberarzt unter sich und einen weiteren konsultierenden Arzt, hatte aber außerordentlich ausgedehnte ambulante Aufgaben zu leisten und hatte innerhalb der Bereiche, in denen er tätig war, so weit wir das erfahren konnten, überwiegend beratende Funktionen (Pflegeheime, offene Pflegebereiche, Werkstätte, Sonderschulen, Gerichtshilfe), allerdings mit voller Kompetenz hinsichtlich der ärztlichen Entscheidungen.

Er besaß die Ausbildung eines Spezialarztes für ärztliche Fürsorge (Fürsorgearzt). In Schweden soll es etwa 100 solcher Spezialisten geben, die nicht als eigene Facharztgruppe anerkannt sind. Die Ausbildung habe sich aus der Praxis und dem Bedarf des öffentlichen Dienstes entwickelt. Sie könnte mit der eines psychiatrischen Facharztes, der zugleich Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist, verglichen werden.

Zahlen der schwedischen Behindertenhilfe

Nach einer Erhebung mit dem Stichtag 1. Mai 1972 wurden 17 294 erwachsene Behinderte erfaßt. Das waren 2,1 ‰ der Bevölkerung; dagegen 13 644 geistig behinderte Kinder und Jugendliche (bis zu 21 Jahren). Das sind 1,7 ‰.

Insgesamt wurden damit 3,8 ‰ geistig Behinderter aller Altersstufen für die Gesamtbevölkerung Schwedens erfaßt.

Da die Erfassungszahl sowohl für Malmö als auch Malmö-Land höher lag, ist anzunehmen, daß die Erfassung in Gesamtschweden nicht so vollständig gelungen ist wie in einzelnen, besonders gut durchorganisierten Provinzen oder Regionen.

Auch in Schweden werden in der Regel die Schwerbehinderten früh erfaßt, Spastiker meist im ersten und zweiten Lebensjahr, während leichter behinderte Debile oft erst in der Schulzeit als solche erkannt werden.

In Schweden wird generell eine Untersuchung aller Kinder im fünften Lebensjahr durchgeführt. Bei dieser werden vor allem Sprachgestörte und mittlere Intelligenzentwicklungsstörungen erfaßt. Die leichteren Störungen können bei einer weiteren Untersuchung, bei der Einschulung mit sieben Jahren, ausgelesen werden.

Die Meldung Behinderter ist freiwillig.

4 bis 5 % kommen auch dann nicht zur Betreuung, wenn die Eltern auf die Störung und die Möglichkeit der Hilfe aufmerksam gemacht werden.

Von den erfaßten Erwachsenen-Behinderten lebten am Stichtag noch 30,3 % im Elternhaus, 5,6 % hatten eine eigene Wohnung, 4,3 % lebten in Wohnheimen und 46,8 % in Pflegeheimen. 7,1 % benötigten eine Spezialkrankenhauspflege.

Von den Kindern und Jugendlichen lebten noch über 50 % im Elternhaus, 22 % in eigener Wohnung, anderen Privathaushalten, Wohnheimen oder Schülerwohnheimen und etwa 20 % in Pflegeheimen und Spezialpflegeheimen. Der Rest befand sich in anderen kleineren Spezialeinrichtungen.

Die Betreuung der Mehrfachbehinderten

Für sowohl Seh- als auch Hörgestörte, unabhängig von der Stärke der geistigen Behinderung, gibt es ein zentrales Versorgungshaus in Mittelschweden. Die anderen Mehrfachgeschädigten würden mehr und mehr innerhalb der Provinzen versorgt. In dem erwähnten zentralen Institut sind etwa 50 bis 70 Seh- und Hörgestörte zusammengefaßt, etwas weniger als 50 würden zur Zeit innerhalb Südschwedens

versorgt. Man gehe aber auch dazu über, Mehrfachbehinderte zu Trainingskursen überregional zusammenzufassen und für die Weiterbetreuung in der größten Zeit des Jahres wiederum in die Provinzen zu entlassen.

Bisher sind in Schweden 3 000 schwer körperlich und geistig Behinderte erfaßt, weiterhin in Kombination mit geistigen Behinderungen 1 000 Blinde und Sehschwache, 500 Taubstumme, 150 Taubstumme-Blinde. 50 % davon stehen jeweils im Schulalter bis zu 17 Jahren. Nur wenige sind in Spezialeinrichtungen zentraler staatlicher Art untergebracht.

Es gibt ein Spezialpflegeheim für behinderte Blinde in der Provinz Malmhus. Sonst sind solche Mehrfachbehinderte bisher in allgemeinen Behinderteneinrichtungen aufgenommen oder werden innerhalb der offenen Pflege betreut. Das wirft insbesondere pädagogische Probleme auf, weil nicht genügend Pflegekräfte für solche geringen Zahlen speziell Behinderter zur Verfügung stehen. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich in kleinen Pflegeheimen, weil diese andere Lebens- und pädagogische Notwendigkeiten hatten und nicht dorthin passende Pfleglinge leicht den Rahmen sprengten.

Das Spezialkrankenhaus Vipeholm in Lund dient als psychiatrisches Spezialkrankenhaus auch für die Erwachsenen-Behinderten der Region Südschweden. Es wurde vor 40 Jahren als psychiatrisches, staatliches Spezialkrankenhaus gegründet und 1970 von der Provinz übernommen.

Wenn andere Einrichtungen mit Erwachsenen-Behinderten besondere Schwierigkeiten haben, so können diese Patienten in die Psychiatrie nach Vipeholm verlegt werden. Früher ist es auch Spezialkrankenhaus für Kinder und Jugendliche gewesen. Diese Abteilungen sind inzwischen aufgelöst worden und die letzten Kinder aus dem psychiatrischen Krankenhaus wurden 1973 in andere Pflegeheime verlegt.

Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung wurde die Frage der medizinischen Betreuung und der Beziehung zu *kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken* erörtert.

Auch der uns führende Medizinalbeamte fand die dänischen Einrichtungen in dieser Hinsicht besser ausgestattet (Hinweis auf die gute ärztliche Versorgung von Vangede in Kopenhagen). In Schweden ist die Trennung zwischen Pflegeheimen und psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sehr scharf. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen gibt es im Bezirk Malmhus in Form zweier kleinerer Abteilungen, bei denen das Schwergewicht auf der poliklinischen Arbeit liegt. Zentren dieser Aktivität sind Lund und Helsingborg.

Da diese scharfe Trennung vor der Reise nicht bekannt war, konnte eine Besichtigung und entsprechende Diskussion mit den kinderpsychiatrischen Einrichtungen und ihren Leitern nicht mehr organisiert werden.

Die Zuständigkeit der Behindertenfürsorge

Von der Intelligenz her gesehen ist die Behindertenfürsorge unterhalb eines IQ von 70 zuständig. Das wird jedoch nicht als magische Zahl angesehen. Es könne auch einmal jemand mit 70 oder 80 IQ, der aber praktisch in seiner Lebensbewältigung behindert sei, betreut werden, oder man könne gut angepaßte Behinderte mit niedrigem IQ aus der Betreuung entlassen.

Die zukünftige Entwicklung gehe dahin, von den jetzt bestehenden Schwerpunkten in den größeren Städten wie Lund, Helsingborg, Trelleborg aus und den größeren Pflegeeinrichtungen wie Georgshill und Västervangen ausgehend, die Provinz gleichmäßig mit einem Angebot an halbstationären Einrichtungen, insbesondere an Schulen und Werkstätten, zu überziehen.

Jeder der gebauten oder geplanten Schulen sei ein Heim angegliedert oder auch nur ein Fünf-Tage-Heim, von dem aus die Schüler am Wochenende nach Hause gingen, je nach persönlicher Lage und Möglichkeiten der Familie. Solche Heime empfehlen sich auch wegen der relativ großen Entfernungen in dem weniger dicht besiedelten Bereich Schwedens.

Großer Wert wurde auch darauf gelegt, in den Pflegeheimen noch Schulen für Erwachsene einzurichten. Erwachsene seien nach Aufnahme der Arbeit oft besser motiviert als im Jugendalter noch etwas dazuzulernen (siehe Volkshochschule Spaniensgade in Kopenhagen), wenn sie selbst in der Arbeit die Erfahrung der bei ihnen vorhandenen Mängel gemacht hätten. Man könne sie dann entweder in den Heimen in Kursen, die etwa 5 bis 40 Stunden umfaßten, zusammenfassen oder man könne sie, sofern sie zu Hause wohnten, von ambulanten pädagogischen Diensten unterrichten lassen.

Zentralkrankenhäuser oder -institute wurden von Dr. Frick für notwendig gehalten. Er empfahl, wenn möglich, ihre Angliederung an eine Universität oder andere Spezialkliniken. Die ambulante und teilstationäre Versorgung erfordere folgendes:

1. ein Beschäftigungszentrum,
2. die Unterstützung der Elternhäuser (mobile pädagogische Dienste, Sozialfürsorge),
3. Wohnheime,
4. selbständige Behindertenwohnungen.

In einem Zentralwohnheim benötigt man nach dortiger Auffassung für sechs bis acht Patienten vier bis fünf Pflegepersonen, in einem sekundären Wohnheim sei für zwei bis vier Patienten nur eine Hilfs- oder Überwachungskraft notwendig, während im tertiären Wohnbereich eine solche Wohnung ein bis zweimal in der Woche durch Besuch einer Fürsorgerin im Auge behalten werden könne. Dann reiche für drei bis vier solcher Wohnheime eine Betreuungsperson aus.

Bei der Verteilung von Behinderteneinrichtungen innerhalb der Region versuche man zu erreichen, daß möglichst nicht mehr als 1 % der Bevölkerung behinderte Menschen seien. Das sei der Durch-

schnittssatz in ganz Schweden. Bei größeren Pflegeeinrichtungen lasse sich das natürlich nicht realisieren.

Finanzielle Förderung

Die finanzielle Unterstützung beginnt schon mit dem Säuglingsalter oder sobald der behinderte Mensch als solcher erkannt und erfaßt ist.

Von da an stehen für jeden Behinderten 700 skr. monatlich als Dauerrente zur Verfügung. Dieser Betrag muß allerdings versteuert werden. Zusätzlich kann noch ein besonderer Heimpflegebetrag geleistet werden. Dieser Beitrag und die Pension werden vom 16. Jahr temporär gewährt und müssen alle zwei Jahre überprüft werden. Ab 25 Jahren können sie bei gegebenen Voraussetzungen als feste Pension ohne Kontrollen zugestanden werden. Auch diese beträgt durchschnittlich 700 skr., zusätzlich eines evtl. notwendigen Heimpflegebeitrages.

Bei einer Aufnahme in Pflegeheimen werden diese Beiträge mit dem Pflegesatz verrechnet. Es gibt ein Taschengeld. Bei Arbeitsleistungen gibt es keinen Stundenlohn, sondern eine Prämie, die bis zu 10 Kronen pro Tag, je nach Leistung, reicht. Während der Einübungs- und Trainingszeit wird keine Prämie gezahlt. Pensionäre vom 65. Lebensjahr an erhalten ebenfalls keine Prämie mehr.

Die Heiminsassen erhalten von ihrer Pension 30 %, also etwa 210 Kronen als Taschengeld.

Bei Arbeit in der freien Industrie können bis zu 40 % des Lohnes vom Staat übernommen werden. Die Möglichkeit, Behinderte in der freien Industrie oder Wirtschaft unterzubringen, wird auch in Schweden skeptisch beurteilt.

Positives erlebt man meist nur in Familienbetrieben, aber auch in größeren Industrieeinheiten, bei denen Behinderte unter besonders günstigen überwachten Bedingungen eingesetzt werden können.

Die Person des jeweiligen Arbeitsleiters ist besonders wichtig. Dr. Fricke kannte solche Arbeitsleiter, die 10 bis 12 Behinderte „verkraften" konnten, andere dagegen nur ein oder zwei und wieder andere seien für eine solche Anleitung nicht zu haben und nicht zu gebrauchen.

Die ganze Einfügung Behinderter in den Arbeitsprozeß sei bei Körperbehinderten deutlich leichter.

Kostensätze

Es wurden uns die Tagessätze in Vipeholm (Lund) genannt:

1972 194 kr.,

1973 237 kr.,

1974 270 kr.

(100 skr. = ca. 57 DM)

In einem Wohnheim wurden 1973 53 kr. für reine Wohnkosten berechnet.

2 Besichtigung des Pflegeheimes in Georgshill

Georgshill ist das zentrale Pflegeheim für die Provinz Malmöhuus. Es wohnen dort 189 Behinderte einschließlich acht Behinderter, die in Behindertenwohnungen in Hörby leben.

Innerhalb der Einrichtung sind 13 in sogenannten Übungswohnungen untergebracht. Die Einrichtung sollte vor allem die Schwerbehinderten und Pflegebedürftigen der Provinz aufnehmen. Einzelheiten können aus den hier besonders ausführlichen und anschaulichen Berichten der Diakonischen Akademie entnommen werden. Über das, was in diesem Bericht über Größe, Klientel, Arbeits- und Beschäftigungsprogramm hinaus auszusagen ist, ist die außerordentlich freundliche, trotz der Größe sehr individuelle Atmosphäre, die hohe Wohnkultur, die auch feines Porzellan, leicht zerbrechliches Schmuckglas, empfindliche Elektrogeräte aufwies, hervorzuheben. Dieses verdient eine, hinsichtlich der in unserem Lande noch gelegentlich geäußerten Bedenken, besondere Erwähnung. Es scheint dieses ein Beleg dafür zu sein, wie wenig unter entsprechenden Bedingungen und Angeboten Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten zu befürchten sind.

Bei Georgshill handelte es sich ursprünglich um einen Bauernhof, der jetzt durch eine moderne, sehr ansprechende und aus einem Wurf gestaltete wohnlich eingerichtete Pavillonanlage ersetzt worden ist.

3 Pflegeheim Västervangen (Bosch)

Zur Zeit das modernste Pflegeheim Südschwedens. Wurde zwischen 1961 und 1964 projektiert und zwischen 1965 und 1967 fertiggestellt. Bauherr ist der Landsting von Malmöhuus. Das Heim bietet 71 Plätze für Kinder und Jugendliche und 48 für Erwachsene. Das Pflegeheim besteht wiederum aus einstöckigen Pavillons, wobei für die Kinder kleine Pflegeeinheiten mit etwa elf Kindern, die jeweils um die Waschräume und um die Stationsküche herum gruppiert sind, bestehen. Diese Funktionsräume bedienen jeweils zwei Einheiten (22 Kinder und Jugendliche). Bei Erwachsenen beträgt die Gruppengröße 12.

Kinder- und Erwachsenenbereich sind so getrennt, daß bei normaler Funktion intern kein Kontakt auftritt. Neben dem Pflegeheim ist die psychiatrische Anstalt für denselben Distrikt untergebracht. Küche und Personalwohnungen sind für beide Einrichtungen gemeinsam.

Die Pavillongliederung erlaubt eine innere Differenzierung, und zwar sind in zwei Pavillons Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 16 Jahren untergebracht, in einem dritten Säuglinge und Kleinkinder bis zu vier Jahren sowie speziell Behinderte (Mehrfachbehinderte), vor allem Körperbehinderte. Ein vierter Pavillon enthält die Verwaltung und das medizinische Zentrum, ein weiterer Beschäftigungstherapie und Werkstätten für Patienten und Behinderte, die von außerhalb kommen sowie den Eßraum des Personals. In zwei Pavillons sind Erwachsene untergebracht. In einem speziellen Ge-

bäude befindet sich eine Trainingsschule für 40 Kinder einschließlich einiger Tagesschüler und schließlich stehen noch Gebäude für Hauswirtschaft und Peronalwohnungen zur Verfügung.

In Västervangen erschien uns besonders der H-förmige Pavillon für 22 Kinder und Jugendliche nachahmenswert. Die sanitären und Funktionseinheiten zentral gelegen sowie die Längsbalken des H erlauben eine sehr sinnvolle Gliederung und großzügige Gestaltung des Schlaf- und Wohnbereiches. Ein nach anthroposophischen Vorstellungen in allen Räumen rund gehaltener Spielbereich für Kinder wirkte mehr interessant als praktisch. Vielleicht sollte man aber die Funktion solcher Räume im sonst starren Schematismus einer perfekt geplanten Anlage nicht unterschätzen.

In Västervangen haben wir viele schwerstgeschädigte, geistig behinderte Kinder und Jugendliche gesehen. In die Physiotherapie, das planmäßige Wechseln von Schlafstätte und Tagesaufenthalt (Tagesbetten, mit Schaumgummi ausgelegte Kriechräume) bis hin zur Trainingsschule und Beschäftigungs- bzw. Werktherapie wurde offensichtlich sehr viel individuell gestaltete Aktivität investiert. Die Nachbarschaft zu einem psychiatrischen Landeskrankenhaus mit zum Teil gemeinsamen Wirtschaftseinrichtungen ist zu beachten. Funktionelle Gemeinsamkeiten wurden jedoch nicht für wesentlich gehalten. Västervangen kann vielmehr als Beispiel dafür dienen, daß durch planmäßige und sehr sinnvolle Neubauten die auch schwer pflegebedürftigen geistig Behinderten in eigene Bereiche aus den Landeskrankenhäusern heraus untergebracht werden sollen und können.

Hinsichtlich des Betreuungsstiles und -zieles kann auf Georgshill verwiesen werden.

4 Pflegeheim mit Werkstatt Rönneholm bei Eslöv

Dabei wurden nur die Werkstätten besichtigt, in denen sowohl Behinderte des Wohnheimes als auch Externe zur Arbeit kamen.

Die Werkstätten gliederten sich in ausgesprochen industrielle Werkstätten, in Form einer großen mehrfach gegliederten Werkhalle, in der von verschiedenen Firmen Arbeitsplätze für Behinderte hergerichtet worden waren. Weiterhin gab es eine mehr wohnungsmäßig eingerichtete Therapiewerkstätte und eine angeschlossene Gärtnerei, von der aus auch Blumen und Pflanzen verkauft wurden.

Das Heim ist ebenfalls im Pavillonstil angelegt und dient vor allem erwachsenen Patienten, die möglichts in Einzelzimmern untergebracht sind. Dem Heim und externen Patienten steht ein eigenes Freizeitzentrum mit Schwimmbad, Therapieräumen, Eßsaal und Tennisplatz zur Verfügung.

Auch hier sahen wir in der Werkstatt nur geistig Behinderte arbeiten. Es herrschte im industriellen Bereich eine ausgesprochene Arbeitsatmosphäre, die auf Produktion und Erreichen bestimmter Tagesleistungen abgestellt schienen. In den Therapiewerkstätten bestanden dagegen Anleitung zur Betätigung, Gemeinschaftserlebnis im Vordergrund. Außerhalb der Produktionszeiten konnten sich alle Patienten in den Freizeiteinrichtungen treffen.

Abschließende Stellungnahme

Das Expertenteam hatte für die Besichtigung folgende Fragen formuliert:

1. Übersicht über zentrale und regionale Versorgungssysteme in den beiden Ländern mit Studium der Unterschiede, die sich hier evtl. ergeben, unter Berücksichtigung wiederum der Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen.
2. Information über zentrale Einrichtungen von Schwerstbehinderten (Schweden) und dezentralisierten Einrichtungen für Schwerstbehinderte (Dänemark).
3. Information über die Lage und Versorgung Mehrfachbehinderter (Sinnes-, Körper- und Geistig-Behinderter) mit der besonderen Fragestellung, inwiefern diese durch Bildung von Sondergruppen innerhalb der Einrichtungen für Sinnes- und Körperbehinderte ausreichend versorgt werden können und inwiefern für einen Teil dieser Behindertengruppen, Spezialeinrichtungen evtl. in der Nähe oder innerhalb von Behandlungs- und Versorgungszentren für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene vorbehalten werden müssen.
4. Information über Auflösung bzw. Neu- und Umstrukturierung größerer Anstalten für Behinderte.

   Es stellt sich bei dem Expertenteam das Bedürfnis heraus, in einem Land, in dem dieser Vorgang evtl. ein Jahrzehnt früher in Gang gekommen ist, das Ergebnis und die während der Bemühungen zutage getretenen Probleme an Ort und Stelle zu erfahren und diskutieren.
5. Information über die im Behinderten-Bereich tätigen Berufsgruppen und deren Ausbildungswege und Ausbildungsinstitute (z. B. zentrales Ausbildungsinstitut für Pflege- und Erziehungspersonal in Kopenhagen).
6. Information über die Organisation und Lage von Behinderten-Werkstätten innerhalb des Versorgungssystems sowie deren evtl. Differenzierung.
7. Information über die Einrichtung und Organisation eines zentralistischen Versorgungssystems mit der besonderen Frage, was sich davon auf unsere andere politische und administrative Struktur übertragen läßt.

8. Information besonders über die Zusammensetzung, die Aufgaben und die Befugnisse überregionaler und regionaler Koordinationsgremien mit der gleichen Fragestellung wie im Vorangehenden.

9. Forschung: zentrale Forschungsinstitute, Vergabe von Forschungsaufträgen, Finanzierung von Forschung in den Geistig-Behinderten-Einrichtungen.

10. Beziehungen der geistig Behinderten-Organisation zur Kinder- und Jugendpsychiatrie.

    Dazu sei erwähnt, daß in der Bundesrepublik traditionell und bei der gegenwärtigen Planung der Eingangsbereich für kinder- und jugendpsychiatrische Patienten und für geistig Behinderte nicht getrennt werden soll, weil doch sehr erhebliche Überlappungen, zum Beispiel im Bereich der kindlichen Psychosen, der Hirnschädigungsfolgen, der Anfallsfolgen, der Anfallsleiden vorliegen.

Zu den oben formulierten Fragen kann wie folgt Stellung genommen werden:

ad 1.

Beide Länder haben regionale Versorgungssysteme für geistig Behinderte entwickelt. Es wurde bei allen Besprechungen von den leitenden Damen und Herren der Behindertenfürsorge kein Zweifel darüber gelassen, daß diese regionalen Versorgungssysteme sich bewährt haben und weiter ausgebaut werden müssen. In beiden Ländern besteht die Tendenz noch näher an die Gemeinden heranzugehen und durch Früherfassung sowie Stärkung der Familie in ihren Möglichkeiten den Behinderten während der Kindheit und frühen Jugend im Elternhause zu belassen.

Hinsichtlich der Größenordnung trifft man ganz unterschiedliche Regionen oder Provinzen an, Größen von 250 000 bis 400 000 überwiegen. Es sind aber in Ballungsgebieten, wie in der Stadt Kopenhagen, auch regionale Systeme denkbar und praktiziert, die über eine Million Einwohner hinausgehen. Auch die von uns besuchte Region Südschweden war einheitlich durchorganisiert, wenn auch mit mehreren Schwerpunkten in Form größeren Pflegezentren. Es schien uns letztlich mehr auf die sinnvolle Verteilung der Einrichtungen mit dem Ziel der Bevölkerungsnähe als auf die Gesamtgröße der Region anzukommen.

Prinzipielle Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen waren nicht mehr zu erkennen. Historisch gesehen sind solche insofern wohl nicht vorhanden, als in Dänemark die Versorgung in den ländlichen Regionen rein zahlenmäßig besser sein soll, und Kopenhagen zum Beispiel einen Teil seiner Behinderten in die umliegenden ländlichen Regionen verlagern muß. Das hängt aber wohl damit zusammen, daß genau wie in Deutschland die Behinderteneinrichtungen früher aufs Land verlegt worden sind und die großen Städte einen Nachholbedarf haben. Andererseits zeigte das Beispiel Malmö, daß eine zielgerichtete Aktivität in einer Stadtregion innerhalb recht kurzer Zeit deren Probleme optimal lösen kann, und dann der Vorteil der kürzeren Wege und der leichteren Integration in die Bevölkerung gegeben ist.

ad 2.

In beiden Ländern war die Tendenz deutlich, auch Einrichtungen für Schwerstbehinderte und Mehrfachbehinderte regional vorzuhalten. In Schweden ist sehr deutlich geworden, daß überregionale Einrichtungen abgebaut werden (s. Vipeholm in Lund). Auch die zentrale Betreuung von taubstummen und blinden geistig Behinderten in Mittelschweden wird mehr und mehr reduziert zugunsten von zentralen Fortbildungskursen, aber regionalem und damit familiennahem Betreuen und Pflegen. Die von dem Expertenteam geistig Behinderte entwickelte Vorstellung, daß solche Einrichtungen jeweils für zwei bis drei Versorgungsgebiete und damit doch noch weitgehend dezentral eingerichtet werden können, je nach Patientenzahl, würde dem entsprechen.

ad 3.

Dieser Punkt wurde zum Teil schon bei 2. beantwortet. Bei der Betreuung von geistig Behinderten mit Sinnes- und Körperbehinderungen können es kleinere Einrichtungen recht schwer haben, weil es nicht möglich ist, für deren besondere Bedürfnisse therapeutische und pädagogische Gruppen zusammenzustellen und das hierfür notwendige Personal mit einiger Zuverlässigkeit und Dauer verfügbar zu haben. Das gilt insbesondere für Sinnesbehinderte, aber auch für geistig Behinderte mit schweren Kontaktstörungen (Autisten, psychotische Zustände). Eine uns überzeugende Eingliederung von Taubstummen- oder Blinden-Geistigbehinderten in größere Zentralinstitute konnten wir selbst nicht sehen. Wir haben nur Informationen darüber bekommen, daß solche Gruppen im Ansatz existieren und grundsätzlich diese Sinnesbehinderten in den Zentralinstitutionen mit aufgenommen und betreut würden. Das sehr gut eingerichtete audiologische Laboratorium in Vangede/Kopenhagen spricht dafür, daß Hörschäden vom Diagnostischen her besondere Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Die Zahl spezieller Einrichtungen für solche Mehrfachgeschädigten in Zentralinstitutionen scheint aber in den meisten Ländern noch äußerst gering zu sein, wenn sie überhaupt existieren.

ad 4.

In Schweden erhielten wir Informationen über die Reduktion der großen Anstalt Vipeholm in Lund von 1 000 Betten Anfang der sechziger Jahre auf 300 Betten Ende der siebziger Jahre.

Dieses wurde möglich durch den zügigen Ausbau moderner Pflege- und Erziehungsheime für geistig Behinderte (Pilängen in Malmö, Georgshill und Västervangen in der Region Südschweden). Dadurch konnten bis jetzt schon sämtliche Kinder und Jugendliche aus Vipeholm abgezogen werden.

Ergänzend ist der Ausbau von Wohnheimen, Zentralwerkstätten und Schulen erforderlich.

In Dänemark wurde zwar noch eine größere Behinderteneinrichtung wie in Südschweden, mit 600 Betten, gebaut, weil die Vorarbeiten dazu schon länger angelaufen waren und zugunsten einer Befriedigung des dringenden Bedarfs nicht zurückgestellt werden konnten. Es besteht ja doch die Tendenz, in Zukunft auf keinen Fall mehr über 300 bis 400 Betten für die Zentralinstitute hinauszugehen.

Wir hatten keine Gelegenheit, ein solches Großinstitut in Auflösung oder Reduktion selbst zu besichtigen. Der diskutierte Weg, der anfängt mit der inneren Ausgliederung, dem Bau von Ersatzinstitutionen, der Verbesserung der teilstationären Einrichtungen, wie er in Schweden gegangen worden ist, wurde auch in Dänemark für richtig gehalten.

ad 5.

Die in Dänemark praktizierte Ausbildung der sogenannten OMSORG-Pädagogen hat in dem vergangenen Jahrzehnt zweifellos gute Erfolge gezeitigt. Trotz der Verbindung von Praktika in Regionalinstituten und Blockunterricht in einem Zentralinstitut gibt es Tendenzen, die die Ausbildung noch praxisnäher in die Regionen verlegen möchten. Sowohl in Dänemark wie in Schweden fanden wir ein zweistufiges System, bei dem die erste Stufe bis zum ausgebildeten Erzieher oder Pfleger führte und sich daran ein Aufbaukurs von nicht ganz einem Jahr für diejenigen anschloß, die später in leitende Positionen aufrücken sollten.

Bemerkenswert erschien uns, daß in Dänemark der medizinische Unterricht im engeren Sinne im Laufe des letzten Jahrzehnts deutlich zurückgetreten ist gegenüber pädagogischen, sozialfürsorgerischen und psychologischen Unterrichtsstunden.

Der Ausbildung zum „Omsorgassistenten" scheint die in einigen deutschen Bundesländern bereits anerkannte Ausbildung zum „Heilerziehungspfleger" am meisten zu entsprechen. Es wird daher vorgeschlagen, die Heilerziehungspflegerausbildung bundeseinheitlich abzusprechen und evtl. mit den Schwerpunkten „Psychiatrie", „Kinder- und Jugendpsychiatrie", „Geistig Behinderte" als verbindliche Ausbildung neu zu konzipieren. Dieses schließt sicher weitere Spezialausbildungen, wie z. B. zur Psychiatrieschwester bzw. -pfleger u. a., nicht aus. Der Schaffung eines neuen Berufszweiges, bei dem die besonderen Bedürfnisse der geistig Behinderten hinsichtlich Pflege, Erziehung, Freizeitgestaltung, Arbeitsanleitung berücksichtigt werden, erscheint ganz vordringlich.

ad 6.

In beiden Ländern haben die Behindertenwerkstätten einen bedeutenden Anteil an der Bemühung, die Behinderten einem möglichst normalen Leben zuzuführen. Wir haben sowohl Behindertenwerkstätten innerhalb der Zentralinstitute oder großen Pflegeheime gesehen.

Durchgängig konnten auch Behinderte von außerhalb in diese Institutionen zur Arbeit kommen, das gilt auch für die Bildungseinrichtungen; andererseits bildeten die Behinderteneinrichtungen, oft kombiniert mit Wohnheimen, Zentren der kommunalen Behindertenversorgung. Eine prinzipielle Untergliederung nach dem Schweregrad der Behinderung und Produktivität haben wir nicht gesehen, faktisch war eine solche jedoch in Dänemark erkennbar.

Die Werkstatt Jüdeholm diente der Beschäftigung und beschützenden Arbeit relativ schwer behinderter Menschen, und zwar verbunden mit Möglichkeiten der Körperpflege und Physiotherapie. Es erschien uns wichtig, daß diese persönliche Betreuung der Behinderten in der körperlichen Hygiene, in dem Training in Alltagsverrichtungen bis hin zur Freizeitgestaltung und Kontaktanbahnung mit anderen zu den Aufgaben solcher Werkstattzentren gehören. Wir haben in beiden Ländern keine Verbindung mit Werkstätten für andere Behinderungsarten gesehen, wie man es etwa in Holland beobachten kann. Die Produktivität der Behinderten spielte keine grundsätzliche Rolle. In beiden Ländern wurde durch ein Prämiensystem ein gewisser Anreiz gegeben, der in Schweden vielleicht deutlicher ausfiel als bei dem in der Basispension schon sehr großzügigen Dänemark.

ad 7.

Bei Studien der dänischen und schwedischen Behindertenorganisation wird deutlich, daß eine zentrale Steuerung des Ausbaues, getragen von einer entsprechend breiten Zustimmung im politischen Raum, innerhalb eines Jahrzehnts zu einem sehr umfassenden, gut koordinierten und doch einen großen Teil der entsprechenden Bedürfnisse abdeckenden Versorgungssystems führen kann. Es sind in beiden Ländern wohl durchdachte, klar formulierte und sehr humane Grundsätze entwickelt worden. Wir fanden sowohl bei Besprechungen mit den zentralen Verwaltungsstellen als auch bei Besichtigungen an der Peripherie eine durchgehend sehr gute Information über diese Zielsetzung und über die Aufgaben, die die einzelnen Bereiche darin zu übernehmen haben.

Ein gewisser, jeweils von dem zentralen Direktorium in Dänemark oder Schweden ausgehender Dirigismus war unverkennbar. Gewisse kritische Bemerkungen, vor allem bei den Leitern der größeren Zentralinstitute darüber, haben wir gehört. Im ganzen wurde aber doch die gute Zusammenarbeit und der Vorteil einer solchen Koordination ganz überwiegend betont. Es kam hinzu, daß die Regionen durchaus eine gewisse Selbstverwaltung hatten, in Dänemark in Form des vierköpfigen Direktoriums mit recht beträchtlichen Verwaltungs- und Entscheidungsbefugnissen und in Schweden in Form der parlamentarischen Gremien des Landtages. Elternorganisationen konnten auch auf kommunaler Ebene ihre Bedürfnisse artikulieren.

Bindende Schlußfolgerungen für die bundesdeutschen Verhältnisse können angesichts der ganz anderen Verwaltungsstruktur nicht gezogen werden. Es drängt sich nach den Erfahrungen aber auf, für die Versorgung geistig Behinderter möglichst einfache und klare Zuständigkeiten sowie eine pflichtgemäße und enge Zusammenarbeit aller daran beteiligten Behörden und Einrichtungen zu fordern.

Unter voller Wahrung der Initiative der verschiedenen Träger müßte nach einer Möglichkeit gesucht werden, diese zur Zusammenarbeit, zur vernünftigen Verteilung der Aufgaben, zur gemeinsamen Beratung über das Schicksal und die richtige Unterbringung und Förderung bestimmter Behinderten zu bringen. Weiterhin müßten gemeinsame Ausbildungsaufgaben und die Öffentlichkeitsarbeit organisiert werden.

Diese Überlegungen sind auch in die Vorlage des Expertenteams zum Endbericht eingegangen.

ad 9.

In beiden Ländern waren an die zentralen administrativen Stellen Abteilungen der Dokumentation und statistischen Aufbereitung des Zahlenmaterials angeschlossen. Wir konnten deshalb sehr viel genauer über Behindertenzahlen und -einrichtungen informiert werden, als das gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland möglich wäre.

In Dänemark sind — ausgehend von Perspektivstudien über die Entwicklung auf der Insel Fünen — auch Perspektivpläne hinsichtlich der wahrscheinlichen Entwicklung in ganz Dänemark entwickelt worden, die Richtschnur für den weiteren Ausbau der Behindertenhilfe sein kann. Solche Untersuchungen und Perspektivstudien fehlen in der Bundesrepublik Deutschland.

Wir haben lediglich das Kennedy-Institut in Kopenhagen als Forschungseinrichtung besichtigt, die einzige staatliche Dänemarks. Die beiden Abteilungen befaßten sich einmal mit der Erfassung und Betreuung phenylketonuriekranken oder -gefährdeten Kindern, sowie mit der genetischen Beratung und Früherfassung von erblich bedingten Stoffwechselerkrankungen oder Fehlentwicklungen.

Beide konnten einen zwar wichtigen, aber nur kleinen Teil des Behindertenbereiches durch Forschung abdecken.

Eine Intensivierung der Forschung wurde in beiden Ländern für notwendig gehalten. Als beispielhaft wurde auf die großen staatlichen Forschungsinstitute in den USA hingewiesen, in denen die Probleme der Behinderten untereinander aufgeteilt sind, z. B. Sprachstörung, Sozialisationsweg, Ursachenprobleme usw.

Forschungsinstitute, Forschungskoordination und -dokumentation sind auch für unser Land, wenn man diesen Bereich nicht ganz dem Zufall überlassen will, dringend erforderlich.

ad 10.

Die Beziehung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in beiden Ländern insofern gleich, als es eine unabhängige Organisation der Geistig-Behinderten-Fürsorge gibt, und die Kinder- und Jugendpsychiatrie im engeren Sinne an den psychiatrischen Universitäts- oder Landeskrankenhäusern oder an Kinderkliniken betrieben wird. Dabei scheint aber in Dänemark der ärztliche Bereich der Behindertenfürsorge stärker entwickelt als in Schweden. Das drückt sich auch darin aus, daß hier der Arzt im Behindertenbereich keinen eigenen Funktionsbereich hat, sondern nur als Berater in Pflege und Erziehung hineinwirkt. In Dänemark dagegen ist der Arzt Chef des Pflege- und Behandlungsbereiches der Zentralinstitute, und es steht z. B. in Vangede ein hinsichtlich der Spezialisierung differenziertes und großes Ärzteteam zur Verfügung. Für den Bereich der geistig behinderten Kinder und Jugendlichen sollte nach unserer Auffassung trotz der notwendigen stärkeren Betonung des pädagogischen, sozialfürsorgerischen und für das Jugendalter auch des arbeitstherapeutischen Aspektes die medizinische Mitwirkung bei Diagnostik, Entwicklungsüberwachung und Therapie nicht zu weit in den Hintergrund treten. Das gilt nicht für den Sektor der erwachsenen geistig Behinderten.

Institutionen für Epilepsie — Kranke in Holland, Belgien und England

Bericht über eine Informationsreise des Expertenteams „Epilepsie" (Oktober 1973)

Teilnehmer: H. v. Balluseck, D. Janz, E. Schmidt

1 Holland: Heemstede (Meer en Bosch und Cruquiushoeve)

1.1 Allgemeines zur Betreuung von Epilepsie-Patienten in Holland

Anzahl der Patienten: Es gibt in Holland bei 13 Millionen Einwohnern schätzungsweise 60 000 Menschen mit Epilepsie (lt. Dr. Meinardi, wissenschaftlicher Direktor, Meer en Bosch), wovon etwa 2 000 in Anstalten leben.

Ambulanzen: Da allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser früher keine Patienten mit Epilepsie aufnahmen, kam es zur Gründung von Institutionen für Epileptiker. Auch heute haben die wenigsten allgemeinen Krankenhäuser neurologische Abteilungen, so daß ein Patient mit Epilepsie, bei dem psychiatrische Symptome nicht überwiegen, vom niedergelassenen Arzt zu einer Ambulanz überwiesen wird. Die Überweisung stellt kein Problem dar in Holland, weil Krankenhäuser und nicht Nervenärzte über EEG-Apparate verfügen und diesbezügliche finanzielle Motive für niedergelassene Ärzte entfallen. Vor Errichtung einer Ambulanz werden Verträge mit den Nervenärzten der jeweiligen Region geschlossen und die Kassen um ihr Einverständnis gebeten.

In Holland gibt es neun Epilepsie-Ambulanzen, die an die beiden Epilepsie-Zentren angeschlossen sind und von dort aus mit Personal (jeweils einem Arzt und einem Sozialarbeiter) versorgt werden. Für die Ambulanzen werden meistens Räume in Krankenhäusern gemietet, die Sprechstunden finden einmal in der Woche statt. EEG-Untersuchungen können im Krankenhaus durchgeführt werden.

Acht der Epilepsie-Ambulanzen sind an das Epilepsie-Zentrum im Norden des Landes angeschlossen, also an Meer en Bosch. Die Anstalt entsendet einmal wöchentlich einen Arzt, während der Sozialarbeiter am Ort der Ambulanz wohnt und arbeitet und nur einmal im Monat ins Epilepsie-Zentrum kommt. Alle Mitarbeiter der Ambulanz werden aber durch Zusendung der Protokolle über die Vorgänge und Entwicklungen innerhalb der Anstalt informiert.

Die Ambulanzen wurden früher allein über die Pflegesätze der Anstalten finanziert. Heute werden nur noch die Sozialarbeiter aus dieser Quelle bezahlt, während die Kosten für die Ärzte wie alle poliklinischen Dienste über die Krankenkassen abgerechnet werden. Für das kommende Jahr plant man, diese Art der Finanzierung auch für die Sozialarbeiter einzuführen.

Jeder Patient, der in eine Anstalt überwiesen wird, war vorher in einer Ambulanz und wird von dort auch nach seiner Entlassung wieder betreut.

Krankenhäuser und Anstalten: Nach holländischen Schätzungen bedürfen 15 bis 20 Prozent aller Patienten mit Epilepsie spezieller diagnostischer und/oder therapeutischer und/oder rehabilitativer Maßnahmen. Diese Schätzung beruht auf der jetzigen Bettenzahl in Institutionen für Epilepsie: es gibt 1 250 Plätze mit einem jährlichen Durchgang von 400 Patienten. Die stationäre Versorgung der Epilepsie-Kranken erfolgt in den beiden Epilepsie-Zentren des Landes, Meer en Bosch und Cruquiushoeve im Norden, und im südlichen Zentrum mit der Hans-Berger-Klinik. Früher hatte die Trennung mehr religiöse als regionale Gründe: im Norden wurden mehr Protestanten, im Süden mehr Katholiken aufgenommen. Das Zentrum im Süden war auch zunächst mehr für chronisch Kranke bestimmt und man baute erst allmählich klinische Einrichtungen auf. Heute gibt es nur noch geringfügige Unterschiede. So sind z. B. die Werkstätten in Meer en Bosch, die Schulen aber im Süden des Landes besser. Insgesamt kann man von einer geglückten Regionalisierung sprechen, da 95 Prozent der Patienten jeweils aus der dazugehörigen Region kommen. Aber die holländischen Experten sind mit dem Status quo noch nicht zufrieden. Nach ihrer Ansicht (Dr. Meinardi) reichen die vorhandenen Betten für kurz- und mittelfristige Diagnostik und Therapie nicht aus. Die Gesamtzahl dieser Betten beträgt 260: 160 Plätze in Meer en Bosch und 100 in der Hans-Berger-Klinik. Jeweils ein Viertel der aufgenommenen Patienten sind Kinder, das sind etwa 70. Diese Zahlen wurden als Minimum für Holland bezeichnet. Würde man die Relation auf die Bundesrepublik übertragen, müßte man 1 200 Betten für kurz- und mittelfristige Diagnostik und Therapie fordern anstatt wie bisher 640 (vorhanden sind in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit nur knapp 200 Betten).

Die Kosten für den Aufenthalt in einer Anstalt werden für ein Jahr von den Krankenkassen getragen. Danach bezahlen die Krankenkassen ebenfalls, jedoch finanziert durch eine Spezialsteuer, die durch den Staat von den Betrieben erhoben wird (Steuer für spezielle Krankheiten). Selbstzahler gibt es in den Niederlanden nicht.

Rehabilitation: Ein Gesetz in Holland verbürgt jedem Behinderten das Recht auf Arbeit.

Es gibt 200 Werkstätten für Behinderte in Holland (dort Sozialwerkstätten genannt) mit insgesamt

50 000 Arbeitsplätzen. Die kleinste Werkstatt hat etwa 25, die größte etwa 300 Arbeitsplätze.

Der Staat garantiert jedem Behinderten 90 Prozent des normalen Lohnes. Auch Patienten, die nicht ein Drittel der als normal geltenden Arbeitsleistung erbringen können, arbeiten in Sozialwerkstätten.

Der Verdienst beträgt im Durchschnitt 8 000 bis 10 000 Gulden jährlich. Von diesem Gehalt zahlen die Patienten etwa ein Drittel an Steuern, etwas mehr als ein Drittel für die Unterkunft in einem Heim. Die Übergangsheime außerhalb von Anstalten sind meist privat geführt und werden von den Einkünften der Patienten getragen.

Normalerweise werden Patienten, die nicht voll arbeitsfähig sind, nicht in Firmen außerhalb von Anstalten als Arbeitskräfte aufgenommen. Entschließt sich jedoch eine Firma dazu, wird ihr die Differenz zwischen der Arbeitsleistung des Patienten und der „normalen" Arbeitsleistung durch den Staat vergütet.

Status, Gehalt und Anzahl der Nervenärzte: Es gibt in Holland drei Arten von Facharzt-Ausbildung für Nervenärzte: Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychiatrie.

Die Nervenärzte bilden mit 900 Ärzten die stärkste Facharztgruppe in Holland (!). Nach Aussage von Dr. Meinardi müßte es aber mindestens 1 000 Fachärzte auf diesem Gebiet geben.

Generell ist das Gefälle zwischen den Einkommen der angestellten Ärzte nicht sehr hoch. Im Durchschnitt erhalten die angestellten Ärzte ein Jahreseinkommen von 80 000 Gulden. Die Staffelungen richten sich nach Alter und Ausbildungsgrad. Privatpraxen von angestellten Ärzten sind nicht möglich. Das so verdiente Geld fließt in einen Fonds der jeweiligen Institution, wo es für Kongresse, Tagungen usw. verwendet wird. Die Ärzte an privaten Krankenhäusern haben eine andere Rentenversicherung als die Ärzte an den öffentlichen Krankenhäusern. Ein Wechsel ist nicht möglich, obwohl beide Träger nach den gleichen Bedingungen arbeiten.

Die Altersversorgung ist dynamisch gestaffelt, wobei eine Höchstrente von 70 % des letzten Einkommens (Durchschnitt der letzten zwei Jahre) erreicht werden kann. Die Altersversorgung wird zu 36 % vom Bruttoeinkommen des angestellten Arztes getragen. 26 % trägt die Institution, 10 % der angestellte Arzt. Diese Prozentsätze gelten auch für die anderen Angestellten der Institutionen.

Die niedergelassenen Ärzte hatten bis vor einem Jahr noch keine Altersversorgung. Diese Tatsache hat wohl mit dazu beigetragen, daß die Nachwuchssorgen der Institutionen bisher relativ gering waren.

1.2 Meer en Bosch und de Cruquiushoeve

Allgemeines: Meer en Bosch und de Cruquiushoeve bilden gemeinsam das Epilepsie-Zentrum im Norden des Landes. De Cruquiushoeve hat die gleiche ärztliche Leitung wie Meer en Bosch und liegt fünf km von Meer en Bosch entfernt. In Meer en Bosch befinden sich die Einrichtungen für die kurz- und mittelfristige Diagnostik und Therapie, während in de Cruquiushoeve die chronischen Patienten wohnen und arbeiten.

Träger der Anstalt ist ein Verein, der den Vorstand der Anstalt beruft, heute mit Hilfe der beratenden Gremien der Anstalt. In den Verein, der Meer en Bosch trägt, beruft der Vorstand Mitglieder, d. h. es kann nicht jeder Mitglied werden.

In Meer en Bosch führte die Gruppe zunächst ein Gespräch mit dem Sozialmediziner und dem Leiter der beschützenden Werkstatt. Nach der Besichtigung der Klinik und des Laboratoriums in Meer en Bosch und den Wohnräumen und Werkstätten in de Cruquiushoeve schloß der Besuch ab mit einem Gespräch zwischen der Gruppe und Dr. Meinardi, dem wissenschaftlichen Leiter der Anstalt, dem Chefpsychologen und dem Verwaltungsdirektor der Anstalt.

1.3 Aufnahmekriterien

Aufnahmekriterien in Meer en Bosch sind die Notwendigkeit, die epileptischen Anfälle zu behandeln, die psychischen Indikationen und die sozialen Indikationen. Patienten mit Schwachsinn werden dann aufgenommen, wenn die epileptische Erkrankung ein Problem darstellt. Das wichtigste Aufnahmekriterium ist die Häufigkeit und die Schwere der Anfälle, sonst würden die Krankenkassen die Aufnahme in einer solchen Institution nicht anerkennen. Die Einweisung der Patienten erfolgt durch Nervenärzte oder durch Ambulanzen der Institution. Seitdem es die Ambulanzen gibt, haben sich die Aufnahmekriterien mehr in Richtung psychiatrischer und sozialer Indikationen verschoben, denn über die Ambulanz können zwar möglicherweise die Anfälle zum Stillstand gebracht, nicht aber alle psychischen und sozialen Probleme gelöst werden. Es wird als eine der Aufgaben des Epilepsie-Zentrums angesehen, konkretere Aufnahmekriterien, auch für Mehrfachbehinderte, zu finden.

Die Notwendigkeit von speziellen Epilepsie-Zentren wird von der ärztlichen Leitung in Meer en Bosch mit der Komplexität der epileptischen Erkrankungen in medizinischer, psychiatrischer und sozialer Hinsicht begründet. Die Anfälle müssen beobachtet werden, wozu es in einem neurologischen oder psychiatrischen Krankenhaus keine guten Möglichkeiten gibt. Epilepsie bedarf in der Regel einer längeren Behandlung als allgemeine oder neurologische Erkrankungen. Eine Mischung von Epilepsie-Kranken mit Geisteskranken wird als schädlich angesehen.

Auch wegen der medikamentösen Einstellung ist eine spezielle Epilepsie-Institution notwendig, weil die Psychiatrie sich zur Zeit mehr sozialpsychiatrisch orientiert und damit die Kompetenz für die neurologischen Probleme der Epilepsie verliert. Bei einer Vereinigung von Epilepsie und Psychiatrie in einem Krankenhaus werde, nach Ansicht von Dr. Meinardi, jeder (leitende) Arzt doch wieder versuchen, eine Monokultur in der einen oder anderen Richtung aufzubauen, anstatt die Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit zu nutzen.

Ein spezielles Krankenhaus für Epilepsie sollte nach Meinung Dr.Meinardis schon aus wirtschaftlichen Gründen 300 bis 600 Plätze umfassen. Aber auch aus therapeutischen Gründen ist eine zu kleine Einheit als Krankenhaus nicht empfehlenswert, da sonst die Patienten nicht zu kleineren Gruppen mit ähnlicher Problematik zusammengefaßt werden können.

Für die Forschung ist ein Epilepsie-Zentrum wichtig, weil nur eine solche Institution die Gewähr dafür gibt, daß eine ausreichende Zahl von Patienten mit dem komplexen Syndrom Epilepsie beobachtet werden kann. Dagegen können nach Ansicht der holländischen Gesprächspartner die rehabilitativen Einrichtungen mit anderen Behinderungsgruppen zusammen genutzt werden.

Nach spätestens vier bis fünf Monaten soll der Aufenthalt von Patienten in einer auf Rehabilitation angelegten Institution beendet sein.

1.4 Therapeutische und rehabilitative Einrichtungen

Klinische Einrichtungen (kurz- und mittelfristiger Bereich): Die klinische Beobachtungsabteilung, die Koningin-Emma-Klinik, umfaßt 92 Betten. Für mittelfristige Diagnostik und Therapie gibt es in Meer en Bosch eine zusätzliche Beobachtungsstation mit 40 bis 50 Betten, außerdem einen Pavillon für Mädchen mit 20 Plätzen, insgesamt also ca. 160 Betten. Der jährliche Durchgang beträgt 250 Patienten.

Langzeitbereich: In de Cruquiushoeve sind 540 Patienten. Wenn sie sich nicht in der Klinik aufhalten, sind sie in Häusern, den sogenannten Pavillons, untergebracht. In de Cruquiushoeve haben diese Pavillons meist 48 Betten, wobei die Patienten in 12er Gruppen zusammengefaßt werden. Für die leichteren Fälle gibt es Pavillons mit 24 Plätzen, in denen die Patienten in sechser Gruppen leben. Die Gruppen bilden jeweils eine Einheit mit eigenem Wohnzimmer usw.

Die Pavillons in de Cruquiushoeve sind alle Neubauten, ebenerdig gebaut und über ein großes Rasengelände verstreut.

Für die Patienten in de Cruquiushoeve stehen zwei Allgemeinärzte zur Verfügung, Nerven- und Kinderärzte betreuen die Patienten konsiliarisch auf Bitte des behandelnden Allgemeinarztes. Alle zwei bis drei Jahre etwa kommen die Patienten aus de Cruquiushoeve nach Meer en Bosch und werden dort gegebenenfalls medikamentös neu eingestellt.

400 bis 500 Patienten in de Cruquiushoeve müssen langfristig behandelt werden. Ein Drittel aller Patienten in Meer en Bosch und de Cruquiushoeve ist schwachsinnig. Nach Meinung der Anstaltsleiter sollte die Aufnahme in einem Epilepsie-Zentrum nicht länger als vier bis fünf Jahre dauern. Danach sollten andere Möglichkeiten der Unterbringung in Betracht gezogen werden. Daher will man in den kommenden Jahren die Bettenzahl verringern, u. a. indem man die Schwachsinnigen, bei denen die Epilepsie kein Problem mehr darstellt, in spezielle Anstalten für Schwachsinnige verlegt. Von den chronischen Patienten würden dann nur noch schätzungsweise 100 in de Cruquiushoeve verbleiben. Diese Entwicklung ist für die nächsten 10 bis 15 Jahre geplant. Sie impliziert die Forderung nach einem Ausbau bzw. einer Umgestaltung der Anstalten für Schwachsinnige.

Schule: Meer en Bosch hat eine öffentliche Schule für 160 Kinder, die in Gruppen von 8 bis 12 Schülern (schwere Fälle) bzw. 20 Schülern (leichtere Fälle) unterrichtet werden. Die Schule befindet sich in de Cruquiushoeve und hat mit der Einrichtung organisatorisch nichts zu tun.

Arbeitstherapie: In Meer en Bosch wird Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, in de Cruquiushoeve ausschließlich Arbeitstherapie (keine Berufsausbildung) angeboten. Sie besteht aus Industriearbeit. 80 Prozent der Patienten, also mehr als 500, sind in den Werkstätten beschäftigt. Alle diese Patienten erhalten einen Grundlohn von 700 bis 800 Gulden monatlich. Dazu kommen häufig Prämien für Mehrleistungen. Die Löhne sind nach Alter und Familienstand gestaffelt. Den Lohnempfängern werden Steuern und Sozialversicherungsbeiträge abgezogen, und sie haben 355 Gulden monatlich für Unterkunft und Verpflegung an die Anstalt abzuführen. Über den Rest können sie frei verfügen. Bedingung für einen Lohnvertrag ist üblicherweise eine Arbeitsleistung von mindestens einem Drittel der als „normal" geltenden Arbeitsleistung. Diese Regel wird jedoch nicht immer eingehalten.

In Meer en Bosch bzw. in de Cruquiushoeve ergeben sich Probleme durch die zum Teil beträchtlichen Ersparnisse der Patienten. In de Cruquiushoeve waren fast in jedem Schlafraum mehrere Stereotonbandgeräte bzw. Schallplattenapparate zu sehen. Für einige Angehörige ist der „Wohlstand" ihrer Verwandten in der Anstalt mit ein Grund für häufige Kontakte.

Patienten, die außerhalb der Anstalt in einem Wohnheim leben und in einer Sozialwerkstätte arbeiten, müssen zwischen 400 und 500 Gulden an das Wohnheim zahlen, haben also von vornherein mehr Ausgaben als Patienten in der Anstalt.

Etwa 10 Patienten arbeiten innerhalb von Meer en Bosch mit, heute jedoch (im Gegensatz zu früher) nur aus therapeutischen, nicht aus (für die Anstalt) ökonomischen Gründen. 10 bis 15 Patienten wohnen innerhalb der Anstalt, arbeiten aber außerhalb. Diesen Status faßt man in Meer en Bosch als Teil der Übergangsphase bis zur endgültigen Rehabilitation auf.

Rehabilitation: Das Rehabilitationsprogramm wird vor allem in der sozialmedizinischen Abteilung geplant, die aus drei Mitarbeitern besteht. Sie nimmt die Aufgaben wahr, die bei uns ein Sozialarbeiter hat: Überlegungen über die verschiedenen Rehabilitationsmöglichkeiten für einzelne Patienten und Organisation der einzelnen Rehabilitationsschritte. Im Arbeitsbereich wird der zu rehabilitierende Patient von einer Abteilung in eine andere, mit höheren Anforderungen, versetzt. Patienten, die zur Pflege in der Institution untergebracht sind, leben nicht mit denjenigen Patienten zusammen, die zur

Rehabilitation vorbereitet werden. Rehabilitanden werden verlegt oder, wenn möglich, entlassen. Dazu gehört zunächst die Beschaffung einer Arbeitsstelle außerhalb der Anstalt. Gegebenenfalls kommt die Suche nach einem Wohnheim außerhalb der Anstalt hinzu, in dem der Patient leben kann. Sehr selten werden auch chronisch kranke Patienten rehabilitiert.

Neue Ansätze zur Rehabilitation bieten Gruppen- und Verhaltenstherapie. Letztere wird allerdings in Meer en Bosch noch nicht durchgeführt.

1.5 Personal

Personalbestand: In Meer en Bosch und de Cruquiushoeve gibt es insgesamt 14 Ärzte, davon sieben Nervenärzte, vier Allgemeinärzte, zwei EEG-Spezialisten und einen Sozialmediziner. Ein Sozialmediziner in Holland erhält nach dem Medizinstudium eine Zusatzausbildung an der Universität und muß zwei Jahre Praxis nachweisen. Er wird als Facharzt registriert.

Das Pflegepersonal umfaßt 250 Personen, von denen 125 in der Ausbildung sind, 30 Prozent der Pfleger haben ein Krankenpflegeexamen in Psychiatrie (Diplom B), ca. 20 % sind ohne Ausbildung. Die Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege beträgt vier Jahre, von denen zwei Jahre in einer Institution wie Meer en Bosch und zwei Jahre in einem psychiatrischen Krankenhaus abgeleistet werden müssen. 80 Prozent der diplomierten Pflegekräfte in Meer en Bosch und de Cruquiushoeve sind in Heemstede ausgebildet worden.

Zur Zeit gibt es drei Psychologen (die Zahl soll im kommenden Jahr verdoppelt werden) und drei Pastoren mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung (zwei protestantische und einen katholischen). Die pastorale Betreuung der Patienten erfolgt unabhängig von der Konfession.

Außer der sozialmedizinischen Abteilung gibt es in Meer en Bosch zwei Fürsorger, die mehr organisatorische Aufgaben haben. Der eine von ihnen arbeitet intern (Organisation von Arbeitsplätzen in Werkstätten u. ä.), der andere extern (Besorgung von Zimmern außerhalb der Anstalt u. ä.). Diese beiden Fürsorger haben — im Gegensatz zu den Sozialarbeitern, die in den Ambulanzen des Landes tätig sind — noch nicht die heutige Sozialarbeiterausbildung, die vier Jahre Studium (nach dem Abitur) an einer Sozialakademie umfaßt.

Personalstruktur: Es gibt drei Entscheidungsebenen: das Direktorium, das aus drei Ärzten und einem Wirtschaftler besteht; den wissenschaftlichen Stab, zu dem alle akademisch geschulten Kräfte gehören; einen Organisationsstab und das Mitarbeiterteam im Pavillon. Das Direktorium entscheidet über grundsätzliche Dinge, wie z. B. über Investitionen. Der wissenschaftliche Stab ist mehr für einen Erfahrungsaustausch gedacht und tagt zweimal wöchentlich. Der Organisationsstab bereitet Entscheidungen vor und berät die Direktion. Er tagt einmal wöchentlich.

Zum Team im Pavillon, das die Therapierichtlinien für die einzelnen Patienten festlegt, gehören ein Nervenarzt, eine Pflegekraft, ein Sozialarbeiter, der Psychologe und der Pastor, gegebenenfalls noch eine Pflegekraft in Ausbildung. Auftauchende Probleme versucht man in interdisziplinärer Zusammenarbeit zu lösen. Das Team hat ein gewisses Mitspracherecht darüber, welche Patienten in die Gruppe neu aufgenommen werden. Zur Zeit versucht man in Meer en Bosch anhand eines Organisationsplanes, die Demokratisierung und die Kommunikation innerhalb der Anstalt zu verbessern.

1.6 Leben der Patienten

Allgemeines: Wie der Alltag der Patienten aussieht, hängt von der Atmosphäre des Pavillons ab, die — je nach den Einstellungen des Teams — mehr oder weniger offen und fortschrittlich sein kann.

Grundsätzlich haben die Patienten keine Möglichkeit, zu bestimmen, in welcher Gruppe sie leben, wie und von wem sie therapiert werden. Nur in einem Pavillon wird versucht, Mitbestimmung der Patienten so weit wie möglich zu realisieren.

Geschlechtermischung: Auch die Freizügigkeit ist in den einzelnen Pavillons unterschiedlich. Seit kurzem gibt es zwei Pavillons, in denen Männer und Frauen zusammen wohnen. Wenn Patienten sexuelle Beziehung haben bzw. haben wollen, befaßt sich das behandelnde Team mit der Frage, und die betreffende Patientin erhält Verhütungsmittel. Von einer Heirat rät man in Meer en Bosch ab, wenn die Patienten nicht in der Lage sind, auch außerhalb der Anstalt zusammenzuleben und sich zu erhalten.

Außenkontakte: 70 Prozent der Patienten haben regelmäßigen Kontakt zur Außenwelt, zumeist durch ihre Familie. Jedes Wochenende können die Patienten nach Hause fahren und werden dazu nötigenfalls von ihren Angehörigen abgeholt.

Jeder Patient hat einen 28tägigen Jahresurlaub, für den von der Anstalt aus auch Gruppenreisen organisiert werden. Wochenend-Heimfahrten werden nicht auf den Jahresurlaub angerechnet. Patienten, die keine Angehörigen haben, können kulturelle Veranstaltungen besuchen u. ä. Etwa 10 Prozent der Patienten in Meer en Bosch haben Patenfamilien.

1.7 Forschung

Allgemeines: Grundsätzlich soll in Meer en Bosch jeder wissenschaftlich gebildete Mitarbeiter die Möglichkeit zur Forschung haben.

Grundlagenforschung sollte — nach Ansicht von Dr. Meinardi — an Universitäten betrieben werden. Die Ärzte in Holland sind überzeugt, daß Epilepsieforschung nicht nur dann sinnvoll ist, wenn sie auf Erforschung von Epilepsie gerichtet ist, sondern auch wenn sie Epilepsie als Modell und Zugang zur Erforschung des Gehirns — seiner Funktionen und Dysfunktionen — benutzt.

Angestrebt wird darüber hinaus mehr zentrale Planung und Koordination innerhalb der Forschung.

Medizinische Forschung: Neuropharmakologische Untersuchungen werden an der Universität Leiden, elektro-encephalographische und neurophysiologische Untersuchungen zusammen mit der Universität Amsterdam betrieben. Ein Arzt aus Meer en Bosch gibt Unterricht an der Universität Utrecht, so daß man von einer engen Zusammenarbeit zwischen Zentrum und Universitäten sprechen kann.

Themen der medizinischen Forschung in Meer en Bosch sind vor allem die Prüfung neuer Medikamente, die Prüfung der Serumkonzentration, die Erforschung der medikamentösen Beeinflussung von Wesensänderungen und die Untersuchung des Einflusses von Arbeits- und Streß-Situationen auf das Gehirn, gemessen anhand des EEGs (Tele-EEG).

Neue Antiepileptika werden zum Teil aufgrund von Anfragen der Industrie, zum Teil auf Bitte des Staates geprüft.

Im Labor wird hauptsächlich klinische Chemie betrieben. Es gibt drei EEG-Apparate, mit denen jährlich etwa 2 000 EEGs durchgeführt werden. Für die Radiologie steht ein einfacher Apparat zur Verfügung.

Für das kommende Jahr ist ein Forschungsprojekt mit einem Aufwand von 300 000 Gulden geplant, bei dem in der Klinik mittels eines Telegerätes jede anfallsartige Bewegung der Patienten registriert werden soll. Auslösemechanismus für die Einschaltung des Gerätes am Fußende des Bettes sind längerfristige Zuckungen. In jedem Zimmer sollen zwei Monitoren und zwei Kameras aufgestellt werden („Fernseh-EEG").

Psychologische Forschung: Es werden die psychischen bzw. sozialen Auslösemechanismen für einige Anfallsarten untersucht. Dabei hat sich eine überdurchschnittliche Sensibilität von Epilepsie-Patienten gegenüber Streß, Anstrengungen und seelischen Belastungen herausgestellt. Sie haben anscheinend eine geringere „Kanalkapazität" und können daher auf neue Anforderungen schlechter reagieren als Nicht-Epileptiker. Außerdem wurde bei ihnen ein engerer Zusammenhang zwischen Reaktionsschnelligkeit und Intelligenzquotient festgestellt. Dieses Forschungsprojekt ist noch nicht abgeschlossen.

1.8 Finanzierung

Die Kosten für Unterkunft, Diagnostik und Therapie in der Anstalt tragen die Krankenkassen, während der Staat die Sonderschule und die Werkstätten finanziert.

Der Pflegesatz in Meer en Bosch beträgt unabhängig von der Aufenthaltsdauer 85 Gulden pro Tag gegenüber einem Pflegesatz von 100 bis 200 Gulden in einem allgemeinen Krankenhaus (je nach Ausstattung, Personalbestand etc.). Die Pflegesätze werden von den Institutionen kalkuliert und danach durch eine Kommission festgelegt, die sich aus Vertretern der Krankenhäuser, der Krankenkassen und der Regierung zusammensetzt.

In den Pflegesatz eingeschlossen sind die Kosten für Abschreibungen, die jedoch nur für den Anschaffungswert, nicht für den Wiederbeschaffungswert gelten. Neufinanzierungen, bei denen der Staat ein Interventionsrecht hat, gehen über den Kapitalmarkt. Der Anteil von Darlehenszinsen und Tilgung am Pflegesatz beträgt ca. 20 Gulden. 65 % des Pflegesatzes machen die Personalkosten aus. 2,5 % des Pflegesatzes werden für die Forschung verwendet, das sind zwei Gulden täglich pro Patient. Im letzten Jahr konnten so 500 000 Gulden für Forschungsprojekte gewonnen werden. Insgesamt wurden im letzten Jahr 750 000 Gulden für die Forschung aufgewendet. 130 000 Gulden davon erhält die Anstalt vom T.N.O., einer Organisation, die in Zielsetzung und Aufgaben der Deutschen Forschungsgemeinschaft entspricht. Die Forschung wird direkt und indirekt durch den Verein, der Meer en Bosch trägt und seine Gelder durch Spenden bezieht, unterstützt.

Außerdem geben der Staat und die Föderation für Epilepsie Zuschüsse für die Forschungsprojekte.

2 Belgien: Ottignies bei Brüssel (Centre William Lennox)

2.1 Allgemeines zur Betreuung von Epilepsiepatienten in Belgien

Ambulanzen: Aufgrund von Untersuchungen seiner Ambulanz in Brüssel glaubt Professor Sorel, der Leiter des Centre, daß 40 Prozent aller Epilepsie-Kranken von einem multidisziplinären Team betreut werden müßten. Diese Betreuung ist für die weniger komplizierten Fälle in den 50 Ambulanzen des Landes (bei 10 Millionen Einwohnern) gegeben, die als medico-psycho-soziale Zentren bezeichnet werden. Diese 50 Ambulanzen für psychiatrische und neuropsychiatrische Erkrankungen werden von verschiedenen Trägern finanziert: 20 von den Krankenkassen, sechs von der Vereinigung für seelische Gesundheit, neun von der belgischen Sektion der Liga gegen Epilepsie und 15 von privaten Gruppen, Universitäten oder vom Ministerium. Bei schwierigen Fällen überweist eine psychiatrische oder neuropsychiatrische Ambulanz den epileptischen Patienten an eine der neun Ambulanzen, die speziell für Epilepsie-Kranke eingerichtet sind.

Die Ambulanzen überweisen nötigenfalls Patienten an das Epilepsie-Zentrum und übernehmen auch nach der Entlassung der Patienten die Nachbetreuung.

Krankenhäuser und Anstalten: Das Centre William Lennox, das auf Initiative der belgischen Sektion der Liga gegen Epilepsie errichtet wurde, ist bisher das einzige Zentrum für Epilepsie-Kranke in Belgien. Nach Ansicht von Professor Sorel müßte auch im flämischen Teil Belgiens noch ein solches Zentrum errichtet werden [1]). Das Centre wird bei voller Belegung 177 Patienten aufnehmen können.

---

[1]) Die Bettenzahl vom Centre William Lennox wurde von vornherein am Bedarf des wallonischen Teils der Bevölkerung orientiert, da aufgrund der Spannungen zwischen Flamen und Wallonen in Belgien ein für

Etwa 2 500 Patienten mit chronischer Epilepsie (= 5 %) befinden sich in Belgien in sogenannten Asylen, Anstalten für Geisteskranke. Es gibt etwa 20 solcher Anstalten, die in ihrer Struktur und Ausstattung etwa unseren psychiatrischen Landeskrankenhäusern entsprechen.

2.2 Centre William Lennox

Allgemeines: Träger des Centre sind die „Freunde der belgischen Liga gegen Epilepsie", ein gemeinnütziger Verein, der auch andere Institutionen für Epileptiker (Heime, beschützende Werkstätten, Schulen) gegründet hat. Das Centre wurde im Herbst 1972 eröffnet. Es hat seinen endgültigen Patienten- und Personalstand noch nicht erreicht. Grund für die langsame Belegung des Zentrums war besonders die Personalfrage, da die meisten Mitarbeiter erst allmählich angelernt werden müssen. Von Monat zu Monat hat man zehn Kranke neu aufgenommen und die entsprechenden Mitarbeiter engagiert.

2.3 Aufnahmekriterien

Entscheidend für die Aufnahme im Zentrum sind — ähnlich wie in Meer en Bosch — die Schwere der Epilepsie sowie die psychischen und sozialen Komplikationen. Hauptziel ist die soziale (Re-)Integration der Kranken.

In Brüssel bejaht man spezielle Institutionen für Epilepsie, weil bei einer Mischung mit anderen Patientengruppen zu wenig Rücksicht auf die Epileptiker genommen wird. Dies gilt jedoch nur für akute Fälle, während die chronischen Fälle, die keiner speziellen Epilepsie-Behandlung bedürfen, mit anderen Gruppen gemischt werden können.

2.4 Therapeutische und rehabilitative Einrichtungen

Zur Zeit hat das Centre 91 Kranke und etwa 100 Mitarbeiter (ohne Reinigungsfrauen, die von einer Firma gestellt werden). Die durchschnittliche Beobachtungszeit liegt zwischen drei und sechs Monaten und soll neun Monate nicht überschreiten. Man hofft aber, daß sich bei einer Verbesserung der personellen und apparativen Ausstattung diese Verweildauer etwas reduzieren läßt. Obwohl das Centre sich als Zentrum für akute Fälle versteht, rechnet man damit, daß bei Belegung aller 177 Betten 40 Plätze für Dauerpatienten notwendig sind. Sehr großzügig ausgebaut ist die EEG-Abteilung mit Beobachtungsräumen.

Es gibt keine Arbeitstherapie, auch keine Berufsausbildung, sondern nur (kreative) Beschäftigungstherapie. Außerdem werden den Patienten Turnstunden, Bewegungstherapie und Massagen angeboten. Jeder Patient erhält seinen individuellen Stundenplan für die verschiedenen diagnostischen und rehabilitativen Maßnahmen, den er dann auch strikt einhalten muß.

Alle Patienten erhalten eine Pension vom Staat. Wenn sie nie gearbeitet haben, bekommen sie 2 000 Francs im Monat (ca. DM 140), wenn sie vorher gearbeitet haben, bekommen sie bis zu 8 000 Fr. im Monat Krankengeld (ca. DM 560).

2.5 Personal

Personalbestand: Das Personal ist interdisziplinär zusammengestellt. Es gibt 7 Ärzte, 7 Schwestern, 3 Psychotherapeuten, 3 Psychologen, 1 Psychodiagnostiker, 3 technische Assistenten, 3 Bewegungstherapeuten, 2 Logopäden, 3 Bewegungsmotoriker, 2 Ergotherapeuten, 6 Erzieher, 56 Moniteure. Bei voller Belegung sind 10 Arztstellen vorgesehen. Das administrative Personal umfaßt 20 Mitarbeiter.

Die Moniteure haben die Aufgabe, sich um die Kranken während der Mahlzeiten und der Freizeit zu kümmern. Sie haben keine spezielle Ausbildung und entsprechen etwa den Pflegehelfern bei uns.

Die Erzieher haben eine dreijährige Ausbildung nach dem 18. Lebensjahr wie auch die Beschäftigungstherapeuten. Die Ausbildung entspricht etwa unserer Fachhochschulausbildung.

Auch in Belgien gibt es Schwesternmangel. Die entsprechenden Planstellen können also vom Centre nicht besetzt werden. Der Leiter des Centre kann dafür aber Erzieher und Moniteure anfordern. Diese Flexibilität im Stellenplan ist nur aufgrund eines besonderen Vertrages mit dem Staat möglich. Gegenwärtig sind im Stellenplan 20 Krankenschwestern ausgewiesen. Sieben dieser Stellen sind besetzt. Anstelle der fehlenden 13 Schwestern arbeiten Moniteure.

Alle Mitarbeiter sind an der Anfallsbeobachtung beteiligt, da jeder von ihnen Karten bei sich hat, auf denen er Anfälle der Patienten einträgt. Dabei werden der Name des Patienten, das Datum, die Art des Anfalls und die Art des Verhaltens (normales, ängstliches, apathisches Verhalten) vor dem Anfall registriert. Diese Karten erhält die Oberschwester, die die Daten in das Krankenblatt des Patienten einträgt. Damit das Personal die Karten richtig ausfüllen kann, finden Schulungen statt.

Personalstruktur: Die Spitze des Centre bildet der Verwaltungsrat, in dem Repräsentanten der Liga, der Universität von Loewen, des Staates, der Krankenkassen und des Centre vertreten sind. Fünf Personen des Verwaltungsrates bilden den geschäftsführenden Vorstand. Die nächste Stufe in der Hierarchie ist das Direktorium der Klinik, das aus dem ärztlichen Leiter (Prof. Sorel), dem Verwaltungsleiter und einer Hausdirektrice besteht. Dann kommt der Koordinationsrat, der aus zehn Personen besteht, nämlich aus Verwaltungsfachleuten, Medizinern, dem Pflegeleiter, dem Erziehungsleiter, dem technischen Direktor, einer Pflegekraft und einem Sozialarbeiter. Dieser Rat tagt jede Woche einmal. Er hat nur beratende Funktion, weil die Entscheidungen vom Direktorium getroffen werden. Das Di-

beide Gruppen gedachtes Zentrum nicht ratsam schien. Ein kürzlich in Belgien in Kraft getretenes Gesetz schreibt eine Änderung des Status und der Struktur dieser Anstalten vor.

rektorium kann über die Verfügung des Budgets entscheiden, nicht aber über Budgetüberschreitungen. In diesen Fällen muß der Verwaltungsrat nicht nur informiert, sondern auch um seine Zustimmung gebeten werden.

Der ärztliche Leiter (Prof. Sorel) hat die Supervision über alle Ärzte und über die Administration, soweit medizinische Fragen betroffen sind. So untersteht auch der technische Direktor, der die Stundenpläne für die Patienten zusammenstellt, dem ärztlichen Leiter.

Jeder Arzt wiederum hat die Supervision über einen Bereich, z. B. über Psychotherapie, über die Techniker, über das Pflegepersonal usw. Die Supervision besteht darin, daß der Mediziner Direktiven abgibt, mit den Mitarbeitern „seines" Bereichs Besprechungen abhält und eventuell vorhandenen Personalmangel behebt. Er informiert „sein" Personal und gibt Kurse, z. B. in Psychotherapie. Der Arzt ist es auch, der die mit seinen Mitarbeitern besprochenen Stundenpläne an den technischen Direktor zur Koordination weitergibt.

2.6 Leben der Patienten

Da das Ziel des Centre William Lennox die Diagnose und Einleitung der Therapie bei Epilepsie ist, sind die Patienten vormittags und nachmittags häufig durch die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in Anspruch genommen. Wenn dies nicht der Fall ist, gehen die Patienten (von 9 bis 12 und von 14 bis 16 Uhr) zur Beschäftigungstherapie, die in sogenannten Ateliers durchgeführt wird. Für Kinder gibt es vier besondere Räume, die an einen eingezäunten Spielplatz angrenzen.

Die Stationen der Klinik haben Dreier-Zimmer, in denen Schreibtische stehen. Jeweils zwei Zimmer sind zu einer Einheit mit gemeinsamen Bad und WC zusammengefaßt. Die Größe der Stationen ist variabel (von 20 bis 24 Betten).

Die Verbindung zwischen der Außenwelt und den Patienten darf schon deshalb nicht abbrechen, weil der Aufenthalt der Patienten nahezu immer als vorübergehend angesehen wird. Für Mütter, die ihre kranken Kinder begleiten wollen, stehen Unterkünfte bereit, für die sie allerdings wie im Hotel bezahlen müssen.

Im ganzen Haupthaus des Centre gibt es keine Treppen für die Patienten, nur Aufzüge, die sofort halten, wenn jemand hinfällt. Technisch ist dieses Epilepsie-Zentrum so gut wie perfekt.

Es gibt einen gemeinsamen Speisesaal für Patienten und Mitarbeiter.

Für die Freizeitbeschäftigung der Kranken wird durch Fernsehen, Kino, Ping-Pong-Spiele u. ä. gesorgt. In jedem Raum, in dem sich Patienten während ihrer Freizeit aufhalten, gibt es eine Aufsicht. Das Freizeitzentrum umfaßt eine Bibliothek, eine Cafeteria, einen Konferenzraum und eine Kapelle. Spätestens um 22.00 Uhr haben die Patienten im Bett zu liegen.

Einmal im Monat findet ein Tanzabend der Patienten statt, an dem das Personal, das gerade Aufsicht hat, teilnimmt. Im ganzen Haus wird kein Alkohol ausgeschenkt.

2.7 Finanzierung

Das Centre William Lennox wurde aus mehreren Quellen finanziert. Der erste Schritt bestand in einem Spendenaufruf über die Radio- und Fernsehanstalten. Als zweites spendeten die Eltern von Epilepsie-Kranken und die Personen, die der Liga etwas vererbten. Die Universität Loewen stellte das Grundstück im Wert von 12 Millionen Fr. zur Verfügung (knapp eine Million DM). Es wurden etwa 80 Millionen Francs gesammelt, zu denen der Staat (über das Gesundheits-, das Arbeitsministerium und die Nationallotterie) 100 Millionen bfrs dazugab. Das restliche Drittel, 90 Millionen bfrs, wurde geliehen. Die Gesamtkosten betrugen 270 Millionen bfrs, das sind etwa 20 Millionen DM.

Der Pflegesatz wird durch das Ministerium festgelegt. Man hat mit einem Pflegesatz von 1 800 Francs begonnen, liegt jetzt bei 1 400 Francs (ca. 100 DM) und erwartet, daß bei voller Belegung des Hauses der Satz auf 1 200 Francs sinkt. In anderen Krankenhäusern differiert der Pflegesatz zwischen 500 und 2 500 belgischen Francs.

Die ärztlichen Leistungen sind im Pflegesatz nicht enthalten, sondern werden extra vom Träger abgerechnet.

2.8 Forschung

Die Forschung wird von Prof. Sorel und seinen Mitarbeitern betrieben, eine Verbindung zur Universität besteht zur Zeit nicht. Bei der Schlafforschung werden vor allem Veränderungen der Vigilanz mit verschiedensten physiologischen Parametern und dem EEG untersucht. Daneben besteht eine Fernseh-Doppelbild-Aufzeichnung, wobei insbesondere zu einem Anfall führende auslösende Mechanismen Interesse finden. Außerdem werden psychometrische Untersuchungen durchgeführt, wobei die Reaktionsgeschwindigkeit und Aufmerksamkeit der Patienten mit Epilepsie untersucht wird.

3 England: Oxford (Park Hospital for Children), York (Bothom Park Hospital)

3.1 Oxford (Park Hospital for Children)

3.1.1 Allgemeines zur Betreuung von Epilepsie-Patienten in England und Wales

Krankenhäuser: Die Situation der Institutionen, die Epilepsie-Kranke behandeln, hat sich seit Erscheinen der englischen Denkschrift gewandelt. Die wichtigsten Empfehlungen des Berichtes bestanden darin, Zentren für Epilepsie-Patienten einzurichten bzw. vorhandene Krankenhäuser in diese Richtung umzuwandeln, die Rehabilitation der Patienten zu fördern, das Abschieben von Patienten in Kolonien zu verhindern und die Kolonien weitgehend zu verkleinern. Heute versucht der Nationale Gesundheitsdienst, der sämtliche Behandlungskosten in England finanziert, an drei Orten versuchsweise die

Empfehlungen der Gutachterkommission des Berichtes zu realisieren („Modelle"). So fungiert das Park Hospital for Children in Oxford als Zentrum für epilepsiekranke Kinder, das Bothom Park Hospital in York mit der Wohneinheit Naburn als vorläufiges Epilepsie-Zentrum für Erwachsene. Die Gutachterkommission empfahl, nach zwei bis drei Jahren Zeitablauf durch ausführliche Untersuchungen festzustellen, ob sich die Situation durch konzentrierte Behandlung und Rehabilitation gebessert hat.

Der Nationale Gesundheitsdienst (National Health Service) organisiert die zentrale Planung und Verwaltung jeweils für die Krankenhäuser einer ganzen Region. Damit entfallen für das einzelne Krankenhaus administrative Probleme.

Die zentrale Administration der Region Oxford verwaltet drei psychiatrische Krankenhäuser (ca. 600 Betten) und zwei assoziierte Krankenhäuser, darunter das Park Hospital. Zu dem gemeinsam verwalteten Komplex gehören noch ein Altersheim und eine Rehabilitationsklinik.

Anstalten: Zwar hat die Kommission der englischen Denkschrift einen Abbau der Betten in den Kolonien („Spezial-Krankenhäuser") für Epileptiker empfohlen. Diese Entwicklung geht aber nur sehr langsam vonstatten. Es gibt immer noch fünf Kolonien für Epileptiker mit 40 bis 150 Plätzen. Dort werden nach wie vor chronisch kranke Patienten untergebracht.

Außer in diesen Kolonien können chronisch kranke, nicht rehabilitierbare Epileptiker in einem der ca. 100 psychiatrischen Krankenhäuser (zusammen etwa 15 000 Patienten) leben.

Für rehabilitierbare Fälle gibt es kommunale oder private Heime („hostels" und „homes"). Einige Heime, die vor allem privat geführt werden, nehmen auch Dauerpatienten auf.

3.1.2 Das Park Hospital for Children in Oxford

Allgemeines: Das Park Hospital gehört mit zwei anderen psychiatrischen Einrichtungen, einem Altenheim und einer Rehabilitationseinrichtung, administrativ zur regionalen Krankenhausverwaltung von Oxford und ist damit verwaltungstechnisch von den Krankenhäusern der Universität getrennt, die durch ein Gremium von Direktoren verwaltet werden.

Die entsprechend dem Reid-Report zu fordernde Zweiteilung in die diagnostische sowie akute bis mittelfristige Behandlungseinheit und die längerfristige Wohneinheit ist beim Park Hospital for Children nicht verwirklicht; es besteht nur die erstgenannte Einheit.

Das Park Hospital nimmt Kinder vom Neugeborenenalter bis zu etwa 14 Jahren auf.

Es hat drei verschiedene Funktionen (festgelegt vom National Health Service): Zunächst die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung der Stadt Oxford (100 000 Einwohner); in dieser Funktion unterhält die Klinik auch drei Ambulanzen, zwei kinderpsychiatrische und eine für geistig behinderte Kinder (im Aufbau). Des weiteren nimmt das Park Hospital aus der Region Oxford (2 Millionen Einwohner) alle komplizierteren psychiatrischen Fälle auf. Darüber hinaus ist es das einzige kinder- und jugendpsychiatrische Zentrum für epileptische Kinder in England und Wales. Das bedeutet, daß alle Kinder mit Epilepsie, die den Krankenhäusern oder Ambulanzen besondere Probleme aufgeben, hier behandelt werden. Es besteht Aufnahmepflicht.

Aufgrund der Empfehlungen der Kommission, die die englische Denkschrift erstellt hat, wurde das Park Hospital seit 1971 zusätzlich mit den Aufgaben eines pädiatrischen Epilepsie-Zentrums betraut. Wenn sich das Experiment eines Kinderzentrums bewährt, ist die Errichtung weiterer solcher Zentren vorgesehen.

Fast täglich werden poliklinische Sprechstunden abgehalten. Allerdings gibt es keine spezielle Epilepsie-Ambulanz, sondern eine neuropsychiatrische Ambulanz für Kinder. Außerdem werden pro Jahr etwa 30 neurologisch-psychiatrische Sprechstunden bei den Pädiatern der Umgebung für Problemfälle abgehalten, was den Vorteil bringt, daß damit u. a. auch mehr Kinder mit Epilepsie zusätzlich ambulant gesehen und betreut werden können.

Das Park Hospital befindet sich in einem älteren Privathaus mit vielen Treppen, Räumen und Winkeln, dessen privater Charakter bewußt erhalten wird. Es erweckt nicht den Eindruck eines Krankenhauses. Zum Krankenhaus gehört ein großer Park (dessen Rasen betreten werden darf).

Gesprächspartner in Oxford waren die Ärzte Dr. Taylor, Frau Dr. Lindsay und Dr. Stores.

3.1.3 Aufnahmekriterien

Aufnahmekriterien im Park Hospital sind psychiatrische Erkrankungen auf der einen und epileptische Erkrankungen (mit oder ohne psychiatrischen Komplikationen) auf der anderen Seite. 50 % der Kinder sind rein psychiatrische, 50 % epileptische Fälle. Diese Mischung hält man in Oxford für begrüßenswert: Zum einen müsse Epilepsie in einer Institution ausreichend repräsentiert sein, damit sie in allen ihren Erscheinungsformen und Komplikationen sachgerecht behandelt werden kann. Zum anderen sei die Mischung mit psychiatrischen Kranken günstig, weil auch Epilepsie oft mit psychopathologischen Symptomen verknüpft ist. Das Personal muß über ausreichendes Wissen und Erfahrungen in Psychiatrie verfügen, um epileptischen Patienten gerecht werden zu können. Ein Zentrum für Epilepsie-Kranke wird nur unter der Bedingung für sinnvoll gehalten, daß die Mitarbeiter auch in Psychiatrie geschult sind.

3.1.4 Konzeption und Einrichtung

Konzeption: Die Konzeption des Park Hospitals formulierte Dr. Taylor dahingehend, daß man versuche, die epileptische Erkrankung im Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Kindes, mit der Familie und mit der gesamten sozialen Umwelt zu sehen. Daher lege man besonderen Wert auf Milieutherapie, wobei man sich allerdings gegen sozial-

psychiatrische Versuche abgrenzt, die den medizinischen bzw. neurologischen Aspekt völlig vernachlässigen. Die Milieutherapie besteht unter anderem darin, daß man die typische Krankenhausatmosphäre zu vermeiden sucht. Daher tragen die Pflegekräfte keine Tracht, sondern normale Kleidung, daher sehen auch alle Räume des Krankenhauses wie Privaträume aus. Ein Nebeneffekt dieser Atmosphäre ist die Tatsache, daß Eltern, die ihre Kinder ins Krankenhaus bringen, nicht schon von der Atmosphäre her spüren, wie krank ihr Kind ist. Ein therapeutischer Erfolg liegt darin, daß die Symptome von psychiatrisch kranken Kindern, die in anderen Krankenhäusern oder von anderen Pädiatern behandelt wurden, im Park Hospital zum Teil an Intensität verlieren.

Therapeutische und rehabilitative Einrichtungen: Das Krankenhaus hat 30 Betten. Die Aufenthaltsdauer beträgt durchschnittlich zwei Monate. Eine Aufenthaltsdauer von mehr als einem Jahr ist sehr selten. Im Jahr werden etwa 200 Kinder aufgenommen.

Um besser differenzieren zu können, ist eine Verdreifachung der Bettenzahl geplant, besonders für die schwer behinderten Kinder. Heute müssen häufig schwere und leichte Fälle von Epilepsie, Schwachsinn und psychotischen Störungen noch gemeinsam untergebracht werden.

In einem separaten Bau gibt es drei Einheiten, in denen Mütter aufgenommen werden können, deren Kind behandelt wird. Dort können Mütter gegebenenfalls auch ihre anderen Kinder unterbringen. In manchen Fällen ist die Aufnahme der Mutter notwendiger Teil der Behandlung der Kinder. Der Aufenthalt ist kostenfrei für die Mutter. Die Wohneinheit dient gelegentlich auch der Aufnahme von Müttern zur psychotherapeutischen Behandlung, wenn diese wegen Kindesmißhandlung gerichtlich zu diesem Zweck eingewiesen werden.

Im oberen Stockwerk befinden sich die Büroräume, darunter die Schlafräume der Kinder mit drei bis acht Betten. Rezeption, Küche, Speisesaal, Kindergarten und Spielraum sind im Erdgeschoß. Ein Anbau enthält die Schule mit vier Räumen, in einem weiteren Anbau sind EEG-Räume, Labor und Forschungsräume untergebracht.

Der Spielraum bietet viele Bewegungs- und Spielmöglichkeiten, sogar einen Holzverhau, in dem die Kinder sich verstecken können.

3.1.5 Personal

Personalbestand: Für 30 Kinder und für die verschiedenen ambulanten und konsiliarischen Dienste stehen 7 Ärzte, 26 Pfleger, 4 Psychologen, 4 Beschäftigungstherapeuten, 5 Lehrer, 4 Sozialarbeiter und 3 EEG-Assistenten zur Verfügung. 2 Ärzte haben einen eigenen Stab für Forschungsprojekte.

Alle Pfleger sind ausgebildete Kräfte, 60 % haben eine psychiatrische oder pädiatrische Krankenpflegeausbildung. Es besteht Mangel an Pflegekräften, da diese sich kaum eine Wohnung in Oxford leisten können.

Die Pflegekräfte sind in England mehr Partner als Untergebene des Arztes, zum Teil wohl durch ihre schon seit langer Zeit qualifizierte Ausbildung.

Für die Sozialarbeiter gibt es eine allgemeine Ausbildung an Hochschulen, während die Spezialkenntnisse in den Institutionen erworben werden. Für Sozialarbeiter, die schon jahrelang praktisch arbeiten, gibt es ein- bzw. zweijährige Zusatzkurse, in denen sie sich über neue Erkenntnisse und Methoden informieren können.

Die Lehrer der Sonderschule haben eine spezielle Ausbildung. Die Schule wird wie eine Schule für gesunde Kinder von der Erziehungsbehörde verwaltet, die auch die Lehrer beruft. Die Sonderschule nimmt auch externe Schüler auf.

Für die nächste Zeit ist für die Mitarbeiter ein Kurs in Kinderpsychiatrie vorgesehen. Außerdem gibt es sogenannte Journal-Club-Kurse, in denen Zeitschriftenartikel diskutiert werden. Jeden Freitag findet eine Gastvorlesung im Krankenhaus statt.

Personalstruktur: Dr. Taylor bemüht sich um eine Verteilung von Verantwortung und Entscheidungen auf mehrere Personen. So hat z. B. jeder Bereichsleiter die Verantwortung für die Einstellung von Personal in seinem Bereich. Trotzdem empfindet Dr. Taylor die Situation als schwierig, weil die nichtärztlichen Mitarbeiter gewohnt sind, Entscheidungen den Ärzten zu überlassen und selbst nicht gerne Verantwortung übernehmen. Dr. Taylor möchte sich gern als Repräsentant der Entscheidungen aller Mitarbeiter verstehen, wird dabei jedoch (noch) nicht ausreichend von den Mitarbeitern unterstützt.

Wöchentlich findet eine Besprechung mit allen Ärzten bzw. mit allen Personen statt, die mit den Kindern näher beschäftigt sind (Schwestern, Lehrer etc.). Die Entscheidungen über die Therapie werden im Team getroffen.

3.1.6 Leben der Patienten

Bis vier Uhr nachmittags befinden sich die Kinder in den verschiedenen diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen, danach können sie sich auf der Station oder im Spielraum frei beschäftigen. So kommt es, daß die Kinder tagsüber kaum zu sehen sind. Eine freundliche, familiäre Atmosphäre bestimmt die Beziehung zwischen Kindern und Personal. Den Kindern stehen weitgehend die Möglichkeiten (Spielzeug, Schule, Park) zur Verfügung, die gesunde Kinder unter guten Bedingungen vorfinden. Die große Zahl von Mitarbeitern erlaubt eine intensive Beschäftigung mit den Kindern.

3.1.7 Forschung

Man beschäftigt sich in Oxford mit Epilepsie-Forschung nicht um ihrer selbst willen, sondern benutzt sie als einen Anknüpfungspunkt bzw. ein Werkzeug, um menschliches Verhalten unter dem Gesichtspunkt normaler und abnormaler Gehirntätigkeit zu untersuchen. Dies erklärt sich daraus, daß die dort tätigen Ärzte von Haus aus Psychiater sind. Die Forschung wird zum kleineren Teil an der Universität Oxford betrieben, zum größeren Teil im Park Hospital for Children selbst. Jeder der vier

leitenden Ärzte stellt ein eigenes Forschungsprogramm auf. Forschungsprojekte sind u. a. die Untersuchung der Verhaltensweisen, Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit und Erziehungsprobleme bei subklinischen Anfallsentladungen, in neurologisch unterschiedlichen Untergruppen, sowie Veränderungen des Verhaltens durch die unterschiedlichen Antikonvulsiva, mit Serumspiegelbestimmungen (diese werden in London durchgeführt), ferner eine Nachuntersuchung ehemaliger Patienten unterschiedlicher Gruppierung und Medikation, die jetzt zwischen 20 und 30 Jahre alt sind; die Einwirkung der Medikamente auf die Perzeption in Form der Reaktionszeit und visueller Teste; schließlich psychologische Untersuchungen der Sprachentwicklungsstörungen und Sprachdefekte.

Soziologen der Universität Oxford erforschen zur Zeit Probleme der Stigmatisierung bei Epilepsie in Zusammenarbeit mit dem Park Hospital for Children.

3.2 York (Bothom Park Hospital)

3.2.1 Allgemeines

Die besichtigte Einrichtung ist ein Teil des psychiatrischen Krankenhauses Bothom Park Hospital und wurde vor zwei Jahren entsprechend den Empfehlungen des Reid-Reports von 1969 („People with epilepsy") in eine kleine „Experimentier"-Einheit umgewandelt. Vorher bestand sie schon seit dem Jahre 1966 als eine neurologisch-psychiatrische Einheit, d. h. Neurologe (Dr. Parsonage als Initiator) und Psychiater (Dr. Warren) arbeiten Hand in Hand bei Patienten mit primär neurologischer und begleitender psychiatrischer Erkrankung.

Die Empfehlungen des Reid-Reports wurden in York in der Weise verwirklicht, daß im Bothom Park Hospital das diagnostische Zentrum mit der Kurzzeitbehandlung installiert ist, während die geforderte langfristige Wohneinheit sieben Kilometer entfernt im Naburn Hospital untergebracht ist. Die Einheit ist gegenüber dem übrigen Bothom Park Hospital selbständig, benutzt deren Einrichtung jedoch mit (Labor etc.). Das Bothom Park Hospital ist an zwei weitere Allgemeinkrankenhäuser angeschlossen.

Einzugsgebiet ist die Grafschaft Yorkshire mit ca. 4 Millionen Einwohnern, jedoch werden z. T. auch Patienten aus weiter entfernt liegenden Gebieten aufgenommen, wie z. B. Newcastle und Manchester.

3.2.2 Aufnahmekriterien

Aufgenommen werden Patienten mit Epilepsie, die besondere diagnostische und/oder therapeutische Probleme bieten. Man hält eine Mischung von Epileptikern mit anderen Patientengruppen für notwendig. Begründet wird diese Einstellung einmal durch die Ablehnung der Isolation bestimmter Patientengruppen (wodurch auch die Rehabilitation erschwert werden kann) und durch die Tatsache, daß die Arbeit mit Epileptikern besonders anstrengend sei, also im Hinblick auf das Personal. Befürwortet wird ein Zentrum, das, wie in York, eine diagnostische und eine Wohneinheit enthält.

Für die Aufnahme in der Wohneinheit Naburn sind psychiatrische Komplikationen oder Schwierigkeiten bei der sozialen Integration (familiäre und Arbeits-Situation) maßgeblich.

3.2.3 Einrichtungen, Patientenzahl

Auf der neurologischen Abteilung gibt es 20 Betten, davon sind jeweils 50 % von Männern bzw. Frauen belegt. Die Hälfte der neurologischen Fälle sind epileptische Patienten, d. h., es gibt jeweils nur 10 Epilepsie-Kranke im Krankenhaus, die intensiv untersucht und beobachtet werden.

Die Patienten werden zu einem aktiven Tagesablauf angehalten, direkte Verbote gibt es nicht (z. B. Rauchen, Alkohol), jedoch wird ihnen ein weitgehender Verzicht nahegelegt.

Nach Besserung der Anfälle können sich die Patienten auch außerhalb des Krankenhausbereiches bewegen, z. B. in die Stadt gehen. An den Wochenenden werden sie zu Heimbesuchen beurlaubt, was im Sinne einer „Normalisierung" oder Re-Integration verstanden wird.

Obwohl der Aufenthalt in der diagnostischen- und Kurzzeit-Behandlungseinheit zunächst für durchschnittlich sechs Monate gedacht war, hat man festgestellt, daß die medizinischen und sozialen Probleme der Mehrzahl der Patienten innerhalb von drei Monaten zunächst unter Kontrolle gebracht, wenn nicht gelöst werden können. Nach der Stabilisierung gehen die Patienten jeden Tag von der Kurzzeit-Station zur industriellen Arbeitstherapie in Naburn. Die maximale Aufenthaltsdauer in der diagnostischen Kurzzeit-Einrichtung ist etwa sechs bis neun Monate. Wenn bis dahin die Probleme nicht gelöst wurden und/oder das Anfallsleiden nicht gebessert werden konnte, erfolgt die Verlegung nach Naburn.

Im ersten Jahr wurden 50 Patienten im Bothom Park Hospital aufgenommen. Von diesen mußten zwei in langfristige Einrichtungen, die jetzigen „Spezial-Krankenhäuser für Epilepsie", gleich ehemaligen Epilepsie-Kolonien, überwiesen werden, da ihr Anfallsleiden nicht kontrolliert werden konnte. Weitere fünf Patienten wurden in der Wohneinheit von Naburn aufgenommen und von dort aus rehabilitiert.

Die klinische Einheit verfügt über eine klinische Neurophysiologie, hier werden insbesondere Schlaf-EEGs mit Sphenodial-Ableitungen durchgeführt. In der Neuroradiologie werden neben der üblichen Radiologie Pneumencephalographien und Carotis-Angiographien durchgeführt. Dabei wird das Gewicht auf die Diagnostik hinsichtlich der temporalen Epilepsie und die Unterteilung in medikamentöse gegenüber der chirurgischen Therapie gelegt.

Außer der Einbeziehung des klinischen Psychologen, der Beschäftigungstherapeutin (mit einer Assistentin), wurde besonders die Notwendigkeit der sozialen Versorgung hervorgehoben, die durch ein

Team von Sozialarbeiterinnen (zwei Vollzeit- und eine Teilzeitbeschäftigte) geleistet wird.

Über alle stationär aufgenommenen Patienten mit Epilepsie wird ein detaillierter Bericht angefertigt, der u. a. die gesamte soziale Anamnese, mit dem sozialen Hintergrund, der Beschäftigungs- bzw. Arbeitssituation und der detaillierten Schilderung aller individuellen Probleme umfaßt. Auch die ambulanten Patienten werden hinsichtlich ihrer sozialen Belange betreut.

In Naburn leben 370 Patienten, davon sind etwa die Hälfte Dauerpatienten, davon wiederum 50 bis 60 % geriatrische Fälle. Die Patienten leben in hellen Zwei- bis Acht-Betten-Zimmern. Für schwere Fälle befindet sich jeweils zwischen zwei Zimmern ein Raum für Pflegepersonal, der durch Glasscheiben die Möglichkeit der Beobachtung bietet.

Die meisten Patienten arbeiten in der beschützenden Werkstatt, in der außer Industriearbeit auch Handarbeiten wie Weben, gemacht werden. Die Patienten verdienen dort bis zu viereinhalb Pfund in der Woche. Wenn sie nicht arbeiten können, bekommen sie eineinhalb Pfund in der Woche (ca. 9 DM).

Die beschäftigungstherapeutischen und industriellen Arbeits-Einrichtungen (einschließlich einer kleinen Druckerei) in Naburn werden von Patienten mit und ohne Epilepsie aus Naburn selbst und den sogenannten „Tages"-Patienten aus dem Bothom Park Hospital sowie den nichtstationären Patienten aus der Umgebung besucht. In Naburn ist die Behandlung von akuten Psychiatriefällen ebenso möglich wie die mittel- und langfristige Unterbringung von psychiatrischen und Epilepsie-Patienten. So werden auch die psychiatrischen, epileptischen und — nur gelegentlich aufgenommenen — mehrfach behinderten Patienten zusammen rehabilitiert. In der Gesamtheit des Naburn-Krankenhauses mit seinen ca. 370 Patienten befinden sich nur etwa 5—10 % Patienten mit Epilepsie, die nicht über die diagnostische und Kurzzeit-Behandlungs-Einheit in Bothom Park Hospital nach Naburn gekommen sind. Die direkt in Naburn aufgenommenen Patienten mit Epilepsie haben meist mehrfache Behinderungen, wie z. B. Psychosen mit Epilepsie; sie sind über das ganze Krankenhaus verteilt und werden nicht als „Epileptiker" angesehen. Die Patienten, die in Naburn leben, sind in Zimmern mit einem bis zu 15 Betten untergebracht.

Praktisch alle Patienten, die in den Rehabilitationseinrichtungen in Naburn nach und nach aufgenommen werden, werden später als rehabilitiert entlassen. Zu Beginn und im Verlauf werden standardisierte Arbeitsberichte in etwa wöchentlichen Abständen ausgefüllt.

Als zentrales Problem bei der Rehabilitation wird in York die Beschaffung einer Arbeitsstelle angesehen, erst in zweiter Linie die eines Wohn- oder Heimplatzes. Die Patienten werden dann schrittweise rehabilitiert.

Viele ehemalige Patienten dieses allgemein-psychiatrischen Krankenhauses mit einem Einzugsbereich von etwa 500 km sind in irgendeiner Art und Weise noch mit diesen Einrichtungen verbunden, z. B. in der Form des „Tages"-Patienten.

3.2.4 Personal

Das Personal besteht aus 6 Ärzten (davon jeweils die Hälfte Neurologen und Psychiater), 2 teilzeitbeschäftigten Neuroradiologen, einem teilzeitbeschäftigten Neurophysiologen plus Oberarzt, einer klinischen Psychologin, 2 Sozialarbeiterinnen (plus eine Halbtagskraft), Beschäftigungstherapeutin und Physiotherapeutin (mit Assistent), 9 Pflegekräften mit mindestens der psychiatrischen Ausbildung bzw. darüber hinaus mit allgemeinem Krankenpflegeexamen. Außerdem sind in York 2 Allgemeinärzte tätig, die in Sprechstunden am Bothom Park Hospital die Kontinuität der Versorgung von Patienten mit Epilepsie gewährleisten.

Die Entscheidungen über die Therapie und Rehabilitation der Patienten werden im Team getroffen, wobei der Leiter des Zentrums, Dr. Parsonage, die ausschlaggebende Stimme hat.

Bei speziellen Fällen oder bei neuen Patienten von außerhalb führt auch Dr. Parsonage ambulante Beratungen durch.

3.2.5 Forschung

In der medizinischen Forschung werden die Serumspiegel der verschiedensten Antikonvulsiva (weiterhin) untersucht. In der soziologischen Forschung wird mit Frau Prof. Kathleen Jones, sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität York, eine epidemiologische Untersuchung in der Grafschaft York durchgeführt, da das Auftreten und die Häufigkeit der Epilepsie in England nur in kleineren Gruppen untersucht wurde. Frau Prof. K. Jones hat vor einiger Zeit mit Frau Tillotson eine Untersuchung über die Einwohner der Epileptiker-Kolonien abgeschlossen.

Von klinischen Psychologen wird die Fragestellung untersucht, warum die Patienten mit chronischer Epilepsie Veränderungen des Intellektes zeigen, ferner der Einfluß der Medikamente auf den Intellekt.

Für die Zukunft ist geplant, die Natur der sozialen Probleme der Patienten mit Epilepsie zu untersuchen, da z. B. trotz langjähriger Aufklärungsarbeit die Vorurteile gegenüber den Patienten mit Epilepsie bzw. der Epilepsie selbst immer noch sehr groß seien.

4 Vergleich der Einrichtungen für Epilepsie-Kranke

4.1 Spezialeinrichtungen für ambulante und für kurz- und mittelfristige stationäre Betreuung[1])

Der Vergleich der Anzahl von Epilepsie-Ambulanzen und Spezialeinrichtungen für Epilepsie-Kranke (Epilepsie-Zentren) fällt für die Bundesrepublik schlecht aus.

[1]) Für England kann dieser Vergleich hier nicht gemacht werden, da Oxford und York nur Ausschnitte aus dem englischen Versorgungsnetz boten.

Bei der folgenden Übersichtstabelle muß allerdings einschränkend gesagt werden, daß in den meisten holländischen Ambulanzen nur einmal wöchentlich Sprechstunden abgehalten werden. Die größere Anzahl von Ambulanzen, über das Land verteilt, hat jedoch in jedem Fall eine bessere Erreichbarkeit für Patienten aller Regionen zur Folge.

	Anzahl der Ambulanzen	Anzahl der Einwohner	Anzahl der Einwohner pro Ambulanz
Niederlande	9	13 000 000	ca. 1 444 440
Belgien	9	10 000 000	ca. 1 111 110
Bundesrepublik Deutschland	27	61 000 000	ca. 2 259 260

Im Verhältnis Bundesrepublik Deutschland—Belgien läßt sich feststellen, daß die Bundesrepublik noch nicht einmal über halb so viele Ambulanzen verfügt.

	Anzahl der kurz- und mittelfristigen Betten in Spezialeinrichtungen für Epilepsie-Patienten	Anzahl der Einwohner	Anzahl der Einwohner pro Bett
Niederlande	260 [1]	13 000 000	50 000
Belgien	137 [1]	10 000 000	73 000
Bundesrepublik Deutschland vorhanden	200 [1]	61 000 000	305 000
Bundesrepublik Deutschland geplant (lt. Denkschrift der DFG)	640 [2]	61 000 000	95 300

[1] Nicht berücksichtigt sind ggf. vorhandene Bedarfs- oder Streubetten für kurzfristige Diagnose und Behandlung von leichteren Epilepsieformen (Beispiele: in Kinder- und Neurologischen oder in Psychiatrischen Kliniken) und Betten für langfristige Betreuung oder Dauerversorgung in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, Anstalten und Heimen.

[2] Die geplanten 640 Betten verteilen sich auf insgesamt 8 Epilepsie-Abteilungen in Schwerpunktkrankenhäusern (neurologische und pädiatrische Universitäts-Kliniken oder Fachkliniken und einige psychiatrische Krankenhäuser) und 8 Epilepsie-Abteilungen in Epilepsie-Zentren mit besonders umfassender und intensiver multidisziplinärer Betreuung von differentialdiagnostisch, therapeutisch, psychologisch und sozial schwierigen Epilepsie-Patienten.

Noch weit negativer fällt die Bilanz im Vergleich der in Spezialeinrichtungen (Epilepsie-Zentren) für überwiegend mittelfristige und in besonderen Fällen auch kurzfristige Behandlung verfügbaren Betten aus.

Der heutige Bestand ist etwa um das Vierfache niedriger als in Belgien und um das Sechsfache niedriger als in den Niederlanden. Auch die Realisierung der Empfehlungen der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft über Epilepsie würde noch keine Angleichung an die niederländischen und belgischen Verhältnisse bringen. Selbst dann hätten die Spezialeinrichtungen für Epilepsie-Patienten in der Bundesrepublik im Verhältnis erst etwa die Hälfte der Betten für kurz- und mittelfristige Diagnostik und Therapie, die in den Niederlanden verfügbar sind. In diesem Zusammenhang nehmen sich die Empfehlungen der Denkschrift bescheiden aus.

Die im Hinblick auf den Vergleich mit Belgien und den Niederlanden niedrige Forderung des Expertenteams Epilepsie geht von der Annahme aus, daß ein großer Teil von stationären Aufnahmen entfällt, sobald wir über ein Netz ausreichend ausgestatteter Epilepsie-Ambulanzen verfügen. Wegen der hohen präventiven Effizienz der Ambulanz hält das Expertenteam die geforderte Anzahl von Plätzen in Epilepsie-Spezialeinrichtungen für ausreichend.

4.2 Einrichtungen für langfristig zu betreuende Kranke

Weder in Holland und Belgien noch in England kann man das Problem dieser Gruppe von Kranken als gelöst ansehen. In Holland sollen nicht rehabilitierbare Epileptiker in Anstalten für Schwachsinnige, in Belgien in Asyle für Geisteskranke, in England in Heime verlegt werden — wobei jeweils vorausgesetzt wird, daß diese Institutionen verbesserungsbedürftig sind. Damit verlagert man das Problem auf die Umstrukturierung dieser Anstalten. Es besteht die Gefahr, daß für die am stärksten Behinderten am wenigsten überlegt und gehandelt wird, weil sie sich nicht selbst äußern können und als Arbeitskräfte nicht interessant genug sind. Obwohl die Zahl dieser Patienten infolge besserer Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten abgenommen hat und noch weiter abnehmen wird, stellt die optimale Betreuung dieser Gruppe noch ein ungelöstes Problem dar.

4.3 Rehabilitation

In den Überlegungen zur Rehabilitation unterscheiden sich die Gesprächspartner in den vier Ländern kaum voneinander und auch zu diesbezüglichen Überlegungen in der Bundesrepublik bestehen kaum Unterschiede: In allen Fällen ist der Grundgedanke die Reintegration des Patienten in die Gesellschaft. Dabei wird das Recht auf Arbeit besonders in den Niederlanden hervorgehoben. Für alle Länder läßt sich jedoch auch sagen, daß das Problem der Rehabilitation für den Großteil der Patienten noch nicht als gelöst angesehen werden kann.

Anhörung von Frau Dipl.-Psych. Marianne Hegenscheidt zu Fragen des Vergleichs von Verhaltenstherapie und analythischer Psychotherapie

Am 17. Mai 1974 in Gießen vor der Arbeitsgruppe 2 (ambulante fachpsychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen) im Rahmen der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

Bei dieser Anhörung wurde von der Referentin zu folgenden Fragen Stellung genommen:

1. Sind die Krankheitsbegriffe der Verhaltenstherapie (Problemverhalten) und der Psychoanalyse (pathogene unbewußte Konflikte) zu koordinieren? Sehen Sie Integrationsmöglichkeiten zwischen Lerntheorie und Psychoanalyse und gegebenenfalls welche?
2. Wie sehen Sie die Differenzial-Indikation für verhaltenstherapeutische Anwendungen? Gibt es bereits Kriterien, die eine Abgrenzung der Indikation zur Verhaltenstherapie gegenüber einer Psychoanalyse oder analytisch orientierten Psychotherapie gestatten?
3. Wie beurteilen Sie die Gefahr einer Indoktrination des Patienten bei verhaltenstherapeutischen Anwendungen?
4. Wie stellen Sie sich die Supervision von Verhaltenstherapien in einer psychotherapeutischen Institution vor, in der auch oder vornehmlich psychoanalytisch orientiert behandelt wird?
5. Wird von dem Verhaltenstherapeuten die Interaktion von Therapeut und Patient mit untersucht bzw. einbezogen?

Stellungnahme zur Frage 1

„Sind die Krankheitsbegriffe der Verhaltenstherapie (Problemverhalten) und der Psychoanalyse (pathogene unbewußte Konflikte) zu koordinieren? Sehen Sie Integrationsmöglichkeiten zwischen Lerntheorie und Psychoanalyse und gegebenenfalls welche?"

Ich meine, man könnte diese Fragen auch unter einem anderen Aspekt formulieren und sagen: „Gibt es die Möglichkeit einer gemeinsamen kommunikativen Basis zwischen Vertretern beider Richtungen?" Diese Umformulierung ist mir deswegen so wichtig, weil dieses Problem der Verständigung das erste ist, auf das derjenige stößt, der versucht, mit einem Vertreter der anderen Richtung zu sprechen, und das ihn als Problem die ganze Zeit begleiten wird.

Wie kann man sich nun aufeinander einstellen? Wohl indem man zunächst versucht, beschreibend Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszustellen. Danach ginge es darum, ob formale und inhaltliche Elemente ineinander übergeführt werden können. Das wäre der Ansatz zu einer gemeinsamen Theorie. Doch davon sind wir noch recht weit entfernt, wie wir gleich sehen werden.

Was haben nun die *Krankheitsbegriffe* von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie gemeinsam?

- Der Krankheitsbegriff oder der Begriff der Verhaltensstörung ist jeweils eng verknüpft mit der Theorie des allgemeinen Verhaltens des Menschen.
- Entsprechend gehorcht die Entwicklung neurotischer Verhaltensweisen jeweils den gleichen Gesetzen, die die individuelle Lerngeschichte bestimmen.
- Die Bezeichnung eines Verhaltens als „krank" wird jeweils von bestimmten inneren und äußeren Befindlichkeiten abhängig gemacht (z. B.: Gefühl des Leidens und der inneren Spannung; ein von der sogenannten „Norm" abweichendes Konfliktlösungsverhalten).
- Die Behandlung von Störungen, bzw. die Art des Eingreifens, ist jeweils bestimmt durch die Theorie des Verhaltens.
- Die Theorien des Verhaltens haben sich jeweils entwickelt aus Beobachtungen des Verhaltens und aus den Schlüssen auf die Prozesse, die dieses bestimmen.
- Die Entscheidung über die Richtigkeit des Eingreifens und die Fortentwicklung von Theorie und Praxis fällt jeweils aufgrund der Behandlungsergebnisse, d. h. aufgrund der erzielten Verhaltensänderung.
- Beide therapeutische Richtungen können auf Erfolge verweisen, was ihr Fortbestehen bisher gesichert hat.

Wir sehen, bisher finden wir nur relativ sehr grobe und formale Gemeinsamkeiten. Wenn wir uns den Inhalt der Modelle anschauen, stoßen wir sofort auf die Unterschiede.

Zunächst zum verhaltenstherapeutischen Modell menschlichen Verhaltens.

Die *Verhaltenstherapie* basiert im Kern auf einem System lerntheoretischer Sätze, empirisch und experimentell fundiert. Kraiker (1974) zeigt, daß sich „sowohl die Praxis der Verhaltenstherapie als auch das Vorgehen zeitgenössischer Lerntheoretiker im Rahmen einer erweiterten S-R-Psychologie einordnen lassen, die als ein offenes theoretisches System betrachtet werden kann." S-R-Psychologie heißt

„Reiz-Reaktions-Psychologie" (S-R = stimulus-reaction) und betrifft die Lerngesetze zur Verkoppelung von Reizen und Reaktionen. Die Reizreaktionsverknüpfungen oder Kontingenzen entstehen durch verschiedene Arten von Verstärkungen, durch die sich die Auftretenswahrscheinlichkeiten bestimmter Reaktionen in bestimmten Situationen im weitesten Sinne ändern.

Was die Allgemeingültigkeit der lerntheoretischen Prinzipien betrifft, so möchte ich mich mit Kraiker (1974) auf den Standpunkt stellen, daß Theorie und Praxis der gegenwärtigen Lerntheorie nur gestatten, die Prozesse des klassischen und operanten Konditionierens als wichtige heuristische Prinzipien anzusehen bzw. als eine Reihe von Operationsvorschriften und Analyseschemata. Die Generalisierbarkeit der dabei gewonnenen Erkenntnisse kann danach nicht vorausgesetzt werden, sondern muß sich von Fall zu Fall als möglich oder nicht möglich erweisen. Dies widerspricht allerdings den Allgemeingültigkeitspostulaten mancher Lerntheoretiker, die dann auch konsequenterweise zu Aussagen über das „Wesen des Menschen" (Pavlow, Skinner) führen.

Um zu unserem Ausgangsproblem zurückzukommen, möchte ich noch einmal zusammenfassen:

Das Modell menschlichen Verhaltens beruht in der Verhaltenstherapie auf einer erweiterten, theoretisch offenen Reiz-Reaktionspsychologie. Die individuelle Lerngeschichte beruht danach auf komplexen Vorgängen der Verknüpfung von Reizen und Reaktionen. Stabile komplexe Verknüpfungen kennzeichnen die Individualität einer Person.

Nun zum psychoanalytischen Modell menschlichen Verhaltens.

Die *psychoanalytische Auffassung* läßt sich treffend mit dem Zitat von Fürstenau (1972) kennzeichnen: „Als Kern der psychoanalytischen Konzeption läßt sich heute das Gefüge bewußter und unbewußter Beziehungen, Konflikte und Mechanismen bestimmen, das mit dem Namen Ödipuskomplex bezeichnet wird. Zentraler Verständnishorizont der Psychoanalyse sind demgemäß die affektiven Wechselbeziehungen zwischen Kindern und Eltern, einschließlich der Beziehungen der Kinder untereinander in all ihren mannigfaltigen Variationen und Möglichkeiten von Geburt an, also nicht eingeschränkt auf die ödipale Phase im engeren Sinne. All dies verstanden als ein über die Kindheit durch Strukturbildung hinaus wirkender Prozeß mit der wichtigsten Konsequenz der unbewußten Übertragung verbliebener kindlicher Beziehungskonstellationen auf neue Partner, exemplarisch erfahrbar und analysierbar in der darauf spezifisch eingestellten psychoanalytischen Situation."

Wir sehen, hier wird mit ganz anderen Begriffen operiert, eine ganz andere Sprache gesprochen. Es ist nicht die Rede von konditionierten Reaktionen sondern von affektiven Wechselbeziehungen, nicht von Reiz-Reaktions-Verknüpfungen sondern von dem Gefüge bewußter und unbewußter Beziehungen. Diese „dynamischen" Begriffe, die in dem Passus von Fürstenau vorkommen, sind nicht in lerntheoretische Begriffe der Verhaltenstherapie überführbar, jedenfalls zur Zeit nicht. Übersetzungen sind versucht worden. Aber wenn man z. B. wie Dollard und Miller (1950) psychoanalytische Begriffe wie „Triebkonflikt" und „Ambivalenz" in lerntheoretische Modelle überführt, bedeuten sie deswegen noch lange nicht dasselbe, denn sie sind dann in einen ganz anderen Gesamtrahmen versetzt worden, in dem konstituierende Elemente der Psychoanalyse keine Rolle spielen bzw. eben nicht existent sind. Nicht existent sind da die Metapsychologie Freuds und innerhalb dieser z. B. Begriffe wie „Abwehrmechanismus", „Verschiebung von Besetzungsenergien" usw. Dieses zentrale, dynamische Verständnis intrapsychischer Vorgänge findet in den Lerntheorien, die ohne solche Annahmen auskommen, kein Äquivalent.

Die Operationen, nach denen sich nach Auffassung der Lerntheoretiker und Analytiker die Lern- und damit auch die psychische Krankheitsgeschichte des Individuums vollzieht, gehören offensichtlich zum großen Teil verschiedenen Kategorien an. Nehmen wir uns zur Verdeutlichung einmal eine fiktive Beispielaussage eines Verhaltenstherapeuten und eines Psychoanalytikers zu dem gleichen Sachverhalt vor.

Der Verhaltenstherapeut sagt beispielsweise: „Wenn der Vater anwesend ist, stottert der Sohn häufiger." Er stellt vielleicht noch mehr fest, z. B. daß die Angst steigt, oder daß er den Vater vermeidet oder aggressiv auf ihn reagiert. Er würde diese Aussagen machen, wenn er entsprechende Beobachtungen registrieren kann und sie in einem spezifizierbaren Zusammenhang mit dem Stottern stehen. Der Verhaltenstherapeut stellt also im wesentlichen Reiz-Reaktionsfolgen fest, wobei er Gefühls- und Erlebnisaspekte und deren Konsequenzen mit registriert. Der Psychoanalytiker dagegen würde die Beziehung angeben, also etwa sagen: „Wenn der Sohn den Vater sieht, werden in ihm Hingabeimpulse geweckt, die aber nicht gespürt und erlebt werden dürfen, weil ihm das von der verinnerlichten strengen Vater-Imago verboten wird." Der Psychoanalytiker macht also Aussagen über individuelles Erleben unter dem Beziehungsaspekt, erschlossen mit Hilfe der psychodynamischen Theorie.

Den gleichen Problemen wie beim Vergleich der Grund-Modelle vom menschlichen Verhalten begegnen wir, wenn wir die verschiedenen Neurosebegriffe einander gegenüberstellen.

Nach Laplanche und Potalis (1973) wird die Neurose psychoanalytisch definiert als „psychogene Affektion, deren Symptome symbolischer Ausdruck eines psychischen Konflikts sind, der seine Wurzeln in der Kindheitsgeschichte des Subjekts hat; die Symptome sind Kompromißbildungen zwischen dem Wunsch und der Abwehr." Wir finden hier die dynamischen Ausdrücke wieder, die wiederum nicht in Einklang zu bringen sind mit der Definition der Neurose durch Kraiker (1974). Kraiker (1974) beschreibt die Neurose als ein mehr oder minder bewußtes Verhalten, das, wie viele andere „Verhalten" auch, durch Verstärkungskontingenzen geformt sei. Das Spezifikum des Neurotikers sei

nun, daß er bestimmte kontingenzgeformte Verhaltensdispositionen besitzt, die im Widerspruch stehen zu den Handlungsanweisungen oder -regeln, die sich aus seiner eigenen Analyse des Gesamtsystems ergeben. Mit anderen Worten: Der Neurotiker kann nicht so handeln, wie er will, obwohl er es für richtig hielte (und es von seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten her auch könnte).

Zum besseren Verständnis dieser Beschreibung wäre noch zu ergänzen, daß „unbewußt" beim Verhaltenstherapeuten (wenn er den Begriff überhaupt verwendet) heißt, daß die Person die Kontingenzen, von denen sie beeinflußt wird, nicht kennt und daher nicht identifizieren kann. Wenn also ein Verhalten gar nicht durch Regeln gesteuert wäre, sondern ausschließlich durch Kontingenzen geformt, hätten wir eine Situation des „unbewußten" Reagierens. Zu erklären wäre weiterhin noch der Begriff der „Verhaltensdisposition", der etwa soviel bedeutet wie eine Verhaltens-„Eigenschaft", die dazu führt, daß eine bestimmte Reaktion unter bestimmten Bedingungen mit einer mehr oder minder hohen Wahrscheinlichkeit auftritt. Man müßte als Verhaltenstherapeut also heute sagen: Das Symptom ist ein Indikator einer bestimmten neurotischen Disposition und nicht, wie Eysenck, daß das Symptom die Neurose sei.

Ich fasse die Ergebnisse jetzt noch einmal zusammen: Die Vertreter beider Richtungen bleiben in der Beschreibung und Interpretation ihrer Modelle jeweils systemimmanent. Sie sprechen in nicht ineinander übersetzbaren Sprachen. Zwar gibt es in jeder Sprache Begriffe und Ausdrücke, die nicht in eine andere übersetzbar sind und die es in dieser anderen Sprache nicht gibt und daher nur schwer verstanden, beobachtet oder erlebt werden können. Jedoch handelt es sich in diesem Falle um integrale Bestandteile von Theorie und Praxis der Verhaltensänderung, die nicht ineinander überführt werden können. Die Vertreter beider Richtungen beobachten zwar, aber sie beobachten anders, sie beschreiben zwar, aber sie beschreiben anders, sie schließen zwar, aber sie schließen anders, sie greifen in die Behandlung ein, aber sie tun das anders. Auf der obersten Ebene reiner Deskription und auf der untersten Ebene der Motivation — wenn man Motivation als das Streben nach einem irgendwie gearteten Glückszustand ansieht — können sich zwei Vertreter beider Richtungen noch am ehesten einig werden. Aber das ist, in unserem Rahmen zumindest, trivial, denn diese Gemeinsamkeiten hängen zusammen mit allgemeinen menschlichen Eigenheiten, die uns einen irgendwie erfolgreichen Umgang mit der Umwelt ermöglichen.

Wir kommen also zu dem Schluß, daß eine wirkliche Überführung essentieller Bestandteile einer Theorie in die andere (noch) nicht möglich ist und damit noch keine eindeutigen Koordinations- und Integrationsmöglichkeiten beider Systeme, auch nicht von Teilen, wie eine gemeinsame Festlegung des Krankheitsbegriffs.

Ein auf die Wirksamkeit seiner Behandlungen bedachter Therapeut könnte nun m. M. nach aber an dieser Stelle nicht stehenbleiben und sagen: „Nun gut, wir verstehen uns nicht, es ist nutzlos und unfruchtbar, daß wir miteinander reden; ich schaue mir auch nicht an, was der andere macht, an welchen Stellen er weiterkommt und was er an neuen Dingen veröffentlicht; ich kann ja mit seiner Welt sowieso nichts anfangen."

Dieser Therapeut würde dann ja seine Augen davor verschließen, daß der andere schließlich auch Erfolg hat. Er könnte natürlich einwenden, daß die Erfolge des anderen auf unspezifischen Faktoren beruhen, in dem Eifer des Therapeuten, seiner Zuwendung usw. Solche Faktoren haben sicherlich einen großen Anteil am Erfolg, wie auch viele Untersuchungen bestätigen. Dieser Therapeut einer Richtung müßte dann aber auch behaupten, daß die Erfolge des anderen geringer seien, denn als spezifisch wirksam und damit insgesamt wirksamer sähe er ja seine eigene Therapiemethode an. — Wirklich beweisen läßt sich da auf keiner Seite etwas, da es kaum Vergleiche von Erfolgsziffern unterschiedlicher Therapiemethoden gibt, an denen nicht irgendein Haken wäre; dazu einige wenige Beispiele: unterschiedliche Patientengruppen in Art, Dauer und Schweregrad der Störungen; unterschiedliche Erfolgskriterien, nicht erfolgte katamnestische Untersuchungen, usw. Auch schon Vergleiche von Untersuchungen im Rahmen einer Therapiemethode, die in der Verhaltenstherapie durchaus geführt worden sind, bereiten oft die größten Schwierigkeiten. Ich meine also, wenn uns an einer Verbesserung unserer Behandlungseffizienz liegt, sollten wir uns ansehen, was der andere macht, mit welchen Methoden und Patientengruppen er die schnellsten, dauerhaftesten oder prozentual meisten Erfolge erzielt. Vielleicht könnte man dann doch in Teilbereichen unter praktischen Gesichtspunkten miteinander verhandeln, vielleicht eine Therapie zum Teil oder gar ganz an den Therapeuten der anderen Richtung abgeben. Erwiese sich das als lohnend, müßten sich daraus auch irgendwann einmal gemeinsame theoretische Ansätze entwickeln lassen. (Denn auch kontingenzgeformtes Verhalten müßte sich im Prinzip in regelgesteuertes Verhalten auflösen lassen und damit aus einem erfolgreichen, praktischen Indie-Hände-Arbeiten eine gemeinsame Theorie werden können!).

Stellungnahme zur Frage 2

„Wie sehen Sie die Differentialindikation für verhaltenstherapeutische Anwendungen? Gibt es bereits Kriterien, die eine Abgrenzung der Indikation zur Verhaltenstherapie gegenüber einer Psychoanalyse oder analytisch orientierten Psychotherapie gestatten?"

Untersuchungsergebnisse, die eine oder andere Teilantwort auf diese Frage geben, liegen noch nicht vor; einige der Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung habe ich vorhin genannt. Die folgenden Ausführungen haben daher nur den Charakter von Überlegungen.

Mein erster Punkt zur praktischen Zusammenarbeit geht aus von einer theoretischen Überlegung: Ich

meine, dem Analytiker wäre vom Konzept der autonomen Ich-Funktionen her ein Zugang zu verhaltenstherapeutischen Anwendungen möglich.

Das Konzept der autonomen Ich-Funktionen wurde von Hartmann (1960) in der Ich-Psychologie herausgestellt. Er unterschied zwischen a) den Ich-Apparaten primärer Autonomie, z. B. Motilität, Wahrnehmung und Gedächtnis und b) den Ich-Apparaten sekundärer Autonomie, d. h.: Instrumentalstrukturen, die „im Laufe der Triebbefriedigung oder des Abwehrkampfes gegen die Triebe oder im Verlauf von Konfliktlösungen entwickelt wurden" (Rapaport dt 1970), haben nach Hartmann (1960) ebenfalls eine mehr oder minder starke Autonomie erreicht; ein ähnliches Konzept ist Allports funktionelle Autonomie. Alle autonomen Strukturen sind danach jedoch nur relativ unabhängig von Trieben und Konflikten, schließlich sind sie dadurch irgendwie mitgeformt. Rapaport erscheint die Reiz-Reaktionspsychologie als ein „Grenzfall von hohem Autonomiegrad" d. h. hoher Automatisierung. Mit anderen Worten: In Fällen hoher Automatisierung wäre es wohl möglich, den Hintergrund der psychoanalytischen Theorie beiseite zu lassen und Verhalten im Rahmen der Reiz-Reaktionspsychologie zu beschreiben. An dieser Stelle könnte m. E. der Psychoanalytiker systemimmanent bleiben und sich die Lerntheorien in zweierlei Hinsicht zunutze machen: zum Aufbau neuer Verhaltensweisen und zum Abbau automatisierter Symptome. Auch Schultz-Hencke beschrieb in seinen sekundären und tertiären Verarbeitungen automatisierte Symptome bzw. Strukturen, die losgelöst vom ursprünglichen Konflikt bestehen bleiben. Er stellte sie bildlich dar als die Luftwurzeln des Mangrovenbaumes, die, in die Erde gesenkt, den Baum auch noch erhalten, wenn der Stamm längst verdorrt ist. Z. B. wäre also eine Stottersymptomatik denkbar, in der der ursächliche Konflikt weggefallen oder wegtherapiert worden ist, Mechanisierung und Erwartungsangst könnten die Symptomatik durchaus weiter aufrechterhalten. Im Einzelfall gälte es dann zunächst abzuschätzen, wie autonom das Symptom oder die Symptomfolgen geworden sind und ob deren Abhängigkeit vom Konflikt überwindlich ist. Dann gälte es weiter, die individuellen Strukturen primärer Autonomie und die adaptiven Strukturen sekundärer Autonomie daraufhin zu untersuchen, ob und wie sie zum Aufbau neuer Verhaltensweisen — z. B. Arbeitsverhalten, Kontaktverhalten — verwendet werden können, oder ob sie zum Abbau von Verhaltensstörungen heranzuziehen sind. Allgemeine Kriterien über den automatisierten Zustand bestimmter Symptome oder Symptomgruppen gibt es natürlich ebensowenig wie verläßliche Kriterien, an Hand derer sich der Grad der Automatisierung im Einzelfall bestimmen ließe.

Wenn wir mal hypothetisch voraussetzen, automatisierte Verhaltensstörungen könnten schneller oder gar nur mittels verhaltenstherapeutischer Anwendungen beseitigt werden, dann könnte die Zusammenarbeit zwischen Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeut etwa folgendermaßen aussehen:

Der psychoanalytisch arbeitende Kliniker macht eine „Anamnese" und nimmt aufgrund seiner Erfahrungswerte mit diesem bzw. früheren, ähnlich gelagerten Fällen sowie Kenntnis der entsprechenden Literatur Stellung zu folgenden Fragen:

1. Ist der ursprünglich bestehende Konflikt, der das in Frage stehende Symptom ausgelöst hat, überhaupt noch da, und wenn ja, in welcher Stärke?
2. Wie hoch ist etwa die Wahrscheinlichkeit, das Symptom mit psychoanalytischer Behandlung zu beseitigen und wenn ja, in welchem Zeitraum?
3. Welche Arten von adaptiven, relativ autonomen Ich-Funktionen stehen dem Patienten im allgemeinen oder in besonderer Weise zur Verfügung?

Der Verhaltenstherapeut seinerseits macht eine „Verhaltensanalyse", wobei wir voraussetzen müssen, daß er die Entwicklung und Aufrechterhaltung der in Frage stehenden Verhaltensdispositionen anders sieht. Er nimmt dann Stellung etwa zu folgenden Fragen:

1. Inwieweit ist das in Frage stehende Symptom lerntheoretisch erfaßbar?
2. Wie ist aufgrund seiner Erfahrung und Literaturkenntnisse die verhaltenstherapeutische Behandelbarkeit einzuschätzen und was wäre die geschätzte Dauer der Behandlung?
3. Könnte er einen realisierbaren Behandlungsplan aufstellen? Das heißt also: Sind Geräte zur Behandlung von Stotterern vorhanden? Oder: Ist es aus rein äußerlichen Gründen möglich, in-vivo-Übungen unter Aufsicht und Begleitung des Therapeuten oder eines Ko-Therapeuten durchzuführen?

Zur Differentialindikation ergeben sich weiterhin praktische Hinweise aus der Literatur, die immerhin zu einigen sinnvollen Überlegungen führen können.

a) Die Ausprägung der neurotischen Verhaltensstörung

Von seiten der Psychoanalytiker wird den Verhaltenstherapeuten oft zum Vorwurf gemacht, sie behandelten Normale, und das Argument der kürzeren Behandlungsdauer sei dem anzulasten und nicht der besseren Therapieform. Daran ist sicher etwas Richtiges. Nach der Übersicht von Beech (1969, Zit. nach Fürstenau, Psyche 1972) beziehen sich die Experimentalbefunde, auf die sich die Verhaltenstherapie stützt, häufig auf psychisch relativ unauffällige Personen, die eine umgrenzte Angst aufweisen. Aufgrund unserer vorangehenden Überlegungen zu den automatisierten Verhaltensweisen wäre da die Frage aufzuwerfen, inwieweit nicht gerade hier zugrunde liegende Konflikte überwindlich sind, d. h. das symptomatische Verhalten isoliert behandelt werden kann, bei einer sonst vermutlich relativ störungsfreien ich-starken Persönlichkeit.

Von etwas anderem Blickwinkel aus stellen wir uns also eine ähnliche Frage wie bei der Diskussion der automatisierten Symptome: Können wir dem Patienten unter Umgehung psychoanalytischer Kon-

fliktbearbeitung bei einem Spezialproblem helfen? Oder ist es notwendig, in einer langen psychoanalytischen Behandlung seine ganze Persönlichkeitsstruktur zu erschüttern und umzukonstellieren?

Die größte Konkurrenz zur Verhaltenstherapie wird von diesem Aspekt aus wohl in Zukunft die psychoanalytische Kurztherapie sein.

Tatsache ist jedoch, daß z. B. viele Phobien in sehr kurzer Zeit erfolgreich behandelt werden können und im Gegensatz zu den von seiten der Psychoanalytiker oft behaupteten Symptomverschiebungen oft sogar nicht mitbehandelte Verhaltensstörungen geringer werden oder verschwinden (siehe z. B. Rachman und Bergold, 1970). Allerdings wagen sich die Verhaltenstherapeuten auch immer mehr an komplexere bzw. schwerere Verhaltensstörungen heran. Damit ergeben sich gleichzeitig vermehrt Schwierigkeiten bei den lerntheoretischen Erklärungen der Störungen ebenso wie der therapeutischen Eingriffe. Die Behandlungszeiten werden beträchtlich länger und die Erfolge nähern sich denen der internationalen Standards an. — Hier besteht sicher auf beiden Seiten die größte Rivalität und Uneinigkeit, und zwar in bezug auf Theorie und Praxis und den Anspruch auf Patienten.

b) Die Behandelbarkeit der Verhaltensstörungen

Zu den Maßstäben, die die Psychoanalytiker bei der Indikationsstellung und zur Prognose anlegen, gibt Heigl (1972) eine Übersicht. Von seiten der Verhaltenstherapeuten gibt es keine in ähnlicher Weise explizit gemachten Kriterien, obgleich implizit sicher zum Teil nach ähnlichen Kriterien verfahren wird, z. B. bei der Beurteilung der Prognose aufgrund der Dauer der Symptomatik oder des Ausmaßes des Leidens an ihr. Das einzige explizite Kriterium der Verhaltenstherapeuten ist die Anwendbarkeit von Lernprinzipien in der Therapie. Die Einsichts- und Reflexionsfähigkeit des Patienten braucht er nicht notwendigerweise dazu. Ich-Stärke baut er mit seinen Maßnahmen häufig erst auf, ein Arbeitsbündnis wäre für ihn weniger kompliziert und einfacher zu erreichen als für den Analytiker. — Er überlegt aufgrund der Verhaltensanalyse vorwiegend: Wo und wie kann ich die zum gestörten Verhalten führende Reiz-Reaktionskette unterbrechen und mit welchen Verstärkern oder anderen Maßnahmen könnte ich arbeiten, um das Verhalten des Patienten an Hand neuer Erfahrungen konsistent umzuformen bzw. neue Verhaltensweisen aufzubauen? Er kommt dadurch auch dazu, mit Patienten zu arbeiten, die von der Mehrzahl der Analytiker nicht als analysefähig angesehen werden, wie autistische Kinder, Minderbegabte, hirnorganisch geschädigte Personen und Schizophrene. Da diese Bemühungen auch begrenzte Erfolge zeitigen, bedeuten sie eine Erweiterung der Indikationsstellung zur Therapie in bisher sehr stiefmütterlich behandelte, wichtige Bereiche hinein.

Etwas überpointiert könnte man die Unterschiede in den Indikationsstellungen beider Therapeuten dann vielleicht auch so formulieren: Der Psychoanalytiker fragt: Lassen es die Patienteneigenschaften zu, daß ich meine Methode anwende? Der Verhaltenstherapeut fragt: Wie kann ich mein Modell dem Patienten anpassen und läßt sich auf ihn eine meiner bestehenden Techniken anwenden oder kann ich eine für ihn entwickeln?

c) Die zur Verfügung stehenden Techniken

Wir sagten eben, der Verhaltenstherapeut behandele prinpiziell alle Verhaltensstörungen, auf die er seine Lernprinzipien anwenden kann. Auf der anderen Seite haben sich aber in der Verhaltenstherapie bestimmte Behandlungsmethoden entwikkelt, mit denen besonders viel und mit besonderem Erfolg experimentiert und gearbeitet wird, und die oft auch eine gewisse Zuordnung zu bestimmten Symptomen erkennen lassen. In der Praxis scheint sich das so auszuwirken, daß Patienten mit bestimmten Symptomatiken „eher" für den Verhaltenstherapeuten in Frage kommen, also zu ihm hingeschickt bzw. von ihm angenommen werden.

Eine der verbreitetsten und wohl die bekannteste Praktik ist die der Desensibilisierung, die in verschiedener Form, z. B. in der Vorstellung oder in vivo auf Symptome angewandt wird, bei denen die erlebte Angst eine wesentliche Rolle spielt. Das gilt für Phobien aller Art und soziale Ängste. Hier zeitigt die Verhaltenstherapie auch die bisher deutlichsten Erfolge. Einige relativ gut kontrollierte Studien von Gelder und Marx weisen hier auf eine Überlegenheit der Verhaltenstherapie gegenüber verschiedenen anderen Behandlungsmethoden hin, auch gegenüber analytisch orientierten. Dabei zeigte sich jedoch auch, daß „eine psychotherapeutische Vorgeschichte den Erfolg der Verhaltenstherapie beschleunigen kann" (Zit. aus Meyer und Chesser, 1971). Bei Examensängsten, Autoritätsängsten, Kontakt- und sexuellen Ängsten wird die Desensibilisierung auch häufig kombiniert mit verhaltensaufbauenden Techniken wie Selbstsicherheitstraning, das seit ca. drei Jahren in Deutschland auf zunehmende Beachtung stößt (siehe die Veröffentlichungen von Ullrich und Ullrich-de-Muynck). Bei den häufig so therapieresistenten Agoraphobien kann offenbar Reizüberflutung besonders günstig eingesetzt werden (siehe auch dieselben Autoren).

Viele Störungen lassen sich auch gut über rein operantes Konditionieren mit verschiedenen Verstärkerplänen beeinflussen. Beispiele dafür wären: Aufbau von Sprachverhalten bei autistischen Kindern mit bevorzugten Eßwaren, Aufbau selbständiger oder sozialer alltäglicher Verhaltensweisen bei hospitalisierten Schizophrenen mit Münzverstärkungssystemen, Verstärkung sozialen Verhaltens bei Delinquenten durch direkte Belohnung und indirekte Bestrafung, desgleichen Aufbau von Arbeits- oder Lernverhalten bei Kindern und Erwachsenen. Kombinationen mit dem sogenannten Modellernen sind hier ebenso möglich wie bei der Behandlung von Ängsten. — Eine der ältesten, aber die unter ethischen und Erfolgsgesichtspunkten problematischste Technik des operanten Konditionierens ist die Aversionstherapie mit positiven Bestrafungsplänen, vornehmlich angewandt bei Süchtigen, besonders Alkoholismus und sexuellen Perversio-

nen. Neben unerwünschten Seiteneffekten zeigte sich dabei immer stärker, daß Bestrafung überhaupt nur zum Erfolg führen kann, wenn gleichzeitig über positive Verstärkung Alternativreaktionen aufgebaut werden.

Weiterhin sind auch Techniken speziell für ganz bestimmte Symptome entwickelt worden, wie für die Enuresis- und Stottererbehandlung.

Das Wort „Depression" taucht noch selten in den Schlagwortverzeichnissen der verhaltenstherapeutischen Fachliteratur auf. Meiner Meinung nach hat das zwei Gründe: 1) erscheint dieser nosologische Begriff wohl deswegen so wenig, weil er in der verhaltenstherapeutischen Literatur eher in Verhalten beschreibende Begriffe aufgelöst ist (was übrigens auch für andere psychoanalytische Krankheitsbezeichnungen wie „Hysterie" gilt). 2) man weiß noch nicht recht, wie mit bestimmten depressiven Verhalten umzugehen sei. Neue interessante Gesichtspunkte ergäben sich hier jedoch sowohl zu Therapie wie Praxis der verhaltenstherapeutischen Depressionsforschung aus den Untersuchungen Seligmans (z. B. 1972) zu experimentell erzeugtem Verhalten, das er „learned helplessness", d. h. „gelernte Hilflosigkeit" nennt.

Zum Verständnis und zur Behandlung psychosomatischer Symptome wie Ulcus, Colitis, Asthma, Ekzeme usw. findet der Verhaltenstherapeut ebenfalls noch schwer einen Zugang, jedoch bemüht man sich von der psychophysiologischen Forschung herkommend auch mehr und mehr um einen Zugang (siehe z. B. Birbaumer in dem Handbuch von Kraiker, 1974).

Für die Verhaltenstherapeuten sind nicht nur die zuletzt genannten Krankheitsbilder lerntheoretisch schwer faßbar, sondern auch die lerntheoretischen Hintergründe der weiter oben zitierten häufig verwandten Techniken sind oft unbefriedigend geklärt und Gegenstand heftiger Kontroversen unter ihnen.

Stellungnahme zur Frage 3

„Wie beurteilen Sie die Gefahr einer Indoktrination des Patienten bei verhaltenstherapeutischen Anwendungen?

Ich habe mir zunächst überlegt, wie es überhaupt zu dieser bereits tendenziösen Frage kommt. Sie hat höchstwahrscheinlich ihren Ursprung darin, daß der Verhaltenstherapeut mit dem Patienten aufgrund der Verhaltensanalyse ein bestimmtes Zielverhalten vereinbart, das auch erreicht werden sollte. Der Psychoanalytiker läßt — das gilt nur für die Langanalyse — anscheinend in seiner Behandlungsform alles offen. Das Ziel ist unbestimmt, es verändert sich laufend. Der Behandelnde geht die Wege mit, die der Patient einschlägt. Nun machen sich die Vertreter beider Richtungen hier besondere Vorwürfe. (Siehe z. B. in der Radiodiskussion, die in Bachmann, 1972, abgedruckt ist.) Das weist darauf hin, in welchem Maße diese Frage mit sehr persönlichen Wertvorstellungen geladen ist.

Der Verhaltenstherapeut argumentiert mit Blick auf die Psychoanalyse etwa wie folgt: Autorität ausgeübt und Einfluß genommen werde in jedweder Behandlung. Anders sei eine Therapie nicht denkbar, und man müsse sich darüber klar sein, daß man das tue. Er sei eher bereit, offen zu dieser Einflußnahme zu stehen. Er meint, die bessere moralische Einstellung auf seiner Seite zu haben, weil er das Ziel zusammen mit dem Patienten definiert und natürlich nur behandelt, wenn ein entsprechendes Agreement zustande gekommen ist. Er schlägt dem Patienten den Weg vor und kann ihn beschreiben. Er erklärt dem Patienten das Wesentliche an den Lernprinzipien, die er anwenden möchte. Die Behandlung sei so für den Patienten durchsichtig. Der Patient könne Ziel und Procedere überschauen und könne so zustimmen oder ablehnen. Die gemeinsamen Zielsetzungen könnten durchaus sukzessiven Veränderungen unterworfen sein bei neu auftretenden Aspekten in der begonnenen Behandlung. Der Verhaltenstherapeut sieht hier durchaus keine Einschränkungen in der Freiheit des Patienten. Er sieht im Gegenteil die größere Einschränkung der freien Willensentscheidung in der Technik der Psychoanalyse. Die Technik werde nicht genügend expliziert, und der Patient könne sich dagegen nicht zur Wehr setzen. Es finde eine latente, für den Patienten nicht durchschaubare Manipulation statt. Der Psychoanalytiker vertraue darauf, daß der Patient mit seiner Hilfe und Technik schon den für ihn richtigen Weg bei unbestimmtem Ziel finden werde.

Der Psychoanalytiker argumentiert dagegen, daß eine Zielbestimmung wie in der Verhaltenstherapie den Patienten festlegen würde. Daß mit der Gewinnung neuer Einsichten und verändertem Erleben dessen Ziele sich ständig ändern, und daß nur so der Patient ständig die gerade höchstmöglichen Freiheitsgrade hat und nur so zur größtmöglichen Selbstbestimmung kommen kann. Dies aber erst bedeute psychische Gesundheit und dies werde nur durch die psychoanalytische Technik ermöglicht. Bezüglich des Vorwurfs der latenten Manipulation möchte ich Greenson (1973) zitieren, der die latente Manipulation und Suggestion als Werkzeuge des Analytikers erkennt und anerkennt, aber sagt: „alle nichtautonomen therapeutischen Einflüsse auf den Patienten müssen schließlich bewußt gemacht und analysiert werden".

Ich selbst meine, daß die Haltung des Therapeuten das Entscheidende ist, und die Vorwürfe der Psychoanalytiker an die Verhaltenstherapeuten und die der Verhaltenstherapeuten an die Psychoanalytiker dann an realer Bedeutung verlieren, wenn der Therapeut sich gemeinsam mit seinem Gegenüber, dem Patienten, dem Kampf gegen die Krankheit widmet: Dann würde er, ob Verhaltenstherapeut, ob Psychoanalytiker, die unter Umständen sich verändernden Probleme und Bedürfnisse nach seinem Vermögen und auf seine Weise zu registrieren versuchen. Er würde auch bereit sein, ständig zu überprüfen, inwieweit er sich aufgrund seiner persönlichen Anschauung bezüglich des einzelnen und der Gesellschaft dafür einsetzen kann. Er würde ständig versuchen zu prüfen, inwieweit seine Fähigkeiten und Techniken dem Patienten angemessen sind und schließlich inwieweit er den Patienten als ein selbst-

verantwortliches Gegenüber behandelt oder als eine zu manipulierende Sache.

Stellungnahme zur Frage 4

„Wie stellen Sie sich die Supervision von Verhaltenstherapie in einer psychotherapeutischen Institution vor, in der auch oder vornehmlich psychoanalytisch orientiert behandelt wird?"

Diese Frage kann meines Erachtens relativ kurz behandelt werden. Es sollte versucht werden, mit der Zeit Verhaltenstherapien nur noch von solchen Personen durchführen zu lassen, die vom Berufsverband der Verhaltenstherapeuten anerkannt sind. Der Verhaltenstherapeut sollte dann allerdings im Team relativ selbständig arbeiten können, jedoch nach Absprache mit dem Analytiker, wie oben beschrieben. Er kann seinen Kollegen und Vorgesetzten den verhaltenstherapeutischen Plan ebenso durchsichtig machen wie dem Patienten und damit auch Einwänden zugänglich. Supervision wie bei analytisch arbeitenden, in Ausbildung befindlichen Therapeuten wäre dann weniger wichtig als ständige Koordination und Diskussion bezüglich des therapeutischen Vorgehens.

Stellungnahme zur Frage 5

„Wird von dem Verhaltenstherapeuten die Interaktion von Therapeut und Patient mit untersucht bzw. einbezogen?"

Die Bedeutung der Interaktion zwischen dem Therapeuten und Patienten ist in der verhaltenstherapeutischen Literatur kaum erwähnt. Wenn dieser Fragenkomplex jedoch diskutiert wird (z. B. von Bandura, 1969, von Kanfer und Phillips, 1970, von Meyer und Chesser, 1971) wird dieser Interaktion eine ausgeprägte Bedeutung zuerkannt. Einige Untersuchungen gibt es im verhaltenstherapeutischen Bereich dazu, die meisten jedoch wurden in der Schule von Rogers (im deutschen Raum im Rahmen der Gesprächstherapie) erhoben, aber auch im sozialpsychologischen Bereich. Die vorhandenen Untersuchungen weisen auf eine deutliche, von der speziellen Therapieform unabhängige Bedeutung der persönlichkeitsspezifischen Therapeuten- und Patientenvariablen hin sowie auf die Art der Kommunikation, verbal wie nichtverbal. Die theoretische Formulierung dieser Prozesse ist in den verschiedenen Therapieformen unterschiedlich. „So kann man beispielsweise die emotionale Beziehung, die sich zwischen dem Patienten und Therapeuten entwickelt, im psychoanalytischen Sprachgebrauch als Übertragung emotionaler Reaktionen, die sich in der Kindheit gegenüber den Eltern zeigten, auf den Therapeuten bezeichnen; in der Sprache des klassischen Konditionierens ist der Therapeut ein bedingter Reiz, der emotionale Reaktionen auslöst, während in der Sprache des operanten Konditionierens der Therapeut als eine starke Quelle diskriminativer und verstärkender Reize, vor allem sozialer Reize aufgefaßt werden kann." (Zitat nach Meyer und Chesser, 1971). Bandura (1969) hat immer wieder darauf hingewiesen, daß der Therapeut als hochgeschätztes Modell handelt. Meiner Meinung nach wird jedoch die vollständige Erfassung der Interaktion nur über das bei den Psychoanalytikern zusätzliche Gegenübertragungskonzept, also im Übertragungs-Gegenübertragungskonzept, versucht. Das vorangehende Zitat weist darauf hin, in welcher Form in der Verhaltenstherapie versucht wird, Beziehungen zu erfassen und therapeutisch nutzbar zu machen. Um nochmal deutlich herauszustellen, wie diese Frage z. Z. in der Verhaltenstherapie behandelt wird, ein Zitat von Bayer (in Kraiker, 1974): „In der Verhaltenstherapie liegen bis heute keine Untersuchungen zum Einfluß von Persönlichkeitsvariablen des Therapeuten auf Technikvariablen oder Patientenvavariablen vor". Und später sagt er: „Neben der eigentlichen technischen Intervention können unspezifische Interaktionsvariable betrachtet werden, die, sobald sie als unabhängige Variablen untersucht sind, in das sozialtechnische Methodeninventar des Therapeuten übergehen." Es wird also versucht, das Verhalten der Therapeuten klar zu erfassen, und dann als Faktor in der Technik mitzuverwenden. Es ist dann sozusagen Instrument. Beispiele dafür sind: Therapeut als Modell, Wirkung der Instruktionen, Rückmeldung des Therapiefortschritts, verbales Konditionieren. Bayer sagt weiter: „Nur Behandlungseffekte, die sich im Sinne des nichttechnischen Therapeutenverhaltens nicht operationaliseren lassen, sollten als Placebo-Effekte bezeichnet werden." Hier bin ich mit Fürstenau (Psyche 1972) einer Meinung, daß die Verhaltenstherapie bei aller Wissenschaftlichkeit eine gefährliche vorwissenschaftliche Komponente enthält, wenn Behandlungseffekte, die nicht durch gezielt eingesetzte „Therapeutenvariablen" zustande kommen, als Placebo-Effekte abgetan werden. Auch ein Placebo-Effekt hat sozusagen seinen guten Grund.

Die Verhaltenstherapeuten Kamfer und Phillips (1970) nennen einige Gründe für die Schwierigkeit in der Untersuchung dieser Interaktionsvariablen. Sie seien in unterschiedlichster Weise definiert worden, vielfältig und überlappend. Sie seien schwierig zu operationalisieren und zu messen. Man wisse wenig über übergeordnete Faktoren, zu denen die untersuchten Variablen, also das äußerlich sichtbare Verhalten, Bezug haben könnten. So ginge der Verhaltenstherapeut bei der Beschreibung eines Interaktionsmechanismus das Risiko ein, sich auf interaktionelle Variablen zu konzentrieren, deren Effekte relativ trivial oder indirekt sind. Mit ein Grund für diese Schwierigkeiten ist wohl auch, daß für den Verhaltenstherapeuten hinter der Interaktion keine Metapsychologie steht, die diese erklären kann.

Literatur

Bandura, A.: „Principles of Behavior Modification", Holt, Rinehart & Winston, 1969

Bayer, G.: „Methodische Probleme der Verhaltenstherapieforschung" in: Kraiker, Ch. (Hrsg.), 1974, S. 151 bis 173

Beech, H. R.: „Changing Man's Behaviour", Harmondsworth, 1969

Birbaumer, N.: „Zur Anwendung psychophysiologischer Methoden in der Verhaltensmodifikation" in: Kraiker, Ch. (Hrsg.), 1974, S. 225 bis 254

Dollard, J. & Miller, N. E.: „Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking and Culture", McGraw-Hill, N. Y. 1950

Fürstenau, P.: „Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung" in: Bachmann, C. H. (Hrsg.) „Psychoanalyse und Verhaltenstherapie", Fischer 6171, 1972

Greenson, R. R.: dt: „Technik und Praxis der Psychoanalyse", Bd. 1, Klett 1973 (1. am. Ed.: 1967)

Hartmann, H.: „Ich-Psychologie und Anpassungsproblem", Klett, 1970²

Heigl, F.: „Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie", Verlag für Medizinische Psychologie, 1972

Kraiker, Ch.: „Bemerkungen über die empirischen und theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie" in: Kraiker, Ch. (Hrsg.), 1974, S. 11 bis 32

Kraiker, Ch. (Hrsg.): „Handbuch der Verhaltenstherapie", Kindler, 1974

Kanfer, F. H. & Phillips, Jeanne S.: „Learning Foundation of Behavior Therapy", John Wiley & Sons, Inc., 1970

Laplanche, J. & Potalis, J. B.: „Das Vokabular der Psychoanalyse", Bd. 1, Suhrkamp TB — Wissenschaft 7, 1973

Meyer, V. & Chesser, E. S.: Dt. Übersetzung von: Gottwald, P. & Heyse, H.: „Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie", Thieme, 1971

Rachman, S. & Bergold, J. B.: „Verhaltenstherapie bei Phobien" Fortschritte der Klinischen Psychologie 1, Urban & Schwarzenberg, 1970

Radaport, D. dt: „Die Struktur der psychoanalytischen Theorie", Klett 1970², (1. engl. Ed.: 1960)

Seligman, M. E.: „Learned helplessness", Annual Review of Medicine, 1972, 23, 407—412

Anhörung von Prof. Dr. P. Fürstenau, einschließlich der Diskussion zu Fragen der Institutionsberatung

(Bereinigtes Wortprotokoll, 17. Mai 1974)

Teilnehmer: E. Enke-Ferchland, H. Esslinger, H. Friedrich, C. Nedelmann, H. Ockel, H. Radebold, H. E. Richter, D. Röhr, G. Schwab, J. Zauner

Abkürzungen: F = Prof. Dr. P. Fürstenau
D = Diskussionsteilnehmer

D Wo liegen die Aufgaben der Institutionsberatung: 1. Sind die Ziele gleich vom Klienten vorgegeben? 2. Kann der Institutionsberater eigene Ziele verfolgen?

F Institutionsberatung ist ja keine feststehende Profession, sondern ist im Grunde ein ziemlich globaler, unklarer Begriff für sehr viele verschiedene Dinge, mögliche Dinge, so daß es teils von den Klienten her eine Frage ist, was sie unter Institutionsberatung verstehen, wofür sie eine Beratung wollen — und eine Frage, wie der Berater sich versteht, wie seine Identität, seine professionelle Orientierung ist, seine Methodik und seine Kompetenz, so daß es also am einfachsten ist, hier zu fragen: welche Aufgaben sind gegeben bzw. welche Ziele und dann sich zu fragen, welche Beratungsangebote wären imstande, dieser Zielsetzung zu entsprechen, und dann eine weitere Frage: gibt es Leute, die Beratungsangebote machen können?

D Gibt es, sagen wir bei diesem, wie unklar auch immer, abgegrenzten Berufsbild des Institutionsberaters heute schon außer Ihnen eine Zahl von Leuten und wieviele? Gibt es Aussichten, diese Zahl zu vermehren und welche Chancen gäbe es dann, diese Leute für solche sozialen Institutionen, um die wir uns hier in unserer Enquête kümmern müssen, zu gewinnen?

F Dazu müßte man nochmal etwas zurückgreifen, was es bisher an Beratern in diesem Bereich gibt. Die Hauptberatungen beziehen sich auf umgrenzte technologische Dinge. Es gibt also Beratung zur Einführung neuer Kommunikations- und Informationssysteme, z. B. EDV-Einrichtungsberatungen. Es gibt Organisationsberatungen, die im engeren Sinne organisatorische Reformen, Rationalisierungen durchführen. Es gibt Beratungen, die Arbeitsanalysen und darauf beruhende Organisationsformen betreiben. Das sind also Bedürfnisse, die aus dem industriellen Bereich, Unternehmensbereich, einschließlich Verwaltung, also Büro, Industrieverwaltung und öffentliche Verwaltung gekommen sind.

Das Problem, das zunehmend deutlich wird, ist, daß diese begrenzten Beratungen bei der Realisierung früher oder später scheitern, so daß jetzt eine neue Marktlücke entsteht und ein neuer Beratungsberuf, nämlich die Beratung bei der Realisierung von per Beratung vorgeschlagenen Projekten.

Ich war neulich in einem Industriebetrieb, und da wurde mir gesagt, wir machen hier für unsere Branche, Maschinenbau-Industrie, Beratung, aber wir stoßen auf die Schwierigkeit, daß die Firmen unsere Vorschläge nicht realisieren können. Sie sind so zerstritten in der Geschäftsführung, daß sie das nicht können. Das ist der Ort, wo die Beratung, die ich anbieten kann, ergänzend mit ins Spiel kommen kann.

Es gibt für spezielle Organisations- und technologische Fragen sicher auch Angebote für soziale Dienstleistungsbetriebe, wie etwa große Anstalten, Krankenanstalten verschiedenster Art, Versorgungsinstitutionen, die im medizinischen Bereich nutzbar gemacht werden können. Aber es ist die Frage, gerade in der Psychotherapie und Psychiatrie, wie weit das wirklich sinnvoll für eine von ihnen wohl angestrebte Psychologisierung dieses Bereiches gemacht werden kann. Das würde ja heißen, es müßten hier eben Leute sein, die entweder selber fachliche psychotherapeutische Fähigkeiten und organisatorische, institutionelle integrieren oder kooperieren. Entweder müßten sie selber beides vertreten, oder sie müssen kooperieren mit entsprechenden Partnern im Beratungsprojekt. Es gibt nicht viele Leute, die einen fachlich-psychotherapeutischen Background haben und einen institutionssoziologischen oder einen organisationswissenschaftlichen.

D Wir haben uns gestern so bestimmte Gliederungen der Systeme, mit denen wir es hier zu tun haben, überlegt. Da wäre ein Bereich zunächst Institutionen, wie Schule, Kindergarten, d. h. also Institutionen, die zunächst noch nicht irgendwie psychotherapeutischen Zwecken dienen, Institutionen, in denen Pädagogik betrieben wird, und gerade Sozialisationsschäden entstehen.

Es ist utopisch, wenn wir für diese Institutionen fordern würden, in Zukunft die Chancen der Institutionsberatung auszunützen, obgleich die Institutionen das nicht wollen, die Behörden das nicht wollen und vielleicht die Institutionsberater es auch nicht wollen, weil es für sie viel

leichter ist zu arbeiten mit Institutionen, die vom Profitinteresse her viel mehr Bedürfnisdruck haben.

F Das wäre ein interessantes Thema: die Motivation und die damit gegebenen Beratungschancen überhaupt in diesem Bereich. Aber vorher zu der speziellen Frage, wie es im vormedizinischen, psychohygienisch relevanten Bereich aussieht. Da ist es zum Teil etwas besser, denn es gibt heute schon, im Zusammenhang mit sehr vielen Reformprojekten und Modellversuchen über große Schulsysteme, Gesamtschulprojekte und andere sogenannte pädagogische Begleitforschung, die mehr oder minder zum Teil auch solche Beratungsfunktionen mit enthalten. Nun ist das wahrscheinlich auf das Ganze gesehen minimal, aber es ist doch im Bereich auffällig. Man stößt immer wieder auf Kollegen, junge Pädagogen, Sozialwissenschaftler, die in den verschiedenen Bundesländern an ausgewählten Modellversuchen tätig sind. Es setzt sich da doch die Einsicht durch, daß so etwas irgendwie sinnvoll ist. Es ist zumindest in der Erprobung; es ist schon Usus in bezug auf Modelle, und das ist ja auch schon viel wert, weil es doch eine gewisse Vertrautheit bahnt mit diesen Dingen. Es gibt schon gewisse Ansätze, den Beratungsdienst über diese traditionelle Schulpsychologie, d. h. beim Schüler psychologische Beratung, und über eine Karriereberatung in der Schule hinaus auch auf die Schulgemeinde Kooperationsprobleme von Lehrern und Schülern und Führung der Schule als Großorganisation auszudehnen. Hier sind also am ehesten, würde ich sagen, im Augenblick auch öffentlich anerkannte und praktizierte Ansätze in bestimmten Bereichen zu finden.

D Sie sagten, daß es wichtig sei, beide Gesichtspunkte zu haben: Einmal mehr den organisationssoziologischen und zum anderen mehr den psychosozialen, sozialpsychologischen, dann aber auch speziell den psychotherapeutischen Gesichtspunkt.

Beim organisationssoziologischen würde mich interessieren, wie gehen sie als Berater vor, wie erfolgt die organisationssoziologische Analyse; und zum anderen, wie kann sie überhaupt, etwa mit der psychodynamisch-psychoanalytischen Betrachtungsweise, in Zusammenhang gebracht werden. Das sind ja erstmals zwei verschiedene theoretische Dimensionen, die nicht notwendig von ihrem Ansatz her kongruent sind.

F Was den Ansatz betrifft, also die Frage wie weit Erhebungsmethoden nötig sind, das hängt von der Größe der Organisation ab. Erhebungsmethoden müssen durchaus angesetzt werden, wenn Institutionen entsprechender Größenordnung nicht einfach zu übersehen sind oder durch Gruppendiskussionen und Interviewverfahren nicht durchscheinbar gemacht werden können. Man muß dann nach Umfragen greifen. Da liegt keine Abgrenzung vor, das ist eine methodische Frage im Hinblick auf die Größenordnung der Institution.

Und die zweite Frage, über die Zusammenhänge dieser beiden disparaten Bereiche: das hängt eben von der konzeptuellen Orientierung des Beraters ab. Ein analytisch orientierter Berater würde heute durchaus Möglichkeiten haben, von der Einzelperson über Gruppe bis zur Institution ein kohärentes Bezugssystem, ja, konzeptuelles Bezugssystem zur Verfügung zu haben, wo er alle Informationen einordnen kann. Das gibt es ja; nur wie weit faktisch Berater diese Orientierung haben, ist offen. Viele, die z. B. nur psychoanalytisch-klinisch gearbeitet haben, haben das nicht ohne weiteres. Deswegen sind Supervisionen, die von klinischen Analytikern in Institutionen gemacht werden, nicht immer Institutionsberatung, sondern können auch disfunktional werden für den Verlauf der Institution. An der Stelle kann man für diesen Kreis am ehesten, glaube ich, demonstrieren, daß diese doppelte Orientierung wichtig ist. Und das ist möglich, eine einheitliche Sicht zu teilen, aber es setzt voraus, daß man dann die Daten, die man gewinnt, natürlich in bezug auf psychosoziale Relevanz interpretieren kann, und daß man eben auch die Nahtstellen beobachtet, wo organisatorische Faktoren sozusagen menschlich relevant wären.

D Ich kann mir einmal einen Vorgang einer Institutionsberatung vorstellen, der sich vielleicht auch in Abständen wiederholen könnte, daß ein Institutionsberater oder ein entsprechendes Team in eine Institution geht, sich dort Informationen verschafft, eventuell in einer größeren Institution auch noch Erhebungsmöglichkeiten ausschöpft und dann dort in irgendeiner Weise mit den beteiligten Gruppen Gespräche führt, sie dann also auf irgendwelche innovativen Einfälle bringt, wie man miteinander anders umgehen kann oder organisatorische Verbesserungen realisieren könnte usw.

Ein ganz anderes Modell könnte ja auch das sein, daß man in Institutionen tätige Leute dadurch sensibilisiert, daß sie eigentlich — ich meine, so etwas, was man sich früher einmal vom Schulpsychologen vorgestellt hat, aber was er nicht machen kann — in irgendeiner Form von Ausbildung die Möglichkeit erhalten, trotz ihrer Verflechtung und wohl auch Abhängigkeit in einem sozialen Feld doch kontinuierlich in diesem Bereich als Berater zu wirken.

Das würde heißen, daß man dort sowohl als Gruppenmitglied arbeitet als auch kontinuierlich Strategien mitentwickelt. Ist das also in der Regel eher zum Scheitern verurteilt nach Ihren Erfahrungen, oder gibt es irgendwelche Ansätze, das zu verfolgen?

F Also konzeptiell gibt es nur diese beiden Möglichkeiten: interne und externe Beratung. Die Interne haben wir hier an einem Beispiel mal in

einem Seminar über zwei Semester durchdiskutiert. Der Landeswohlfahrtsverband hier, der Träger der öffentlichen Heimerziehung ist, hat eine interne Beratungsgruppe gebildet, und es wurde ganz deutlich, daß diese Gruppe eben mit einer unklaren Beratungskompetenz, unklaren Abgrenzung zu der weisungsbefugten Hierarchie versehen worden ist. Diese Gruppe hatte zugleich die Fachaufsicht und Verwaltungsaufsicht über diese Heime, und das führte also zu schlimmsten Verhältnissen. Prinzipiell ist das möglich und die großen Firmen haben zum großen Teil auch eigenen Service auf diesem Gebiet. Sie schaffen sich eigene Beratungsgremien und eigene Abteilungen, die ihnen bestimmte, z. B. Personaltrainingsaufgaben abnehmen. Das Problem ist eben nur meistens, daß damit eine größere Abhängigkeit von der Geschäftsführung natürlich gegeben ist, von der Institution, obgleich das an sich billiger ist, die Ausschöpfung der Fachkräfte besser ist, und eine kontinuierliche, planbezogene, wirkliche Veränderungsarbeit möglich wäre. Praktisch kann es aber auch sein, daß das auf dasselbe hinausläuft, denn wenn ich mit einer externen Beratergruppe oder einem Einzelnen einen längerfristigen Vertrag schließe für ein solches Projekt, ist es eine Rechtsfrage, ist er nun Angestellter oder freier Mitarbeiter. Damit kommt man aber auf das eigentliche Problem, wie weit die Institution wirklich eine klare Vorstellung hat über das Ziel, den Weg und die Motivation. Das war die erste Frage praktisch. Wenn die Institution klar weiß, was sie will, dann ist es relativ einfach, vielleicht auch noch einen Berater auszuwählen, der dazu paßt und ein solches Verfahren dann auch wirklich durchzuführen.

D Kann eine Institution das?

F Man könnte ja annehmen, wenn sie es nicht weiß, dann ist die Beratung so gut wie hoffnungslos. Dann würde die ganze Last und Verantwortung über die Institution beim Berater liegen, und das ist eigentlich eine Umkehrung der Verantwortungs-Verwaltungs- und Managementverhältnisse. Das ist eine sehr entscheidende Geschichte. Es kippt nämlich bei sozialen Institutionen nach meiner Erfahrung sehr leicht um, so daß die ganze Institution sich im Grunde abhängig macht vom Berater, regrediert, keine klaren Vorstellungen selber hat, was sie wirklich will, sondern jetzt sich vom Berater definieren läßt. Im Schulbereich ist es durch die Gesetzgebung und durch klare Normierungen etwas anderes. Aber im psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich, überhaupt im medizinischen, wo im Grunde letzten Endes jede Institution selber entscheidet, was für sie fachlich vertretbar richtig ist, da ist es sehr offen, da es keine ganz klaren Orientierungen gibt. Es ist sehr offen, was die Institution überhaupt will, und wohin sie will, und wer das will. Von daher bekommt die Beratung eher so etwas Abenteuercharakter, wird unübersehbar, und ist auch nicht mehr so sehr planungsmäßig in einer Konzeption einzubauen.

F Was Herr Richter eben nannte, das wäre ein wunderbar schönes rationales Vorgehen. Eine Institution sagt, wir haben das und das Problem, mach uns einen Plan bezogen auf unsere möglichen Verhältnisse, dann machen wir ein Stück alleine, und dann haben wir wieder eine Schwierigkeit, dann konsultieren wir dich wieder. Das ist aber in diesem Psychobereich sehr unwahrscheinlich, daß das so funktioniert, weil schon die Zielsetzung, das Sich-klar-werden, was man überhaupt will, etwas sehr schwieriges ist, weil das Fachpersonal in Psychoinstitutionen keinerlei Interesse an Organisation hat. Jeder will nur behandeln, beraten, mit Menschen umgehen. Keiner hat irgendeinen Sinn für Organisation.

Man macht z. B. Veränderungen in einer Krankenanstalt, ohne zu beachten, daß man den Eingang kontrollieren muß. Es strömen also wahllos Patienten weiter ein, und man ist längst nicht mehr auf sie eingestellt. Das sind alles Interdependenzen, die nicht beachtet werden, das gehört zum Organisationsdenken, aber nicht zum fachlichen, direkten Umgang mit den Menschen. Ein Hauptproblem besteht darin, daß viele Menschen eine unmittelbare Befriedigung suchen in einer helfenden, heilenden Beziehung zu konkreten anderen Menschen und erwarten, daß die Verwaltung oder irgendwer, ohne sie zu behelligen, die Bedingungen schafft, unter denen sie genau ihr Bedürfnis befriedigen können, noch dazu mit Erfolg. Und das ist außerordentlich schwierig zu machen, sowohl für die Verwaltung wie für Berater, ob intern oder extern.

D Wie definieren Sie denn dann Ihre Rolle als Berater, wenn Sie mit solchen Gruppen und Institutionen zu tun haben?

F Das ist außerordentlich schwierig. Es führt nun in alle möglichen methodischen Fragen, z. B. die Frage der kontinuierlichen Beratung oder begrenzten Beratung. Es gibt Möglichkeiten, diese Regressionsneigung, daß man sozusagen im geheimen Chef der Institution wird, dadurch auszuschließen, daß man die Beratung terminiert, daß man sagt, drei Jahre, ein Jahr und dann noch ein Jahr und noch ein Jahr, und daß man dann sagt, also jetzt das letzte Jahr, sonst regredieren alle, und daß alle dann wissen, sie sind dann im vierten Jahr wieder allein und tragen selber die Verantwortung. Das ist ein Punkt z. B., womit man einen Teil dieser Dinge verhindert, aber es ist außerordentlich schwierig. Ein zweiter wichtiger Punkt ist, daß man eine solche Beratung, nach meiner Erfahrung nur durchführen kann, wenn man eine gute Kooperation mit der Spitze der Institution hat, sonst wird man in die Dynamik der Institution eingebaut. Man kann dann irgendwelchen Gruppen, Stationen unter Teilaspekten irgendeine Hilfe vielleicht geben, aber

einen wirklichen Effekt für die gesamte Institution hat das nicht. Man kann natürlich viel fordern, und es ist sicher auch gut, wenn man solche Rollen oder Funktionen überhaupt bereitstellt. Wenn man also sagt, es sollte nicht große Krankenanstalten geben, ohne daß es solche Rollen gibt. Aber ob das schon sozusagen eine Erfolgsgarantie bietet, hängt eben von sehr vielen konstellativen Faktoren ab.

D Ich habe da noch eine Zwischenfrage:

Wenn ich Sie vorher recht verstanden habe, meinten Sie ja, daß so eine Institutionsberatung dann nur sinnvoll ist, wenn die entsprechende Gruppe eigentlich schon eine bestimmte Zielvorstellung hat. Auf der anderen Seite versuche ich mir das geschwind so aus dem Therapiebereich zu überlegen. Das ist doch ein bißchen ähnlich, wie wenn ein Patient zunächst ja mit einem gewissen Leidensdruck, aber noch nicht unbedingt mit einer Krankheitseinsicht kommt, d. h., wie weit ist so etwas eigentlich erst zu entwickeln, ich dachte etwa an ein Heim. Wie weit sind da gerade die Zielvorstellungen noch gar nicht offenkundig, und ist das nicht erst die Aufgabe?

F Also, der erste Schritt ist doch allgemein eine Beratung über die Zielfindung. Nur ist es eben häufig so, daß man schon nach diesem Schritt nicht zu Stuhle kommt. Daß eben das Ziel soweit offen bleibt und häufig keine wirkliche Klarheit entsteht, wie sie sich etwa im industriellen Bereich in Zusammenhang mit technologischen Alternativen bieten, wo also das Soziosystem sich dem technischen irgendwie angleichen und in irgendeiner präzisen Beziehung dazu entfalten muß. Es gibt Alternativen, aber durch das technische System wird doch eine gewisse Präzision des Soziosystems nahegelegt. Solche Präzisierungen fehlen eben in diesem Bereich ganz, und wenn sie an die Fluktuation des Personals denken und der verschiedenen Orientierungen, fachlichen Vorbildung des Personals, wird nun deutlich, wie schwierig das ist, auch nur sein kann, eine Heimkonzeption in einem Heim zu entwickeln, über Ziel und Methoden sich klar zu werden.

D Ich möchte doch mal gern auch den Blick darauf lenken, wozu uns die Institutionsberatung nützen kann, u. a. in der Betreuung der psychisch Kranken oder in der Prävention von psychischer Krankheit. Ich glaube, daß gerade die psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen eine Institutionsberatung gut vertragen können, weil gerade die Konflikthäufung im Umgang mit psychosozialen Störungen wiederum so viel konfliktbaltiges Material selbst in die Institution hineinträgt, daß also die Institution krank werden kann und daß eine Therapie der Therapieinstitution nötig ist. Es ist für mich noch eine Frage, die auch bei uns, in unserer Arbeitsgruppe immer wieder kam. Es entsteht ja immer wieder die Gefahr, genau wie für die Therapeuten sowie die Institutionsberater, daß sie gerufen werden, um eigentlich nur beschwichtigend eine Auffälligkeit wieder in den Zustand der Unauffälligkeit zu versetzen. Ich würde mir vorstellen, in einem Gefängnis gibt es eine Meuterei, oder in einem Heim gibt es einen Massenausbruch einer Kindergruppe, oder in einer Schule gibt es mehrere Suicidfälle. Daß dann die Behörde kommt und sagt, hier müssen wir nach dem Rechten sehen, also da muß jetzt jemand mal hin, dessen Ziel sollte eigentlich mal sein, dafür zu sorgen, erst einmal festzustellen, durch welche Umstände kommt es zu der Meuterei oder diesem Massenausbruch oder den Suicidfällen, und der soll also jetzt helfen zu verhindern, daß das in Zukunft passiert, was ja eigentlich dann das Ziel vielfach wäre, die Sache soll wieder unauffällig laufen. Aber bei unserer gestrigen Überlegung, wie kann man also Institutionen wie Schule, Heim so verändern, daß die Sozialisation neue und fortschrittliche Akzente bekommt, ist da Institutionsberatung chancenreich? Wird sie speziell für solche Ziele hier auch benutzt, oder wird sie eigentlich mehr benutzt zur Disziplinierung oder zum Unauffälligmachen von Konflikten, die irgendwie ein schlechtes Bild ergeben, einer Schulbehörde nach außen etwa und der Partei, die ja für das Schulamt verantwortlich ist.

F Das ist eine ökonomische Frage im Grunde, denn die Institutionsberatung ist ja eine Managementersatzfunktion, d. h. das, was das Management nicht gut leisten kann, das wird zunächst extern oder jedenfalls in besonderen Rollen partiell bereitgestellt von einem Berater. Die Vorstellung ist, daß ein gutes Management einer solchen Institution die Leistung selbst erbringen kann. Von daher ist es jetzt eine Frage bei großen Verwaltungskörpern, wo die Beratung ansetzt, und dann ist es natürlich am sinnvollsten, sie ganz anzusetzen und auch am billigsten. Die Beratung der einzelnen Institutionen durch hochqualifizierte Berater ist wahrscheinlich utopisch, weil es nicht genügend Leute gibt. Es könnte sein, daß es im Schulbereich etwas günstiger ist, weil Lehrer in den nächsten Jahren im Überangebot sein werden und dann die Möglichkeit bestünde, eben Speziallehrer, Beratungslehrer für Kooperation auszubilden. Sie würden dann aber im wesentlichen eine solche Beschwichtigungsfunktion haben, und die zentralen Einflüsse würden wahrscheinlich mehr oben in der Beratung von Ministerien und zentralen Gruppen liegen. Hier liegt ein Kostenpunkt: An sich ist auf jedem Niveau der fachlichen Arbeit und der Verantwortung bis zur unmittelbaren Arbeit am Klienten, am Patienten, am Schüler eine Beratung möglich, aber sie ist zu teuer, daß der Gedanke doch entsteht, man müßte die verantwortlichen Leute instandsetzen, daß sie das selber tun.

Beratung kann nur soweit gehen, wie das Vertrauen und die wachsende Einsichtsfähigkeit der

Klientel geht, aber letzten Endes ist sie begrenzt an der Stelle, wo eben der Klient seine Grenzen hat oder seine Grenzen setzt, z. B. sinnvoll seine Grenzen setzt durch politische Präferenzentscheidung und sagt, für Psychiatrie und für Schule haben wir jetzt nicht mehr 6 Millionen, sondern nur noch 3 Millionen und wir müssen kürzen. Dann könnte durchaus durch solche Präferenzentscheidung eine solche Beratung wegfallen. Es sind also letzten Endes Beratungsdienste eben nicht organisatorisch sozusagen voll eingeplante Dienste, sondern es sind irgendwie freie Dienste. Denn wenn man sie wirklich einplant, dann müßte man wahrscheinlich in die Institutionen von vornherein Innovationsdienstleistungsabteilungen institutionalisieren. Das ist im Grunde das, was ein moderner Betrieb auch hat: Planungs- und Entwicklungsabteilungen. Diese Abteilungen stellen eine kontinuierliche innovative Arbeit (Informationen, Materialien, Unterlagen und Ausarbeitung) für die Managementgruppe bereit. Das ist eine rationale Konstruktion. Bei Beratung geht es mir darum, sich zu fragen, wie kann man die Verantwortung und das Bewußtsein der leitenden Leute noch erweitern und wie kann man wirklich Fachpersonal, eigene Planungs-, Entwicklungs- und Innovationsabteilungen und Beratungsdienste bereitstellen, innerhalb der Institution, die aber wirklich nach fachlichen Kriterien arbeiten können. Und das ist außerordentlich schwierig, wenn man bedenkt, daß so wenig Konsens darüber besteht, wie man mit psychisch Kranken umgehen soll. Da gibt es ja kein Konsens, sondern jeder kommt und sagt, meine Methode ist die richtige, und man muß nur noch intensiver das tun, was ich will, dann ist es gut. Und der Betreffende weiß noch nicht einmal, ob sein Kollege im eigenen Haus das unterstützt und da mitzieht, sondern es gibt da eine so starke Unverbindlichkeit häufig in diesen Dingen, daß eine hohe Chance zu Spannungen und zu fachlichen disparaten Entwicklungen in den Institutionen und über die Grenzen hinweg bestehen.

D Soll ein derartiges kombiniertes Beratungsteam für eine Region Innovationsaufgaben leisten?

F Die Schwierigkeit ist, daß eine flächendeckende Versorgung im Grunde nicht vorstellbar ist. Daß die Forderung nach einer solchen Versorgung eigentlich unmittelbar in die Institution selber hineinführen müßte — also eine Organisationsreform der Institution — das führt natürlich wieder auf die Berater zurück, weil die Institutionen das nicht alleine machen können. Aber langfristig müßte ein Modell eigentlich vertreten werden, nach meiner Vorstellung, was sozusagen den Schwerpunkt auf die veränderte Institution legt und nicht auf die Beratung, weil Beratung schon immer voraussetzt, daß das eigentlich nicht richtig primär organisiert ist, sondern dann geflickt wird, und für dieses Flicken reicht das Geld nicht aus. Da ist eine flächendeckende Flickerei nicht denkbar. Es wiederholen sich bestimmte Schwierigkeiten, und das beruht letzten Endes darauf, daß Beratung voraussetzt, daß kein Konsens existiert, insofern ist das realistisch, und je nachdem wie offen für Beratung, wie offen für fachliche Erneuerung irgendeine Institution aus zufälligen Gründen ist, hat sie eine Chance in diesem atomistischen Miteinander ein bißchen dazustehen. Und an dieser Lage, die auch jetzt schon herrscht, ist es sehr schwer, auf dieser Basis etwas zu ändern, d. h., die wirkliche Alternative wäre für mein Gefühl die Frage, ob es in diesem Bereich eine wirkliche Planung gibt, die einigermaßen zu einer Abstimmung der verschiedenen Institutionen führt. Eine Planung, die zentral wirklich flächendeckend eine Veränderung durchsetzt, und das halte ich für eine Utopie nach den Erfahrungen, die ich im ganz engen Bereich, im Beirat für Heimerziehung für ein Bundesland gemacht habe. Wenn man weiß, wie dieser soziale Bereich von der Trägerschaft und von der Orientierung organisiert ist, wie die Zuständigkeiten verteilt sind, dann ist die Vorstellung, daß man in einer absehbaren Zeit wirklich zu einer umfassenden Planung kommt, außerordentlich gering. Man fällt wieder auf atomistische Lösungen zurück; wie weit man aber damit kommt und ob man wesentlich weiterkommt, das hängt dann, glaube ich, davon ab, ob man langfristig eine Möglichkeit findet, solche beruflichen Qualifikationen überhaupt zu fördern, d. h. man müßte eine Ausbildungsförderung machen, genauso wie in der Psychotherapie. Da wiederholen sich dann Probleme. Denn sonst nützt sogar das Geld nichts für die Supervision und die Beratungen, wenn es nicht genügend Menschen gibt, die das tun können. Und dann entstehen wieder neue Probleme, daß das Personal, das das tun kann, das nicht tun will, sondern anderes tut.

D Die Probleme sind deutlich geworden. Für die Enquete ergibt sich, abgesehen davon, daß man so was empfiehlt, und damit Ihr Geschäft etwas fördert, die Frage: Was würden Sie als Ansatzpunkte sehen, wo man — jetzt mal bezogen auf die Enquete — so etwas hervorheben könnte, an welchen Punkten die Institutionsberatung günstig wäre, sehr ratsam wäre und auch nicht so einen utopischen Charakter hat?

F Ja, da würde ich sagen, es ist genauso wie in der Psychotherapie, daß am meisten Chancen dort bestehen, wo eine Veränderungswilligkeit, also Bereitschaft besteht, eine solche Beziehung einzugehen.

D Können Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen ein paar Problemgebiete nennen, wo so etwas zu beobachten wäre?

F Das hängt nicht an institutionellen Faktoren. Es gibt eben keine prognostisch irgendwie auswertbaren abstrakten Kriterien, an denen das hängt. Ein Kriterium wäre eben eine Bereitschaft der entsprechenden obersten Behörden, so etwas einzuführen, also der Verantwortlichen für einen

bestimmten Bereich. Aber selbst das hilft natürlich nicht, wenn die oben bereit sind und nicht die unten, dann wird ihnen eine Beratung oktroyiert, also es wiederholen sich im Grunde Probleme struktureller und kommunikativer Art, die wir aus der Psychotherapie gut kennen und die dort auch gut erforscht sind. Und das macht es sehr schwierig, ein allgemeines Konzept zu entwickeln. Man muß also sehr viel bescheidener werden. Jetzt wollen wir mal absehen von all solchen fachlichen Dingen und uns fragen, was ist politisch möglich? Dann könnte man natürlich ganz bescheiden formulieren, daß es eben überhaupt wichtig ist, daß Menschen mit einer relativ engen fachlichen Vorbildung im Bereich der Medizin oder Pädagogik usw. solche Arbeit in einem institutionellen Feld schon machen können, und daß es eine Selbstverständlichkeit ist, daß Beratungsrollen die koordinierende Funktion haben, und die die Kooperation erleichtern, in allen Institutionen geschaffen werden müssen. Wobei man dann in den fachlichen Anforderungen heruntergeht und sich sagen könnte, wenn die Rollen nur klar definiert werden und wenn die Freiheiten, die Arbeit zu tun, entsprechend präzisiert sind, dann wächst jemand ein Stück weit in diese Funktion hinein. Dann ist da ein gewisses Minus an fachlicher Vorbildung, wird aber ausgeglichen einfach durch die Tatsache, daß er da ist, daß er eine bestimmte Aufgabe hat und daß er versucht, die so gut er kann wahrzunehmen.

D Entsprechen diese Beratungsstellen den Planungsstellen in Ministerien, die vorausschauen; welche Veränderungen müssen in der Organisation vorgenommen werden?

F Wir haben vor zehn bis fünf Jahren einen Kampf geführt, daß die Ministerien entdecken, daß sie Informationen sammeln müssen, Planungsabteilungen schaffen müssen. Das haben sie in den letzten fünf Jahren so gemacht, das gab es früher nicht. Früher gab es nur den Referenten und so gut wie nichts an Statistik in bestimmten Bereichen. Und jetzt könnte man also kämpfen und könnte sagen, es genügt nicht, daß ihr nun Planungsabteilungen habt, sondern ihr müßt eben für die Kooperation in großen Systemen und für die Wahrnehmung der durch die Arbeit entstehenden psychischen Spannungen Beratungsstellen einrichten. Man könnte argumentieren, es muß Konflikt-Management-Positionen in großen sozialen Systemen geben. Das ist auch die technologische Lösung, die praktisch im Schulbereich hier zur Einführung solcher Rollen geführt hat. Oder wie z. B. die Universitäten in dem Moment, wo sie die Verwaltung selber machen müssen und die Ministerien nicht mehr schiedsrichterlich und landesherrlich die Mittel verteilen, dann müssen sie sich eben einen größeren Apparat zulegen. Da sind sie ja dazu gekommen, daß sie eben dann Leute brauchen, die planen und die alle möglichen Bereitstellungen von Informationen und Spezialfunktionen haben, und der Direktor hat ein Personal von Leuten, fünf oder sechs, was weiß ich, die für Spezialdinge zuständig sind und eben die Informationen vorbereiten. Das ist einfach durch den Druck dieser Veränderung erzwungen.

D Wo könnte man denn so etwas ansiedeln; gehört das z. B. ins Jugend- und Familienministerium hinein, oder sollte sich der Landeswohlfahrtsverband so etwas anschaffen, oder sollte man unabhängige Institute schaffen, so etwas, was Sie selber haben, und sollte man als Forderung hineinschreiben, bei der Einrichtung solcher unabhängigen Institute zu helfen, oder wäre es noch besser, wenn sich solche Institute selber gründen.

F Da gibt es verschiedene Interessenpositionen. Die Berater, die machen es am besten so wie ich im Augenblick. Das ist aber kein politisch relevantes Argument. Ich würde hier die Lösung mit den Zentren, die bereitstehen, auch praktisch nicht für effektiv halten, denn die meisten Institutionen nehmen diese Zentren dann gar nicht wahr. Die Auswahl derer, die Zentren konsultieren, ist bereits schon von Krankheitseinsicht und vielen Faktoren bestimmt. Was ich vorhin meinte, wäre eigentlich etwas anders, daß man sagt, ein soziales System von einer bestimmten Größenordnung ab braucht eine Rolle, die nicht in der Hierarchie steht, die also nicht unmittelbar weisungsbefugt ist, sondern die die einzige Aufgabe hat, im Sinne eines hausinternen Konfliktmanagers zu wirken.

D Also ich stelle mir jetzt vor, wenn man das konkret reinschreibt: ein medizinisch relevantes System im Vorfeld oder im therapeutischen Bereich braucht von einer bestimmten Größe ab Beratungsstellen. Kann man das nicht noch etwas verdeutlichen?

F Es gibt eben Dinge, die die Politiker dann erst ein paar Jahre später in ihrer Relevanz bemerken, und man kann nicht erwarten, daß das sofort gleich evident ist, aber man könnte versuchen, das klarzumachen mit einer Argumentationsreihe, die etwa so aussieht: wir wissen heute, daß bei dem Versuch, fachlich beste Arbeit in Dienstleistungsbetrieben zu leisten, die eine soziale menschenbezogene Arbeit tun, daß dabei von einer bestimmten Größenordnung der Betriebe ab es zu gewissen Problemen im Bereich der Kooperation kommt, die nicht mehr von dem fachlichen Personal und der dazugehörigen drüberstehenden Verwaltung am besten gelöst werden können, sondern für die Rollen geschaffen werden müßten, die sich auf eine solche konfliktbearbeitende Funktion beziehen. Das hätte zugleich ein Stück Fortbildungsfunktion, aber zunächst auch ein Stück Funktion, die dort auf der Dimension der Kooperation liegenden Dringlichkeiten, Spannungen und Schwierigkeiten bewußt zu machen und dem Fachpersonal bereit zu stellen zur Integration, zur Bewälti-

gung. Man könnte sich darauf berufen, daß eine solche Funktion einfach durch den Wandel und den Anspruch der Aufgaben in den Institutionen nötig geworden ist. So ist eben auch eine solche kooperationsbearbeitende Instanz nötig, die nicht selber unmittelbar in den Autoritätskonflikt eingespannt ist wie Vorgesetzte. Daß es dann aber natürlich Konflikte geben kann mit den Vorgesetzten bei der Durchführung dieser Arbeit, ist dann wieder eine andere Frage.

D Mir ist da eben das Bild von den Betriebsräten gekommen. Wenn ein solcher Berater dann in die Rolle der Betriebsräte käme, daß er eigentlich als Gegenkontrolle empfunden wird und ein Kampf gegen ihn einsetzt, wenn z. B. die Spitze des Betriebes nicht damit einverstanden ist, dann hat das vergleichsweise einen hohen Grad von Zwangsläufigkeit und das, was Sie vorhin sagten, daß gerade die Leute selbst ihr eigenes Leid artikulieren können, das schwindet damit natürlich und kriegt so etwas von Zwangsmaßnahmen.

F Nach meiner Meinung ist Institutionsberatung eine sekundäre Lösung, da das Management der Institutionen selber diese Funktion wahrnehmen kann, die die Beratung ihnen bereitstellen soll. Denn Beratung ist so etwas wie Heilung. Krankheit ist ja ein defizitärer Zustand, und die Mediziner sind nur so lange legitimiert, wie es Krankheit gibt. Wenn man jetzt überlegt, wie kann man die Institution vielleicht besser instandsetzen, sollte man nicht zunächst mit kurativen, sondern sozusagen mit prophylaktisch relevanten Überlegungen argumentieren, denn man kommt natürlich bei den kurativen sehr schnell in Konflikte, weil sie nicht sehr viel leisten können. Das ist eben leider so, daß alles, was eben jetzt einen verfahrenen Zustand bessert, kann ihn nur ein bißchen bessern. Während es eigentlich darauf ankäme, den institutionellen Bereich so zu ordnen, die Rollenbeschreibung für das Management und die Ausbildung für leitende Leute so zu organisieren, daß sie etwas besser imstande sind, so etwas selbst zu tun.

D Es ist beides notwendig. Ich versuche nämlich mir vorzustellen, wieweit man von Konfliktfreiheit ausgehen kann, die im Idealfall da wäre, und das ist doch eigentlich nicht denkbar. Also selbst wenn man versucht, das relativ ideal zu strukturieren, schon von oben her, muß man doch immer davon ausgehen, daß Konflikte entstehen, sei es nur vorübergehender Art und wie weit von daher diese nicht gerade kurative, aber doch irgendwo konfliktbewältigende Funktion solch einer Beratung trotzdem notwendig ist.

F Na ja, bloß der primäre Konfliktbewältigungsmechanismus einer Organisation liegt eben darin, daß alle miteinander unter Ausschöpfung ihrer Verantwortlichkeiten und Ämter gut arbeiten. Also die Einführung von Beratung ist im Grunde eine Entlastung der Verantwortlichen. Und das ist der regressionsfördernde Mechanismus dabei. Wenn man das also fordert, dann kann sich irgendein Psychiater hinstellen und kann sagen, nun ist es gut, jetzt warten wir mal, was unser Berater uns hier an Psychologisierung in der Medizin zustande bringt. Nun machen sie mal, bitte schön, wir stellen uns hier zur Verfügung, was fordern sie denn, alle Woche einen Tag, gern. Und es passiert nichts, und es ist die Beratung dann da. Die Beratung soll eigentlich eben nur etwas bereitstellen, was im eigentlichen Teil die Verantwortlichen selbst zustande bringen müssen. Und wenn man jetzt zu sehr die Beratung propagiert, dann sind die Verantwortlichen aus dem Schneider raus. Das ist ja das, was praktisch geschieht. Man macht in irgendeiner psychotherapeutischen Station Supervision, und die tausend anderen Betten sind unversorgt.

D Wir haben jetzt weitgehend von großen Systemen gesprochen, und ich meine, wir müssen noch mal auf die kleinen kommen, und zwar in einem Bereich, der uns jetzt auch in der Enquetearbeit sehr beschäftigt. Wir haben ja die Situation in den Beratungsdiensten, daß es viele kleine zersplitterte Beratungsstellen in einer Region gibt, die alle mehr oder minder gute Arbeit leisten. Meistens, wenn man einige von diesen Institutionen kennt, haben sie schon in sich Schwierigkeiten, sind eben sehr kleine Systeme. Aber vor allem ist auffällig, daß sie untereinander wenig oder gar nicht kooperieren können. Die Frage ist jetzt, sehen Sie Möglichkeiten, die zersplitterten kleinen Beratungsstellen irgendwie zu einer Kooperation zu kriegen, daß sie in einer Region etwas miteinander anfangen können und zum anderen, in welcher Weise kann Institutionsberatung in diesen kleinen Systemen möglicherweise wirksam werden.

F Vielleicht sollte ich Ihnen ganz kurz ein paar Überlegungen mitteilen, weil wir darüber eben auch parallel uns ein paar Gedanken gemacht haben. In diesem Heimbeirat hatten wir genau dieselbe Situation, daß wir fanden, das Ministerium kann überhaupt so gut wie nichts tun, weil seine Kompetenzen z. B. überhaupt sehr gering sind. Denn die Träger sind ja private Träger verschiedenster Art. Jede konfessionelle weltanschauliche Haltung, die nicht unmittelbar der Jugend, den Kindern schadet, was schwer nachzuweisen ist, hat Anspruch auf Förderung. So daß also ein öffentlich-rechtlicher Erziehungsaspekt, wie z. B. Einhaltung von Grundrechten bei Kindern schon, und solche Dinge, oder eine gewisse rationale Erziehungshaltung überhaupt sehr schwer durchzusetzen sind, d. h., die Kompetenz der Ministerien zur Planung ist außerordentlich gering. Und was wir dann vorgeschlagen haben war, daß wir gesagt haben, die großen Träger, also die katholischen Träger, die Caritas, die evangelischen Träger, die Arbeiterwohlfahrt und ein paar andere, es sind noch vier oder fünf, die sollten gezwungen werden, ein-

mal zu kooperieren in einem Planungsgremium auf Landesebene, und zweitens sollten die Trägerverbände verpflichtet werden, einen solchen Beratungsdienst für ihre eigenen Heime einzurichten, d. h. hauptamtliche Rollen, ein bis zwei zumindest, zu schaffen von Leuten, die ihre eigenen Heime in bezug auf Heimkonzeption, auf Heimreform, auf ökonomische Fragen beraten. Und das ist im Grunde auch geschehen; sie kooperieren außerordentlich zögernd, etwa hier auf Landesebene miteinander über Planung, und sie haben zum Teil jedenfalls solche Rollen geschaffen und sind damit auch ganz zufrieden, weil sie sehr viel Stunk in ihren Heimen hatten und es jetzt etwas besser läuft. Viel mehr ist nicht drin. Denn wenn man mehr fordert, bekommt das Personal Probleme und die Sache scheitert.

D Wenn man jetzt mal nicht an das Land Hessen denkt, sondern an die Stadt Gießen, und davon ausgeht, daß es ungefähr nur 10 solcher Stellen gibt. Muß man nun darauf warten, daß die Träger dieser zehn Stellen irgendwo jetzt in einem Kuckucksheim oder meinetwegen auch auf einer vernünftigen Landesebene kooperieren und das dann vielleicht etwas nach unten durchschlägt, oder sehen Sie eine Möglichkeit, hier in dieser Stadt, oder wo auch immer, jedenfalls in der einen Region irgend etwas zu initiieren, was diese zersplitterten, kleinen Beratungssysteme dazu veranlaßt, in ein Kooperationsverhältnis zu kommen, was ja möglicherweise auch eine interne Entlastung bedeuten könnte in diesen kleinen Systemen.

F Praktisch nicht, außer durch persönliche freie Initiativen. Denn die Verwaltung, die Kommunen, stellen sich auf den Standpunkt, daß sie ihre Beratungsstellen nach besten verwaltungsmäßigen Fachkenntnissen unter Konsultation der Fachkräfte aufgebaut haben. Sie fühlen das Bedürfnis gar nicht.

D Ich würde sagen, da sind wir ja fast schon an Lösungen oder an nun folgenden Antworten, daß es erstens in Zukunft mehr darauf ankommt, schon in gemeinsamen Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen sozusagen das Reden-können miteinander zu schulen. Ich meine deshalb auch das Konzept, das wir mal entwickelt hatten, was sich jetzt weiterentwickelt hat auch für Düsseldorf, also für die gemeinsame Weiterbildung von verschiedenen sozialen Gruppen, die gerade in die Beratungsdienste gehen, damit sie mehr lernen, ihre Kompetenzen untereinander zu schätzen und die Auffassung einer Möglichkeit der Kooperation zu erleichtern, und dann eben wirklich von der Basis her, nicht von oben befohlene Initiativen zu fördern, die eben gerade vielfach gegen die Träger gerichtet sind, und das ist sogar unter Umständen ein sehr nützliches Motiv: Zunächst einmal sich so zu fühlen, jetzt will man mal etwas, was einem eigentlich verboten ist, und worunter man gelitten hat, durchbrechen und miteinander sprechen, wobei da allerdings wiederum die, sagen wir mal, Beratungsproblematik einsetzt: die Ängste voreinander, die Sorge von den anderen, in dem was man tut, kritisiert zu werden oder auch überhäuft zu werden mit neuer Arbeit, während man sich so schön isoliert hatte. Diese Isolation hat ja auch einen Vorteil, nämlich daß man sich allmählich etwas mehr narzißtisch panzern kann und nicht so stark geöffnet ungeheuren Ansprüchen aussetzt. In solchen Initiativen, die wir hier gerade machen, sehe ich die interessante, aber auch lohnende und zum Teil auch funktionierende Hilfe darin, daß man nicht versucht, sozusagen ein hierarchisches Prinzip in dieser Kooperation durchzusetzen, also daß man nicht eine neue Zentrale schafft, die nun irgendwie in Verdacht gerät, sie wolle eigentlich das Neue erzwingen, sondern daß man ganz vorsichtig die Bedürfnisse sammelt, und auch mit den Ängsten operiert, die entstehen, wenn man überhaupt einlädt zu so etwas, und daß man dann irgendwie versucht, an Fällen oder mit Informationen und Hilfen miteinander zu lernen. Sehen Sie eine Möglichkeit, dieses Stück freie Initiative zu fördern, in irgendeiner Form zu ermutigen von einer Beratung her, die man jetzt wahrscheinlich doch dann auch Institutionsberatung nennen könnte?

F Das sind zwei ganz verschiedene Modelle, und ich glaube, es ist für Sie sehr wichtig, den Unterschied sehr klar zu fassen. Denn das ist das Bürgerinitiativen-Modell oder entsprechend Selbsthilfe-Modell unter Benutzung der Mobilisierung von Fachleuten, die eine Hilfe geben, wie Herr Richter das hier ja sehr exemplarisch auch tut, bloß ist das ein „APO-Modell", d. h. es steht außerhalb des organisatorischen, institutionellen, politisch verantworteten Bereichs, das ist gerade gegen die Administration und hat damit die Chancen, die Sie geschildert haben, ist aber eben nicht planbar von der Verwaltung her, sondern ist eine gegenläufige Bewegung, die sich auf ganz andere Ressourcen und Motivationen stützt, und wenn sich Menschen finden, das zu tun, funktioniert das günstigstenfalls sehr gut. Und es kann dann auch ein Faktor werden, örtlich, auf den die Administration sich dann einstellt.

D Entschuldigen Sie, wenn ich Sie unterbrechen darf. Auch die primär spontane Initiative kann sich auch ihrerseits auf die politischen Institutionen einstellen, auch wenn sie ursprünglich sozusagen gegen sie war und sie dadurch außerhalb entwickelt hat.

F Wenn eine gewisse Sicherheit zustande kommt, hat die Gruppe, die spontan etwas zusammen entwickelt hat, es nicht mehr nötig, nur defensiv sich mit den Behörden zu bekämpfen, sondern dann kann doch eine gemeinsame Sache herauskommen, aber ich dachte nicht an diesen Bereich, sondern an die bereits vorhandenen Beratungsstellen, die kleinen Beratungsstellen, die in einer Region sehr zersplittert arbeiten, auch von de-

nen wird ja doch ein Stück Eigeninitiative gefordert, wenn sie regional kooperieren können.

D Nur sind die meisten in diesen kleinen Beratungsstellen ja doch sehr vorstrukturiert. Sie haben einfach Angst, daß neue Aufgaben auf sie zukommen, sie schließen sich ab. Sie kooperieren eben nicht. Und dann ist meine Frage, ob Sie eine Möglichkeit der Ermutigung sehen. Muß man warten, bis mal einer aus einer solchen Stelle eine Initiative übernimmt, zufällig in dieser Region anfängt zu kooperieren oder gibt es da etwas.

F Ermutigung gibt es immer durch Geld. Nur bin ich überzeugt, das, was die Leute dann daraus machen, also wofür dieses Geld verwandt wird, das ist wieder sehr offen, denn das hängt davon ab, wie die Institutionen das jetzt definieren. Also sie haben sicher gedacht an eine Institutionsberatung zur Konfliktbewältigung, an eine produktive Weiterentwicklung der Institution. Die Institution bleibt. Das ist vergleichbar, wenn ein versierter Verwaltungsmann imstande ist, solche Mittel abzurufen für ganz andere Zwecke. Er kann dann zu irgendeiner Stärkung seiner Position, seiner fachlichen Ausrichtung, zur Fortbildung seiner Mitarbeiter, für seine Machtstruktur die Mittel abrufen, sich den entsprechenden Menschen engagieren. Das macht deutlich, welche Schwierigkeiten bestehen bei der Planung solcher Aktivitäten, solange nicht eine ganz klare Zielsetzung von den entscheidenden Leuten, den Partnern, also den Institutionen selber vorgegeben ist, und so lange man nicht die Institutionen festlegen müßte auf eine wissenschaftlich geforderte Definition ihrer Aufgabe. Es ist heute einfach pädagogisch, sozialwissenschaftlich, juristisch und politisch nicht mehr vertretbar, Jugendliche in der und der Form jetzt in Heimen zu kasernieren, sondern es müssen bestimmte Mindestanforderungen an Qualifikation, an Mitarbeiter, an Ausstattung der Heime gestellt werden.

D Gibt es nicht aus Ihren Überlegungen eine weitere Forderung? Wenn wir noch mal zu dem eben genannten Problem der Isolierung zurückkommen. Sie sagten vorhin sicher mit Recht, daß die meisten von uns, die in so einer Tätigkeit sind, in der sie beraterisch oder therapeutisch wirken, mit einem Menschen oder allenfalls noch mit zwei, drei Menschen reden, und im übrigen die Vorstellung haben, man würde ihnen alles bereitstellen, also organisatorisch-verwaltende Tätigkeiten. Das würde ja dann heißen, daß diese Leute alle eigentlich sich so trainieren, daß sie später eben zu solchen Initiativen, aber auch, wenn sie mit Geld erleichtert werden, sehr schwer imstande sind, nämlich praktisch dann doch herauszugehen aus ihrem Zimmer und sich um die anderen zu kümmern, z. B. sich mit anderen Leuten zu unterhalten, die vielleicht in einem ähnlichen, aber nicht gleichen Bereich arbeiten. Ergibt sich nicht die Forderung auch daraus, irgendwie in der Weiterbildung bei solchen Berufen doch auch von vornherein ein Angebot zu machen, daß sie schon während ihrer Ausbildung auch kooperative Erfahrungen vermittelt bekommen, möglichst auch praktisch, daß es nicht nur theoretische Seminare gibt, die über Organisationsstudien gehen, die auch Rollenspiele einbeziehen und, wodurch praxisnahe Erfahrungen gelernt werden, sich darauf einzustellen, daß man später nicht immer nur in rein therapeutischen Aktionen denkt, sondern auch denkt an die eigene Gruppe und ihre Verflochtenheiten, bestimmten Abhängigkeiten, aus denen heraus man dann mit Menschen umgehen muß. Wie könnte solche Weiterbildung aussehen, wie sollte man das nennen und wäre das überhaupt sinnvoll?

F Also das fände ich natürlich sehr gut. Wir wissen es zwar in diesem ganzen Bereich, wir machen es in der Medizin, Soziologie, Psychosomatik, in der Sozialarbeiterausbildung, in der Lehrerausbildung. Überall ist das Problem, wie kann man fachlich Menschen im Umgang mit Menschen überhaupt praktisch schon in der Ausbildung betreiben, und dies nicht nur akademisch im alten Sinne. Das ist ein hohes Organisationsproblem bei den wachsenden Studentenzahlen überall in einigen Bereichen. Und es ist außerordentlich schwierig, zunächst einmal die fachliche Arbeit, das Lehren, das Therapieren schon praktisch vorzubereiten, daß das eine vernünftige Einweisung, Vorbereitung ist. So etwas wäre sehr wünschenswert, wenn man Kooperation im weiteren Sinne dabei miterfassen würde. Aber die meisten wollen nicht Administratoren, also Koordinatoren werden, sondern sie wollen Ärzte werden, sie wollen Psychotherapeuten werden, wollen Lehrer werden. Und dieses unmittelbare Bedürfnis ist vor allen Dingen auch persönlichkeitsmäßig in der Entwicklungsphase, in der man Ausbildung macht, so groß, daß man die unmittelbare Erfahrung im Beruf sucht, um eine Berufsidentität und eine Auseinandersetzung mit dem Beruf zu finden, daß das so im Vordergrund steht und mit so vielen Prozessen verbunden ist, daß man in dieser kurzen Ausbildungszeit nach dem Abitur nicht noch sehr viel mehr Motivation hineinstecken oder herausziehen kann, sondern froh sein muß, wenn man noch die unmittelbare Berufsmotivation stärken kann. Es kommt also für mein Gefühl bei allen diesen Dingen hinzu, daß die eigene fachliche Arbeit im guten Sinne in diesen Berufen einen langjährigen Persönlichkeitsprozeß voraussetzt, und daß alle kurzfristigen, noch so schönen Lehrgänge, die jetzt in zwei Jahren, drei Jahren ganz rationell genau das Richtige unterrichten, Utopien sind, weil ja die Menschen die Entwicklung, die Auseinandersetzung mit dem Beruf und die Entwicklung der sozialen Kompetenz im Beruf lernen müssen. Es bleibt das Problem der persönlichen Entwicklung im Beruf, die Auseinandersetzung mit der Tatsache, daß man nicht allein therapiert oder berät, und das

sind Prozesse, die sehr schwer für mein Gefühl organisierbar sind, aber ich fände es sehr gut, wenn man versuchte, für alle solchen Aspekte auch schon in der Ausbildung Möglichkeiten zu schaffen.

D Ich meine es gar nicht so kompliziert. Ich würde z. B. für mich ableiten, aus dem, was Sie gesagt haben, die pflichtmäßige Einführung von gruppentherapeutischen Erfahrungen, denn das finde ich, ist schon ein Bereich.

F Ich bin mit sehr viel Optimismus ja an solche Arbeiten herangegangen und hatte auch die Vorstellung, daß man im Grunde jeden Menschen unabhängig vom Grad seiner persönlichen psychoanalytischen, etwa Lehranalyse, also eigenen analytischen Erfahrung per Kooperationstraining, per Beratung, per Institution helfen kann, mit Patienten besser umzugehen. Nach einigen Jahren Erfahrung würde ich sehr viel vorsichtiger sein, und ich habe den Eindruck, daß man dabei etwas optimistisch von der Lernfähigkeit, von dem Lernbedürfnis der Menschen in den Institutionen ausgeht, und daß eben doch in diesem ganzen Bereich der Behandlung psychischer Kranker und auch im Erziehungsbereich ein Bedürfnis nach mehr Rationalität eigentlich nur in dem Maße wächst, wie das Unbehagen, das persönliche Unbehagen des Personals wächst, und das persönliche Unbehagen des Personals wächst häufig nicht, sondern sie haben so viele Möglichkeiten der Triebabfuhr und Regulierung mit ihren Klienten. Da wir aber im Umgang mit Klienten keine Kontrollen haben, keine fachlichen Diagramme, kann eine Motivation der Veränderung für Fortbildung nicht erwartet werden. Ich wollte damit nur sagen und wollte Sie auch informieren, daß man die Möglichkeiten der Beratung nicht überschätzen sollte.

D Soweit ich Sie jetzt verstanden habe, würde ich die Möglichkeit der Institutionsberatung für unsere Aufgabe doch vor allem darin sehen, daß man sagen könnte, Institutionsberatung ist immer günstig, wo sie nicht im Sinne des Managementersatzes auftritt, sondern wo Institutionen selber in Krise geraten sind. Das ist nicht nur Management, wo also Veränderungsnotwendigkeiten anstehen oder wo Veränderungen eingeleitet worden sind, wo der Prozeß der Veränderung und Realisierung begleitend und beratend unter Umständen auch artikuliert und geklärt werden müßte. Das würde ich vor allem für den Beratungssektor und auch für den Versorgungssektor sehen, wenn neue Möglichkeiten gemacht werden, wo auch organisatorische Veränderungen notwendig sind, die entsprechend die sozialen Konflikte in den Gruppenbeziehungen nach sich ziehen, und daß man in dieser Richtung entsprechende Formulierungen finden könnte.

F Wenn eine rationale Orientierung irgendwie bescheiden existiert, ist Institutionsberatung sinnvoll. Ich wollte hier nicht ein pessimistisches Bild malen, daß das überall und immer sehr enttäuschend ist, aber ich wollte auch hohe Erwartungen dämpfen und zu einer sehr nüchternen Kalkulation raten oder für begrenzte Beratung plädieren, damit man nicht zuviel erwartet. Aber für sinnvoll halte ich das sehr.

Übersicht über die Bildungsgänge verschiedener Berufsgruppen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter*)

Berufsbezeichnung	Gegenwärtige Situation	Gesetzgeberische Zuständigkeit	Schulart, Voraussetzungen
Krankenschwester/ -pfleger	Traditionell zum Kernteam gehörig, Berufszugang bundesgesetzlich geregelt	Bundeskompetenz, Krankenpflegegesetz	Vollendung 17. Lebensjahr, abgeschlossene Realschulbildung oder abgeschlossene Volksschulbildung und dreijährige Vorschule
Fachkrankenschwester für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychosomatik	Staatlich anerkannt in Niedersachsen, erprobt in Heidelberg, Kiel, Tübingen; geplant in Berlin (West), Nordrhein-Westfalen	Länder	Staatsexamen in der Krankenpflege, einjährige Berufstätigkeit, Eignung
Krankenpflegehelfer	Mit den nichtausgebildeten Pflegekräften stellt diese Gruppe ca. zwei Fünftel des Pflegepersonals dar. Berufszugang bundesgesetzlich geregelt	Bundeskompetenz, Krankenpflegegesetz	Vollendung 17. Lebensjahr abgeschlossene Volksschulausbildung
Beschäftigungstherapeut	Sieben Ausbildungsstätten, staatliche Anerkennung bisher auf Länderebene	Bisher Länderrecht, jetzt Gesetzentwurf der Bundesregierung betr. Regelung des Zugangs zum Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	Mittlerer Bildungsabschluß, Numerus clausus besteht zur Zeit in allen Ausbildungsstätten
Arbeitstherapeut	Gegenwärtig unsicherer Status ohne formalisierte Ausbildung	Bund?	?
Berufstherapeut (grad.)	Geplant auf Fachhochschulebene in der Stiftung Rehabilitation Heidelberg. Tätigkeitsschwerpunkt in Rehabilitationskrankenhäusern	Länder	Fachhochschulreife
Sozialarbeiter (grad.)	Ausbildung an Fachhochschulen mit Praktika *zwischen* den Ausbildungsabschnitten bzw. nach der Ausbildung. Sozialarbeitermangel im Gesundheitswesen	Länder	Fachhochschulreife Numerus clausus

*) Diese Übersicht wurde erarbeitet von Frau Dr. Rave-Schwank, Mitglied der Arbeitsgruppe „Ausbildung und Personal".

Dauer der Ausbildung oder Weiterbildung	Angestrebte Änderungen für die Psychiatrie	Wichtige Information und Dokumentation, Quellen
3 Jahre Schulausbildung	Gesetzliche Voraussetzungen für Schwerpunkt „Psychiatrie" im 3. Jahr: Krankenschwester (Psychiatrie) nach DKG- Grundsätzen vom 11. Dezember 1973. Psychiatrie als Hauptfach in der Krankenpflegeausbildung	Krankenpflegegesetz 1965. Das Krankenhaus, 2, 1974, S. 63
Berufsbegleitend 2 Jahre, Vollzeitausbildung 1 Jahr	Staatliche Anerkennung der Weiterbildung nach den Richtlinien der DKG vom 11. Dezember 1973 in allen Bundesländern	Das Krankenhaus 2, 1974, S. 63 bis 65. „Ausbildungsangebot für psychiatrisches Pflegepersonal" (s. Anhang)
1 Jahr	Psychiatriespezifische einjährige Ausbildung, Verankerung im Krankenpflegegesetz	Krankenpflegegesetz 1965
Jetzt 2 Jahre und einjähriges Praktikum, 3 Jahre geplant	Gesamtentwurf zum Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten verabschieden, — Fachhochschulebene als Möglichkeit neben Berufsfachschule. Mindestalter von 18 Jahren	Gesetzentwurf der Bundesregierung von 1974
?	Einjährige Weiterbildung für Krankenpflegehelfer und Krankenpfleger mit abgeschlossener handwerklicher Ausbildung prüfen	Gesetzentwurf der Bundesregierung 1974
3 Jahre	Erfahrungen im Probelauf abwarten	Heidelberger Schriftenreihe zur Rehabilitation, Bd. 1
4 Jahre	Stärkere Motivierung zur Tätigkeit im Gesundheitswesen, insbesondere LKH. Aufbau von Tätigkeitsfeldern in der Psychiatrie, die dem Berufsbild des Sozialarbeiters gemäß sind (nicht Sprechstundenhilfe)	Sozialarbeit im Gesundheitswesen, herausgegeben von der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt/M., Feuerbachstr. 14

Berufsbezeichnung	Gegenwärtige Situation	Gesetzgeberische Zuständigkeit	Schulart, Voraussetzungen
Fachsozialarbeiter für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychosomatik	Planungsstadium, insbesondere im *Sucht*bereich. Bisher keine staatliche Anerkennung	Länder	Abgeschlossene Ausbildung als Sozialarbeiter
Klinischer Psychologe	Weiterbildung berufsbegleitend an klinischen Abteilungen der psychologischen Institute, LKH's und Beratungsstellen geplant	Länder	Universitätsdiplom (Dipl.-Psych.)
Nervenfacharzt oder Facharzt für Psychiatrie	Weiterbildung berufsbegleitend im Krankenhaus. Oft Weiterbildung vernachlässigt gegenüber klinischer Tätigkeit	Länder und Landesärztekammern	Approbation zum Arzt
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Ausgeprägter Mangel an Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Länder und Landesärztekammern	Approbation zum Arzt
Außerschulische Erzieher: Heilerziehungs*helfer* (Rheinland-Pfalz: Sondererziehungshelfer), (Behindertenhelfer)	In Baden-Württemberg, Niedersachsen, Bayern staatlich anerkannt	Länder, Bund?	Abschlußzeugnis der Hauptschule und drei Jahre berufliche Tätigkeit
Heilerziehungs*pfleger* (Sondererzieher), (Heilerzieher), (Erzieher von Behinderten), (Staatlich anerkannter Erzieher, Schwerpunkt Heilpädagogik)	Zentrale Beziehungsperson im Behindertensektor. Heute 21 Schulen vorwiegend im freigemeinnützigen Raum. Ausbildung zur außerschulischen Erziehung geistig Behinderter (Anstalten, Heime, 5-Tage-Heime, WfB) bewährt; in Baden-Württemberg, Niedersachsen, Bayern staatlich anerkannt	Länder, Bund?	Auf Fachschulebene (Fachschule für Sozialpädagogik) Fachschulreife ist in der Regel Voraussetzung
Heilpädagoge (grad. oder dipl.)	Sechs Ausbildungsstätten in der Bundesrepublik Deutschland nach den Richtlinien des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages, ca. 800 Heilpädagogen tätig, z.T. freipraktizierend. Tendenz zunehmend zu Einzelberatung und Einzelbehandlung	Länder	Persönliche Neigung und Eignung. Absolventen der Fachhochschulen für Sozialarbeit sowie Absolventen der Fachschulen für Sozialpädagogik. Fachhochschulebene angestrebt.

Dauer der Ausbildung oder Weiterbildung	Angestrebte Änderungen für die Psychiatrie	Wichtige Information und Dokumentation, Quellen
Berufsbegleitende Weiterbildung 3 Jahre	Insbesondere im Suchtbereich dringend erforderlich, staatliche Anerkennung für den Fachsozialarbeiter notwendig	
2 bis 3 Jahre	Berufsbegleitende Weiterbildung auch in psyiatrischen Einrichtungen. Gesetzliche Regelung der Weiterbildung zum Klinischen Psychologen	BDP Informationsschrift 1973
4 Jahre	Gesetzlicher Auftrag für Facharzttraining mit Verbreiterung des Themenkataloges im Bereich extramuraler psychiatrischer Behandlung, Prävention und Rehabilitation: U. a. im Suchtbereich und Behindertenbereich, in der Öffentlichkeitsarbeit mit Schulung von Laienhelfern, in der Psychotherapie. Verlängerung der Weiterbildungszeit auf 5 Jahre mit Intensivierung. Facharztprüfung	DGPN Weiterbildungskatalog Weiterbildungsordnung Deutscher Ärztetag 1968
Berufsbegleitende Weiterbildung von 4 Jahren	Erweiterung der Weiterbildungsmöglichkeiten: Einrichtung von ein bis zwei Stellen je Einrichtung zur Weiterbildung zusätzlicher Fachärzte; Möglichkeit der Weiterbildung an Kliniken auch ohne Leitung durch einen Kinder- und Jugendfacharzt klären	Schreiben der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 11. Dezember 1973
1 Jahr Ausbildung und 1 Jahr Berufspraktikum	Anerkennung und Regelung in den übrigen Bundesländern	Memorandum Sozialpädagogik 1971, S. 236 ff.
2 Jahre Vollzeit und 1 Anerkennungsjahr oder 3 Jahre berufsbegleitend und 1 Anerkennungsjahr	Erweiterung der Ausbildungskapazität durch Schaffung von Fachschulen für Sozialpädagogik mit Schwerpunkt Heilpädagogik	Memorandum Sozialpädagogik 1971, S. 233 ff., S. 217
1 Jahr Zusatzausbildung	Leitungskompetenz im Behindertensektor?	Berufsverband Deutscher Heilpädagogen, BDH, e.V., 2067 Reinfeld (Holst.), Bolande 26—32

Berufsbezeichnung	Gegenwärtige Situation	Gesetzgeberische Zuständigkeit	Schulart, Voraussetzungen
Ausbildung für Sozial- und Milieutherapie in Einrichtungen für Behinderte (Bethel)	Erster Lehrgang läuft in Bethel	?	Mittlerer Bildungsabschluß, Ausnahmen möglich; Eignung
Medizinisch-psychiatrischer Assistent	Planungsstadium Tätigkeitsschwerpunkt: Niedergelassener Nervenfacharzt und Klinik	Bund	Mittlerer Bildungsabschluß (Krankenpflege, Arzthelferein)
Musiktherapeut	Bisher kein geregelter Ausbildungsgang in der Bundesrepublik Deutschland	Länder, Bund?	nicht bekannt
Logopäde	Vorwiegend an Fachkliniken tätig, sieben Lehranstalten	Bundesgesetzliche Regelung beabsichtigt	Mindestens mittlerer Bildungsabschluß
Krankengymnast	25 Schulen für Krankengymnastik. Berufszugang bundesgesetzlich geregelt. Fester Mitarbeiter intra- und extramural	Bund	Mittlerer Bildungsabschluß
Medizinisch-technischer Laborassistent	Berufszugang bundesgesetzlich geregelt, Tätigkeit vorwiegend in EEG, Röntgen, Labor	Bund	Mittlerer Bildungsabschluß
Laienhelfer, Suchtkrankenhelfer	Zunehmende Bedeutung in der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Bisher hauseigene Selektion und Edukation, z. T. aus dem Kreis der Exuser und Ex-Alkoholiker	entfällt	Auswahlkriterien: Gesundheit (vorausgegangene und laufende psychiatrische und psychotherapeutische und körperliche Behandlungen) Zuverlässiges Zeitangebot, Kooperationsfähigkeit
Zusatzbezeichnung „Psychotherapie"	Der sog. „Zusatztitel" hat sich seit jetzt 20 Jahren als psychotherapeutische Kurzausbildung neben den Angeboten der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitutionen bewährt	siehe Weiterbildung zum Facharzt	Begonnene Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie oder für Innere Krankheiten

Dauer der Ausbildung oder Weiterbildung	Angestrebte Änderungen für die Psychiatrie	Wichtige Information und Dokumentation, Quellen
3 Jahre	—	—
2 Jahre und 1/2 Jahr Grundpraktikum	Keine klaren Berufs- und Aufstiegsmöglichkeiten	
—	Geregelte Weiterbildung. Zusatzausbildung nach abgeschlossener Ausbildung als Beschäftigungstherapeut oder Krankengymnast	Artikel Willms, DKZ 1/73
2 bis 3 Jahre	Bundesgesetzliche Regelung	Information beim Zentralverband für Logopädie e. V., 282 Bremen 70, Weserstr. 42
3 Jahre		Merkblatt vom Zentralverband für Krankengymnastik, 8 München 40, Victor-Scheffel-Str. 10
2 1/2 Jahre		Deutscher Verband technischer Assistenten in der Medizin, 43 Essen, Ruhrallee 59
je nach Gegebenheiten	Schriftliche Vorselektion empfohlen	fehlt
		Ausführungsbestimmungen zu § 35 der Facharztordnung
3 Jahre	Vermehrung der Ausbildungsangebote	

Weiterbildung zu Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpflegern/ Fachkinderkrankenschwestern

Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 25. Mai 1971

I.

Präambel

Die vielfältigen Aufgaben der pflegerischen Krankenversorgung machen es erforderlich, daß neben der Grundausbildung zur Erlernung und der Fortbildung zur Angleichung des pflegerischen Wissens und Könnens an neue Erkenntnisse und Fortschritte in Medizin und Technik Möglichkeiten für eine fachliche Weiterbildung von Krankenschwestern, Krankenpflegern und Kinderkrankenschwestern in bestimmten Einsatz- und Funktionsbereichen geschaffen werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt hierzu die folgenden Richtlinien.

II.

Grundsätze

1. Weiterbildungen

Es werden folgende Weiterbildungen geschaffen:

a) zur Fachkrankenschwester / zum Fachkrankenpfleger / zur Fachkinderkrankenschwester für den Operationsdienst;

b) zur Fachkrankenschwester / zum Fachkrankenpfleger / zur Fachkinderkrankenschwester für den Anästhesiedienst und die Intensivpflege;

c) zur Fachkrankenschwester / zum Fachkrankenpfleger in der Psychiatrie.

2. Weiterbildungsstätten

Die Weiterbildung erfolgt an von der Deutschen Krankenhausgesellschaft anerkannten Weiterbildungsstätten.

Als zur Vermittlung der Weiterbildung geeignet werden Krankenhäuser anerkannt, die für das klinisch-praktische Stoffgebiet, in dem die Weiterbildung erfolgt, einen leitenden Facharzt hauptamtlich beschäftigen und personell sowie nach Krankengut und Einrichtung die Gewähr für eine gründliche und umfassende Vermittlung theoretischer und praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten bieten.

Als Weiterbildungsstätten werden auch solche Einrichtungen anerkannt, die mit geeigneten Krankenhäusern Vereinbarungen über die Durchführung der Weiterbildung geschlossen haben.

Die Anerkennung als Weiterbildungsstätte setzt im übrigen voraus, daß die Weiterbildung entsprechend den Richtlinien dieser Empfehlung gestaltet wird. Die Zulassung der Bewerber darf nicht von einer gegenwärtigen oder zukünftigen Betriebs- oder Verbandszugehörigkeit abhängig gemacht werden.

3. Form der Weiterbildung

Die Weiterbildung erfolgt als Lehrgang mit theoretischem und praktischem Unterricht sowie mit ganztägiger praktischer Weiterbildung in der Form einer unter Anleitung erfolgenden praktischen Mitarbeit in den künftigen Einsatzbereichen.

4. Weiterbildungszeit

Die Weiterbildungszeit beträgt ein Jahr. Sie gliedert sich in einen Blockunterricht von vier Wochen und die praktische Weiterbildung.

Auf die Dauer der praktischen Weiterbildung werden angerechnet Unterbrechungen durch Ferien oder wegen Erkrankung bis zu jeweils vier Wochen.

5. Stundenverteilung

Der Lehrgang soll im einzelnen wie folgt gestaltet werden:

a) Der theoretische und praktische Unterricht soll 320 Unterrichtsstunden zu je 45 Minuten umfassen, von denen 120 Stunden als Blockunterricht und 200 Stunden während der Zeit der praktischen Weiterbildung gelehrt werden (vgl. Anmerkung am Ende der Empfehlung).

b) Die praktische Weiterbildung in der Form der unter Anleitung erfolgenden praktischen Mitarbeit soll mindestens 44 Wochen dauern. Sie soll durch wöchentlich einen Unterrichtstag oder -nachmittag unterbrochen werden.

c) Während des gesamten Lehrganges soll das Wochenende von Lehrgangsveranstaltungen frei bleiben. Eine Ferienzeit von vier Wochen soll gewährleistet sein.

6. Prüfung, Anerkennung

Der Lehrgang schließt mit einer schriftlichen und mündlichen Prüfung ab. Die mündliche Prüfung besteht aus einem praktischen und einem theoretischen Teil.

Die Prüfung wird vor einem Prüfungsausschuß abgelegt. Dem Prüfungsausschuß sollten neben den Vertretern der Weiterbildungsstätte je ein Vertre-

ter der für die (Kinder-)Krankenpflegeprüfung nach dem Krankenpflegegesetz vom 20. September 1965 (BGBl. I S. 1443 ff.) und der für die berufliche Fortbildungsprüfung nach dem Berufsbildungsgesetz vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112 ff.) zuständigen Behörden angehören.

Nach bestandener Prüfung erteilt die Weiterbildungsstätte ein Prüfungszeugnis nach dem anliegenden Muster *), das die Lehrgangsteilnehmer ermächtigt, in ihrem jeweiligen Fachgebiet die Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester", „Fachkrankenpfleger" oder „Fachkinderkrankenschwester" mit dem Zusatz „(DKG)" zu führen.

7. Zulassungsvoraussetzungen

Zur Teilnahme an den Weiterbildungslehrgängen wird zugelassen, wer die staatliche (Kinder-)Krankenpflegeprüfung bestanden hat. Der Bewerber soll nach Abschluß seiner Ausbildung in der Regel ein Jahr, mindestens jedoch sechs Monate im (Kinder-) Krankenpflegeberuf praktisch tätig gewesen sein und sich hierbei bewährt haben.

8. Dienstverhältnisse

Den Krankenhäusern wird empfohlen, ihren Mitarbeitern Gelegenheit zur Weiterbildung zu geben. Für die Zeit der Teilnahme an den Weiterbildungslehrgängen scheidet der Bewerber aus dem Dienstverhältnis mit seinem Arbeitgeber aus, es sei denn, daß dieser ihm Sonderurlaub im Sinne und unter den Bedingungen des § 50 Abs. 2 des Bundes-Angestelltentarifvertrages gewährt.

9. Kosten der Weiterbildung

Für die Teilnahme an der Weiterbildung und Prüfung können angemessene Gebühren erhoben werden.

Bei der Bemessung und Erhebung der Gebühren sind alle institutionellen und individuellen Förderungsmöglichkeiten nach dem Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582 ff.) und anderen Förderungsbestimmungen auszuschöpfen.

10. Übergangsregelungen

Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern, die im Zeitpunkt der Verabschiedung dieser Empfehlung mindestens fünf Jahre in einem zur Weiterbildung zählenden Fachgebiet mit Tätigkeiten beschäftigt waren, die zu den Aufgaben der nach dieser Empfehlung weitergebildeten Fachkrankenschwestern, Fachkrankenpfleger oder Fachkinderkrankenschwestern zählen, sind berechtigt, die Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester", „Fachkrankenpfleger" oder „Fachkinderkrankenschwester" zu führen.

Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern, die im Zeitpunkt der Verabschiedung dieser Empfehlung mindestens drei Jahre in einem zur Weiterbildung zählenden Fachgebiet mit Tätigkeiten beschäftigt waren, die zu den Aufgaben der nach dieser Empfehlung weitergebildeten Fachkrankenschwestern, Fachkrankenpfleger oder Fachkinderkrankenschwestern zählen, erhalten die Ermächtigung zur Führung der Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester", „Fachkrankenpfleger" oder „Fachkinderkrankenschwester" mit dem Zusatz „(DKG)", wenn sie binnen einer Frist von zwei Jahren an einem von einer anerkannten Weiterbildungsstätte durchzuführenden Kurzlehrgang von mindestens sechs Wochen teilnehmen und die Prüfung ablegen.

In Ausnahmefällen können auch solche Krankenhäuser oder Einrichtungen als zur Vermittlung der Weiterbildung geeignet anerkannt werden (Nr. 2 Abs. 1 bis 3), die im Zeitpunkt der Verabschiedung dieser Empfehlung die Weiterbildung, abweichend von den Empfehlungen in den Nummern 2 Abs. 4 Satz 1, 4 Absatz 1 Satz 1, 5 a zweiter Halbsatz, 5 c Satz 2 und 8 Absatz 1, in der Form zweijähriger berufsbegleitender Lehrgänge gestalten, sofern die Weiterbildung im übrigen den Richtlinien dieser Empfehlung entspricht.

III.

Die einzelnen Weiterbildungen

1. Fachkrankenschwester/Fachkrankenpfleger/Fachkinderkrankenschwester für den Operationsdienst

a) Weiterbildungszeit: 1 Jahr

b) Ziel der Weiterbildung

Die Weiterbildung soll Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern mit ihren vielfältigen Aufgaben in den Operationssälen der verschiedensten Fachgebiete vertraut machen und ihnen die zur Erfüllung dieser Aufgaben erforderlichen speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln.

Zu den Aufgaben der Fachkrankenschwester, des Fachkrankenpflegers bzw. der Fachkinderkrankenschwester für den Operationsdienst zählen vor allem die Vorbereitung des Patienten auf die Operation, die Vorbereitung der Operation, das Instrumentieren bei der Operation, die sachgerechte Pflege und Behandlung der Instrumente, Geräte und Apparaturen, die Desinfektion und Sterilisation sowie das Anleiten von Pflegehilfskräften und Schülern.

c) Inhalt der Weiterbildung

(1) Theoretischer und praktischer Unterricht

— Fächergruppe 1: Medizinische Grundlagen (80 Stunden)

Anatomie
Physiologie und Pathophysiologie
Mikrobiologie und Hygiene
Hämatologie
Spezielle Arzneimittellehre
Anästhesiologie
Nuklearmedizin

— Fächergruppe 2: Sozialwissenschaftliche Grundlagen (40 bis 60 Stunden)

Planung, Koordination und Organisation des Personaleinsatzes

Pädagogik, Psychologie und Soziologie

Krankenhausbetriebslehre

— Fächergruppe 3: Pflegerische Grundlagen (100 Stunden)

Asepsis, Sterilisation, Desinfektion

Instrumentenlehre

Technik im Operationssaal

Praktische Krankenpflege auf Intensivmedizineinheiten

Umgang mit Operationsmaterial und Medikamenten

Unfallverhütung, Sicherheit in der Operationsabteilung

— Fächergruppe 4: Operationstechnische Grundlagen (80 bis 100 Stunden)

Operationslehre

Endoskopie im Operationssaal

Radiologie, Diagnostik und Therapie

(2) Praktische Weiterbildung

— Operationsabteilungen für allgemeine Chirurgie	16 Wochen
— Operationsabteilung für Gynäkologie	6 Wochen
— Operationsabteilung für Unfallchirurgie	8 Wochen
— Operationsabteilung für spezielle Chirurgie	4 Wochen
— Sterilisation	2 Wochen
— Anästhesie und Intensivmedizin	4 Wochen
— nach Wahl	4 Wochen
	44 Wochen

2. *Fachkrankenschwester/Fachkrankenpfleger/Fachkinderkrankenschwester für den Anästhesiedienst und die Intensivpflege*

a) Weiterbildungszeit: 1 Jahr

b) Ziel der Weiterbildung

Die Weiterbildung soll Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern mit ihren vielfältigen Aufgaben in der Anästhesie und der Intensivpflege vertraut machen und ihnen die zur Erfüllung dieser Aufgaben erforderlichen speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln.

Zu den Aufgaben der Fachkrankenschwester, des Fachkrankenpflegers bzw. der Fachkinderkrankenschwester für den Anästhesiedienst und die Intensivpflege zählen vor allem die Vorbereitung der Anästhesie, das Assistieren während der Narkose, die sachgerechte Pflege, Behandlung und Wartung der Anästhesieutensilien und -geräte sowie deren Desinfektion und Sterilisation, die postoperative Überwachung der Patienten, sämtliche sonstigen auf Intensivüberwachungs- und Intensivbehandlungseinheiten anfallenden Tätigkeiten sowie das Anleiten von Pflegehilfskräften und Schülern.

c) Inhalt der Weiterbildung

(1) Theoretischer und praktischer Unterricht

— Fächergruppe 1: Medizinische Grundlagen (80 Stunden)

Geschichte, Bedeutung und Aufgabe der Anästhesiologie

Klinische Hygiene und Mikrobiologie

Blut und Blutersatzmittel

Pharmakologie der Herz- und Kreislaufmittel

Schockbekämpfung

Atmungsorgane

Energieumsatz des Körpers

Prämedikation

— Fächergruppe 2: Sozialwissenschaftliche Grundlagen (60 Stunden)

Planung, Koordination und Organisation des Personaleinsatzes

Pädagogik, Psychologie und Soziologie

Krankenhausbetriebslehre

— Fächergruppe 3: Pflegerische Grundlagen (120 Stunden)

Desinfektions- und Sterilisationsverfahren

Dauerbeatmung

Medizinische Elektronik

Zentrale Gasversorgung

Infusionslehre

Postoperative Überwachung des Patienten

Intensivpflege und Intensivbehandlung

Spezielle Pflege- und Behandlungsmaßnahmen auf Intensivmedizineinheiten

Tetanusbehandlung und -pflege

Behandlung und Pflege bei schweren Verbrennungen

Assistenz bei kleineren Eingriffen

Mithilfe bei diagnostischen Maßnahmen

— Fächergruppe 4: Anästhesiologische Grundlagen (60 Stunden)

Narkoselehre

Spezielle Anwendungsgebiete der Anästhesie

Wiederbelebungsmaßnahmen

(2) Praktische Weiterbildung

— Operationsabteilung für allgemeine Chirurgie (Anästhesieabteilung)	12 Wochen
— Operationsabteilung für Unfallchirurgie (Anästhesieabteilung)	4 Wochen

— Operationsabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anästhesieabteilung)	4 Wochen
— Operationsabteilung für spezielle Chirurgie (Anästhesieabteilung)	4 Wochen
— Intensivüberwachungs- und Intensivbehandlungseinheiten (Chirurgie und Innere Medizin bzw. Pädiatrie)	16 Wochen
— nach Wahl	4 Wochen
	44 Wochen

3. *Fachkrankenschwester/Fachkrankenpfleger in der Psychiatrie*

a) Weiterbildungszeit: 1 Jahr

b) Ziel der Weiterbildung

Die Weiterbildung soll Krankenschwestern und Krankenpfleger mit ihren vielfältigen Aufgaben in psychiatrischen Einrichtungen vertraut machen und ihnen die zur Erfüllung dieser Aufgaben erforderlichen speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln.

Zu den Aufgaben der Fachkrankenschwester bzw. des Fachkrankenpflegers in der Psychiatrie zählen die stationäre krankenpflegerische Versorgung psychisch Kranker einschließlich der Mitarbeit in Gruppen-, Sozio-, Milieu- und Werktherapie, die Mitwirkung bei sozialpsychiatrischen Maßnahmen in Tages- und Nachtkliniken, in Übergangs- und Wohnheimen sowie in Freizeitklubs, das Anleiten von Pflegehilfskräften und Schülern.

c) Inhalt der Weiterbildung:

(1) Theoretischer und praktischer Unterricht

— Fächergruppe 1: Medizinische Grundlagen (200 Stunden)
  - Einführung in die Psychiatrie
  - Allgemeine Psychopathologie
  - Psychiatrische Krankheitsbilder
  - Forensische Psychiatrie
  - Jungendpsychiatrie
  - Neurologie
  - Psychologie
  - Medizinische Behandlungsmethoden

— Fächergruppe 2: Sozialwissenschaftliche Grundlagen (70 Stunden)
  - Einführung in die Sozialpsychiatrie
  - Sozialpsychiatrische Einrichtungen
  - Soziotherapeutisch orientierte Krankenabteilungen
  - Einstellungs- und Haltungstypen bei Soziotherapie
  - Patientenmitverantwortung
  - Aktivierungsprogramme
  - Therapeutische Position des Personals
  - Pädagogik, Soziologie
  - Soziale und rechtliche Auswirkungen psychischer Störungen und Erkrankungen
  - Planung und Organisation des Personaleinsatzes
  - Krankenhausbetriebslehre

— Fächergruppe 3: Pflegerische Grundlagen (50 Stunden)
  - Geschichte, Bedeutung und Aufgabe der Pflege psychisch Kranker
  - Das psychiatrische Krankenhaus
  - Krankenbeobachtung und Bericht
  - Spezielle pflegerische Probleme
  - Pflegerische Hilfe bei medizinischen Behandlungsmaßnahmen
  - Möglichkeiten der Rehabilitation im Krankenhaus und nach der Entlassung
  - Tages- und Nachtdienst in der psychiatrischen Krankenpflege
  - Psychiatrische Krankenpflege und Öffentlichkeitsarbeit

(2) Praktische Weiterbildung

— Allgemeine Pflegeabteilung (auch Gruppentherapie)	6 Wochen
— Aufnahmeabteilung	5 Wochen
— Unruheabteilung	10 Wochen
— Geriatrie und Abteilung für chronisch Kranke	5 Wochen
— Neurologie	4 Wochen
— Kinder- und Jugendabteilung	4 Wochen
— Beschäftigungstherapie	4 Wochen
— Übergangsheim	2 Wochen
— nach Wahl	4 Wochen
	44 Wochen

Anmerkung:

Eine Sachverständigenkommission hat zur Eingliederung des theoretischen und praktischen Unterrichts in den einjährigen Weiterbildungslehrgang den folgenden Modellvorschlag erarbeitet:

„Es empfiehlt sich, den Unterrichtsblock (120 Stunden) in 2 × 2 Unterrichtswochen zu je fünf Unterrichtstagen von jeweils sechs Unterrichtsstunden aufzuteilen, von denen die ersten beiden Wochen am Anfang des Lehrganges, die letzten beiden Wochen in der zweiten Lehrgangshälfte durchgeführt werden.

Der theoretische und praktische Unterricht während der Zeit der praktischen Weiterbildung (200 Stunden) sollte zweckmäßigerweise an wöchentlich einem Unterrichtstag oder -nachmittag zu je fünf Unterrichtsstunden durchgeführt werden.

Übersicht:

Theoretischer und praktischer Unterricht 320 Unterrichtsstunden,

davon

während des Blockunterrichts (4 Wochen)

2 Wochen am Anfang und 2 Wochen in der zweiten Hälfte des Lehrganges, und zwar

je Woche 5 Unterrichtstage zu je 6 Stunden á 45 Minuten,

das sind (2×2) × 5 × 6 Unterrichtsstunden = 120 Unterrichtsstunden;

während der praktischen Weiterbildung (44 Wochen)

1 wöchentlicher Unterrichtstag oder -nachmittag zu je 5 Stunden á 45 Minuten, das sind (bei Einplanung einer vierwöchigen Ferienzeit) 40 × 5 Unterrichtsstunden = 200 Unterrichtsstunden."

(Anlage)

ZEUGNIS

Krankenschwester
Krankenpfleger
Kinderkrankenschwester

.....

hat in der Zeit vom ..... bis .....

an einem Weiterbildungslehrgang für den Operationsdienst (für den Anästhesiedienst und die Intensivpflege; in der Psychiatrie) teilgenommen und die Abschlußprüfung wie folgt bestanden:

Schriftliche und mündliche Prüfung: .....

Praktische Weiterbildung: .....

Der Weiterbildungslehrgang und die Prüfung wurden gemäß den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 25. Mai 1971 für die Weiterbildung zu Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpflegern/Fachkinderkrankenschwestern (DKH 6/71, S. 269 ff.) durchgeführt.

.....

wird ermächtigt, die Berufsbezeichnung

.....

zu führen.

Ort und Datum: ..... Unterschriften: .....

Strukturplan für die Neuordnung der beruflichen Bildung in der Krankenpflege

Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 11. Dezember 1973

Allgemeine Grundsätze

Nach einer Entschließung des Deutschen Bundestages vom 1. März 1972 (zu Bundestagsdrucksache VI/3160) soll das Krankenpflegegesetz alsbald novelliert werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft *empfiehlt*, hierbei von folgenden Grundsätzen auszugehen:

1. Die Novellierung des Rechtes der Krankenpflegeberufe muß eine strukturelle, inhaltliche und organisatorische Neuordnung der beruflichen Bildung im Bereich der Krankenpflege beinhalten. Dabei müssen nicht nur die Ausbildungen zu pflegerischen Berufen, sondern auch die Weiterbildung und die Verpflichtung zur Fortbildung ausgebildeter Pflegepersonen gesetzlich geregelt werden.
2. Die beruflichen Bildungsgänge müssen den allgemeinen Grundsätzen der Bildungsgesamtplanung von Bund und Ländern entsprechen. Sie müssen von der Forderung ausgehen, daß die Krankenpflege eigenständige Aufgaben wahrzunehmen hat und daß Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Krankenpfleger Mitglieder eines therapeutischen Teams sind.
3. Vornehmliches Ziel der beruflichen Bildungsmaßnahmen muß sein, Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Krankenpfleger neben der Vermittlung medizinischer und technischer Kenntnisse und Fertigkeiten vor allem für den unmittelbaren Umgang mit Patienten zu motivieren und zu befähigen. Die berufliche Bildung der Pflegekräfte muß deshalb praxisbezogen und in enger Verbindung mit leistungsfähigen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens gestaltet werden.
4. Die Befähigung der Pflegekräfte zur Wahrnehmung direkthumanitärer Aufgaben wird insbesondere durch Bildungsmaßnahmen in der Fächergruppe „Psychologische Medizin" vermittelt, der bei der Novellierung des Berufsbildungsrechts daher besondere Bedeutung zukommen muß. Dies muß für die berufliche Bildung aller Pflegekräfte gelten. Das Fach Psychiatrie muß deshalb in Theorie und Praxis als Hauptfach gleichgewichtig neben die Fächer Innere Medizin und Chirurgie treten.
5. Die für die pflegerischen Berufe gefundenen Strukturen und Gestaltungsgrundsätze für die berufliche Bildung müssen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der einzelnen Berufe auf den Gesamtbereich der beruflichen Bildungsmaßnahmen für Angehörige nichtärztlicher medizinischer Berufe übertragen werden können.

Bildungsgänge im Sekundarbereich

Für die einzelnen beruflichen Bildungsgänge empfiehlt die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Strukturen:

1. Die beruflichen Bildungsmaßnahmen (Aus- und Weiterbildung) für Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Krankenpfleger sollen grundsätzlich in den Sekundarbereich II eingegliedert werden. Sie sollen sich gliedern in dreijährige Ausbildungsgänge und hierauf aufbauende ein- bis zweijährige Weiterbildungsmöglichkeiten eröffnen.
   1.1 Die *Ausbildung zur (Kinder-)Krankenschwester/zum Krankenpfleger* soll einen mittleren Bildungsabschluß nach mindestens zehnjähriger Schulbildung als Zugangsvoraussetzung haben. Sie soll sich gliedern in eine einjährige Berufsgrundbildung und eine anschließende zweijährige Berufsfachbildung. Sie soll als erste berufliche Qualifizierung zur Ausübung der Krankenpflege unter einer entsprechenden Berufsbezeichnung berechtigen.
   1.2 Die *Weiterbildung von (Kinder-)Krankenschwestern und Krankenpflegern* soll, auch wenn sie länger dauert, nach einem Jahr zu einer zweiten beruflichen Qualifizierung in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie oder Gemeindearbeit führen. Die Qualifizierung soll zur Ausübung der Krankenpflege in einem größeren Verantwortungs- und Entscheidungsbereich befähigen. Daneben soll sie Grundlagen für eine weitere fachbezogene Spezialisierung legen (z. B. internistische oder chirurgische Intensivmedizin, Dialyse, Anaesthesiedienst, Operationsdienst).
2. Die *Ausbildung in der Krankenpflegehilfe* soll ebenfalls in den Sekundarbereich II eingegliedert werden. Sie soll die Erfüllung der allgemeinen gesetzlichen Schulpflicht zur Eingangsvoraussetzung haben, ohne daß es des mittleren Bildungsabschlusses bedarf. Die Ausbildung soll sich gliedern in eine einjährige Berufsgrundbildung und eine anschließende ebenfalls einjährige Berufsfachbildung. Sie soll zur Ausübung der Krankenpflegehilfe unter einer entsprechenden Berufsbezeichnung qualifizieren und Übergangsmöglichkeiten zur Ausbildung in der (Kinder-) Krankenpflege eröffnen.
3. Für die Vermittlung der beruflichen Bildungsgänge sollen staatlich anerkannte, in Verbindung

mit Krankenhäusern betriebene Lehranstalten öffentlicher oder privater Träger geschaffen werden. Die Bildungsmaßnahmen sollen planerisch, organisatorisch und hinsichtlich der Erteilung des theoretischen und praktischen Unterrichts auf überschaubarer Ebene bei den Lehranstalten zusammengefaßt, hinsichtlich der praktischen Fachbildung jedoch — ggf. dezentralisiert — in den Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens unter der Verantwortung der Lehranstalt durchgeführt werden.

Bildungsmaßnahmen für den Tertiärbereich

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt, auch Bildungsmaßnahmen für den Tertiärbereich einzurichten und hierfür folgende Grundsätze vorzusehen:

1. Der Ausbildungsgang zur (Kinder-)Krankenschwester/zum Krankenpfleger soll neben der beruflichen Erstqualifizierung auch den Weg zur *Fachhochschulreife* und damit zum späteren Hochschulstudium eröffnen können — nicht müssen. Dabei soll die Vermittlung der erforderlichen allgemeinbildenden Fächer während der beruflichen Grundbildung (also im ersten Ausbildungsjahr) obligatorisch in den Bildungsgang integriert sein; während der beruflichen Fachbildung (also im zweiten und dritten Ausbildungsjahr) dagegen kann sie in Zusatzkursen parallel zur Fachbildung angeboten werden. Den interessierten (Kinder-)Krankenpflegeschüler(innen) soll Gelegenheit zum Besuch dieser Kurse gegeben werden.
2. Für die Absolventen studienbezogener Bildungsgänge, also für Abiturienten, soll alternativ zum beruflichen Ausbildungsgang im Sekundarbereich II das (Kurz-) *Studium der (Kinder-)Krankenpflege an einer Fachhochschule* im Tertiärbereich angeboten werden. Das Studium soll sich gliedern in ein einjähriges Grundstudium und ein anschließendes praxisverbundenes zweijähriges Fachstudium.
3. Für die Vorbereitung auf die Übernahme von Leitungs- und Lehraufgaben im Bereich der (Kinder-)Krankenpflege(hilfe) sollen das *Studium der Pflegedienstleitung* und das *Studium für das Lehramt* an einer Fachhochschule im Tertiärbereich geschaffen werden.

Stellungnahme der DGPN zur Überarbeitung der Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten aus dem Jahre 1968

Vorbemerkungen

Die Entwicklung der *Psychiatrie* ist in den vergangenen 6 Jahren durch die Empfehlungen des Wissenschaftsrats aus dem Jahre 1968 in vielerlei Hinsicht entscheidend beeinflußt worden.

Diese Einflüsse und Impulse sind weit über den Bereich der Hochschul-Psychiatrie hinausgegangen. Das zeitliche Zusammentreffen der „Empfehlungen" mit anderen Entwicklungen (z. B. mit der allgemeinen Entwicklung an den Hochschulen; mit den Hochschulgesetzgebungen in den Bundesländern; mit dem Vollzug der neuen Approbationsordnung; mit den Krankenhaus-Struktur-Gesetzen der Länder; mit den Planungen für eine Verbesserung der Versorgung der psychisch Kranken auf Länder- und Bundesebene) hat Prozesse in Gang gesetzt und Resultate hervorgebracht, die nicht von vornherein den Intentionen des Wissenschaftsrats entsprochen haben. Das hat zwar in manchen Punkten auch durchaus begrüßenswerte Entwicklungen eingeleitet; in mancherlei Hinsicht sind die resultierenden Einflüsse jedoch als nicht förderlich für die Psychiatrie zu bewerten. In Zukunft wird es daher notwendig sein, mehr als in der Vergangenheit darauf zu achten, welche unbeabsichtigten (und dann womöglich ungünstigen) Nebenwirkungen Reformen haben können.

In dieser Situation begrüßt es die DGPN, daß jetzt die Empfehlungen des Wissenschaftsrats überarbeitet werden sollen.

Die Stellungnahme der DGPN beschränkt sich im wesentlichen auf einige *prinzipielle Gesichtspunkte* und die daraus erwachsenden *organisatorischen Konsequenzen.* Bei den prinzipiellen Gesichtspunkten sind die Überlegungen *zur Struktur und zum Ausbau der psychiatrischen Ausbildungsstätten* mehr in den Vordergrund gerückt worden als die Überlegungen *zur Struktur und zum Ausbau der psychiatrischen Forschungsstätten.* Das liegt daran, daß die allgemeine — nicht nur die Psychiatrie betreffende — Entwicklung und derzeitige Situation dies verlangen. Die DGPN vertritt jedoch die Ansicht, daß trotz dieser derzeitigen Schwerpunktsetzung hinsichtlich Ausbildungsfragen die *Forschungsförderung* in der Psychiatrie ein mindest ebenso dringliches Anliegen ist. Im Vergleich zu allen anderen klinischen Disziplinen spielt für die Psychiatrie der Ausbau der *klinischen* Forschung eine besonders wichtige Rolle. Deswegen muß bei allen Empfehlungen für die nächsten sechs bis acht Jahre — auch wenn der Akzent auf dem Ausbau der Ausbildungsstätten liegt — von vornherein bedacht werden, ob und in welcher Form solche Empfehlungen so erweitert und ergänzt werden können, daß sie gleichzeitig auch zum wirksamen Instrument wirksamer Forschungsförderung werden.

Die DGPN verzichtet in dieser Stellungnahme weitgehend darauf, auf thematisch-inhaltliche Aspekte der psychiatrischen Forschung einzugehen. Es erschien der DGPN auch nicht zweckmäßig, im jetzigen Zeitpunkt detaillierte Empfehlungen zur *personellen Ausstattung* — zu den „Stellenplänen" — der psychiatrischen Universitätskliniken auszuarbeiten. Die Ist-Situation und die — soweit sie vorliegen — Entwicklungspläne für die Universitätskliniken variieren in einem Maße, daß es nicht möglich ist, generelle Empfehlungen für die *zahlenmäßige Personalausstattung* zu machen. Die DGPN beschränkt sich daher auf Empfehlungen zur Ausstattung einer Universitätsklinik mit *Funktionen* (s. unten; besonderer Abschnitt), ohne dabei auf die hieraus resultierenden Stellenpläne einzugehen. Ohne auf einzelne Bezugszahlen zurückgreifen zu können, muß dennoch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß an vielen psychiatrischen Universitätskliniken zum Teil erhebliche Stellenplanverbesserungen notwendig sind. Das resultiert daraus, daß an vielen Kliniken die in den „Empfehlungen" von 1968 niedergelegten Zahlen noch längst nicht erreicht worden sind. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß die neue Approbationsordnung (AO) von der Psychiatrie eine Vervielfachung des Aufwands für die Lehre fordert. Diese zusätzliche Belastung muß im wesentlichen von den Hochschullehrern und dem übrigen wissenschaftlichen Personal der psychiatrischen Universitätskliniken getragen werden. Das ist nur möglich, wenn die Stellenpläne verbessert werden. Es wäre zweckmäßig, wenn in Zukunft aus der Aufstellung der Stellenpläne erkennbar wird, daß die Bereiche „Krankenversorgung — Lehre — Forschung" *jeweils* ausreichend berücksichtigt worden sind. Sonst bleibt immer die Gefahr, daß womöglich ein Bereich zugunsten eines anderen vernachlässigt wird oder womöglich alle drei Bereiche hinter den zu fordernden modernen Standards zurückbleiben.

Die Stellungnahme der DGPN stützt sich auf Beratungen in ihrer Fachvertreterkonferenz, der die Fachvertreter für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Forensische Psychiatrie der Universitäten und Medizinischen Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) angehören, und an der außerdem immer verschiedene Fachvertreter für Psychosomatik und Psychotherapie teilnehmen. Diese Stellungnahme wurde außerdem im Vorstand der DGPN, in dem auch die übrigen der DGPN angehörenden Psychiater (insbesondere die an den großen psychiatrischen Landeskran-

kenhäusern tätigen Psychiater und die niedergelassenen Nervenärzte) maßgeblich vertreten sind, beraten.

Bei den Beratungen und bei der Ausarbeitung der Stellungnahme wurde zu Beginn einhellig festgestellt, daß sich *die in den Empfehlungen von 1968 vertretenen Prinzipien als insgesamt richtig erwiesen und bewährt haben.* Deswegen geht die DGPN auch davon aus, daß die *psychiatrische Universitätsklinik unverändert eine zentrale Bedeutung für die künftige Entwicklung der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten* besitzt.

Die psychiatrische Universitätsklinik (Allgemeine Gesichtspunkte)

Struktur und Organisation der psychiatrischen Universitätskliniken müssen sicherstellen, daß neben der *Krankenversorgung* den Aufgaben der *Forschung und Lehre* (Ausbildung und Weiterbildung) gleichermaßen Rechnung getragen werden kann. In wachsendem Umfang kommen Aufgaben der *Fortbildung* hinzu.

Voraussetzung für eine Bewältigung dieser umfangreichen Aufgaben ist, daß die psychiatrischen Universitätskliniken über eine *ausreichend breite empirische Basis* verfügen. Hierzu gehört, daß die Ausbildung an allen Gruppen von psychisch Kranken (unter Vermeidung einseitiger Selektionen oder gar Ausklammerung bestimmter Krankheitsgruppen wie z. B. der chronisch Kranken) orientiert werden kann. Beste Voraussetzung hierfür ist *enge Zusammenarbeit zwischen Universitätskliniken und den großen psychiatrischen Landeskrankenhäusern.* Diese Kooperation sollte nicht nur für die Verbesserung der Ausbildung genutzt, sondern zugleich zur Basis kooperativer Forschung über wissenschaftlich vernachlässigte Kernprobleme der klinischen Psychiatrie gemacht werden.

Es ist sicherzustellen, daß die psychiatrischen Universitätskliniken *an der regionalen psychiatrischen Standardversorgung (Grund- und Regelversorgung) beteiligt* sind. Hierdurch dürfen jedoch unterschiedliche Schwerpunktbildungen an den verschiedenen psychiatrischen Universitätskliniken nicht behindert werden. Einzelne psychiatrische Universitätskliniken werden die volle Übernahme der psychiatrischen Versorgung für eine bestimmte Region („Sektorisierung") zum speziellen wissenschaftlichen Schwerpunkt machen; die Mehrzahl der psychiatrischen Universitätskliniken wird Aufgaben im Rahmen der Standardversorgung jedoch — in Abhängigkeit von der Größe — nur im bestimmten Umfang übernehmen können.

Die bisher angenommenen Richtwerte über die Größe der psychiatrischen Universitätskliniken müssen revidiert werden. Es ist nämlich nicht möglich, mit 100 Betten für klinische Psychiatrie die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für die wichtigsten psychiatrischen Krankheiten im Rahmen der Aus- und Weiterbildung ausreichend differenziert anzubieten. Aufgrund der Erfahrung in den letzten Jahren ist zu fordern, daß psychiatrische Universitätskliniken in Zukunft in der Regel über *200 (bis 240) Betten* verfügen. Diese Forderung wird übrigens auch im Zwischenbericht (1973) der vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit berufenen „Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" nachdrücklich vertreten. Die Sachverständigen-Kommission hat eine psychiatrische Universitätsklinik dieser Größe als *„Modell A"* bezeichnet und einem *„Modell B"* gegenübergestellt, das *über 600 Betten* verfügen sollte, die Funktion eines psychiatrischen Behandlungszentrums hat und im organisatorischen Aufbau einem psychiatrischen Landeskrankenhaus entspricht.

Die psychiatrischen Universitätskliniken gehören fast ausschließlich zum Typ A, sind jedoch im jetzigen Zeitpunkt — wie gerade auch durch die Stellungnahme der Sachverständigen-Kommission belegt wird — *zu klein.*

In einem Einzelfall (Düsseldorf) entspricht eine psychiatrische Universitätsklinik nicht dem Typ A, sondern dem Typ B; sie verfügt über weit mehr als 200 Betten. Diese Klinik hat einerseits die Funktion einer der üblichen Universitätskliniken; andererseits muß sie gleichzeitig die Aufgaben eines psychiatrischen Landeskrankenhauses wahrnehmen. In Einzelfällen sollte auch dieser Typ einer psychiatrischen Universitätsklinik erhalten bleiben und gefördert werden, um vielleicht gerade an solchen Beispielen Funktion und Arbeitsweise eines modernen „psychiatrischen Behandlungszentrums" praktisch zu entwickeln und von vornherein in Lehre und Forschung einzubeziehen. Voraussetzung für die Funktionstüchtigkeit einer psychiatrischen Universitätsklinik nach Typ B und die Schaffung weiterer derartiger Modelle ist eine wirkungsvolle Zusammenarbeit der jeweilig zuständigen Kultus- und Sozialministerien auf Landesebene. Das gilt in gleichem Maße für die Einbeziehung einzelner psychiatrischer Landeskrankenhäuser in die Lehre als akademische Lehrkrankenhäuser.

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrats hatten im Jahr 1968 unberücksichtigt gelassen, daß sich die *stationäre psychiatrische Versorgung* — im Unterschied zu allen anderen klinischen Fächern der Medizin — *auf zwei Krankenhaustypen stützt,* die hier — in Anlehnung an den Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission — als Typ A und Typ B beschrieben wurden.

Die gelegentlich erhobene Forderung, alle psychiatrischen Universitätskliniken in der gleichen Form und in gleichem Umfang wie die psychiatrischen Landeskrankenhäuser im Rahmen einer regional gegliederten Standardversorgung auch für die Versorgung von chronisch Kranken heranzuziehen, ist letztlich unrealistisch. Voraussetzung hierfür wäre nämlich, daß alle psychiatrischen Universitätskliniken des Typs A in Typ B überführt und damit auf mindestens 600 Betten ausgebaut werden müßten. Ein realistischer Weg ist es hingegen, die Universitätskliniken durch Verbesserung der Kooperation zwischen psychiatrischer Universitätsklinik und

psychiatrischem(n) Landeskrankenhaus(häusern) zu beteiligen.

Eine weitgehende Umwandlung von psychiatrischen Universitätskliniken in Kliniken des Typs B ist aus vielerlei Gründen nicht zweckmäßig und nicht möglich. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß schon wegen der begrenzten Zahl der psychiatrischen Universitätskliniken insgesamt eine völlige Integration in die Standard- und Regelversorgung nicht möglich ist; psychiatrische Universitätskliniken werden immer auch überregionale Funktionen und Spezialaufgaben wahrnehmen. So ist in Zukunft weiterhin als Regelfall der psychiatrischen Universitätskliniken der Typ A mit der angegebenen Größe von 200 (bis 240) Betten zu fördern; der Typ B wird die Ausnahme bleiben.

Der bereits erwähnten funktionalen Verknüpfung der psychiatrischen Universitätskliniken vom Typ A mit den psychiatrischen Landeskrankenhäusern ist in Zukunft besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Für alle Aufgaben der Ausbildung ist die Verwirklichung dieser Zusammenarbeit nach dem Modell des akademischen Lehrkrankenhauses möglich. Auch für den Bereich der Weiterbildung ist zu erwarten, daß sich die Zusammenarbeit verstärkt. Hierfür sind einzelne Bestimmungen der jetzt gültigen Weiterbildungsordnung eine Basis; die Entwicklung wird noch durch die in Aussicht stehenden Facharztgesetze zwangsläufig intensiviert werden. Der Fragen der Fortbildung sollten sich psychiatrische Universitätskliniken und psychiatrische Landeskrankenhäuser in Zukunft von vornherein gemeinsam annehmen.

Diese *Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Universitätskliniken und psychiatrischen Landeskrankenhäusern* auf den Gebieten der Aus-, Weiter- und Fortbildung wird — unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungserfordernisse für verschiedene Patientengruppen — zur Verbesserung der Krankenversorgung beitragen. Außerdem ist diese Kooperation dann aber auch gleichzeitig eine realistische Basis für die in jüngster Zeit von den Direktoren der psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit Nachdruck und durchaus zu Recht geforderte Einbeziehung des psychiatrischen Landeskrankenhauses in die Forschung.

Ähnliche Koordinierungen wie zwischen psychiatrischer Universitätsklinik und psychiatrischem Landeskrankenhaus müssen in der Zukunft auch für die *Zusammenarbeit der psychiatrischen Universitätsklinik mit nervenärztlichen Fachpraxen* angestrebt werden. Aus-, Weiter- und Fortbildung müssen einerseits den Gesichtspunkten der nervenärztlichen Praxis Rechnung tragen. Andererseits muß sich die Forschung vermehrt — wie z. B. in Großbritannien seit etwa zehn Jahren — auch Fragestellungen widmen, die nur an ambulant behandelten Patienten wissenschaftlich untersucht werden können. Hierzu sind zwar in den zu allen psychiatrischen Universitätskliniken gehörenden Polikliniken begrenzte Möglichkeiten gegeben. Als Analogon einer nervenärztlichen Praxis ist eine Poliklinik einer Universitätsklinik jedoch natürlich nicht anzusehen.

Alle bisher angeführten Gesichtspunkte machen es verständlich, daß psychiatrische Universitätskliniken (vorzugsweise Kliniken vom Typ A) nicht ohne weiteres nach einem der vom Wissenschaftsrat 1968 empfohlenen Modelle (I bis III) strukturiert werden können (nähere Einzelheiten hierzu: siehe unten).

Die 1968 vom Wissenschaftsrat empfohlene Integration der psychiatrischen Universitätsklinik in ein *klinisches Zentrum („Nervenzentrum")* ist unverändert aktuell, sollte sogar jetzt mit verstärktem Nachdruck gefordert werden.

Die Neurologie hat in den letzten Jahren eine notwendige Förderung durch Verselbständigung (in Form eigenständiger neurologischer Kliniken bzw. Abteilungen) an schon fast allen Universitäten erfahren. Jetzt bahnt sich mancherorts aber die Gefahr der Desintegration an, so daß nunmehr vor allem die Integrationsgesichtspunkte (auf der Ebene des „Nervenzentrums") wieder stärker betont werden müssen. Entsprechendes gilt auch für die Psychotherapie und Psychosomatik, nachdem spätestens im Zusammenhang mit dem Vollzug der neuen Approbationsordnung ein vergleichbarer Differenzierungsprozeß eingesetzt hat, der — bei allen begrüßenswerten Vorteilen — durchaus ähnlich wie bei der Neurologie auch eine Desintegrationsgefahr in sich birgt.

Psychiatrie und Neurologie

1. Die notwendige Koordination von Psychiatrie und Neurologie ist am besten durch die organisatorische Zusammenfassung in einem klinischen Zentrum („Nervenzentrum") zu sichern.
2. Ein zu weites Auseinanderrücken von Psychiatrie und Neurologie würde sich nachteilig auf die Weiterbildung zum „Nervenarzt" (Facharzt für Psychiatrie und Neurologie) auswirken. Auch wenn sich jetzt an den Hochschulen eine Differenzierung der Nervenheilkunde in Psychiatrie und Neurologie vollzieht, so wird doch auch in Zukunft die Hauptlast der ambulanten Versorgung der Nervenarzt zu tragen haben. Dies wird auch dann so sein, wenn neben Nervenärzten zunehmend mehr Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie herangebildet werden.
3. Unabhängig von allen verwirklichten und denkbaren Kooperations- und Koordinationsmodellen von Psychiatrie und Neurologie muß gewährleistet sein, daß in der klinischen Psychiatrie Neurologie als Basiswissen fest verankert bleibt. Nur auf diese Weise können die Probleme der vielfältigen Grenz- und Überschneidungsgebiete zwischen Neurologie und Psychiatrie (z. B. Epilepsie, Hirnkrankheiten mit neurologischer *und* psychopathologischer Symptomatik) praktisch und wissenschaftlich befriedigend bearbeitet werden.
4. Neuroradiologie und klinische Neurophysiologie müssen im Rahmen der Psychiatrie praktisch-diagnostisch und wissenschaftlich verfügbar sein.

Psychiatrie — Psychotherapie — Psychosomatik

1. Die noch 1968 lediglich für „einige Universitäten" empfohlene Verselbständigung der Psychotherapie und Psychosomatik ist an vielen Universitäten schneller, als zu erwarten war, vollzogen worden. Diese Entwicklung ist zu begrüßen, birgt jedoch auch Gefahren und Nachteile in sich.

2. Die Verselbständigung von Psychotherapie und Psychosomatik kann dazu führen, daß sich dieser Bereich innerhalb der Medizin isoliert. Eine damit dann womöglich einhergehende Ausgliederung der Psychotherapie aus der Psychiatrie wäre verhängnisvoll. Unbeschadet der Etablierung von Instituten bzw. Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie muß Psychotherapie vollintegrierter Bestandteil der Psychiatrie bleiben (siehe Abschnitt „Ausstattung einer psychiatrischen Universitätsklinik"). Der funktionale Kontakt der Psychiatrie zu den eigenständigen Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie wird am besten im Rahmen eines „Nervenzentrums" zu sichern sein.

   Unter Berücksichtigung der analogen Beziehungen zwischen Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und den „Organfächern" und Psychosomatik andererseits, ist der Differenzierung in Psychotherapie und Psychosomatik durchaus zuzustimmen. Psychosomatik muß zunehmend mehr Eingang in die „Organfächer" (Innere Medizin, Pädiatrie, Frauenheilkunde, Dermatologie usw.) und in die „Allgemeinmedizin" finden. Diese Entwicklung würde behindert, wenn Psychosomatik auch in der Zukunft nur von speziellen Instituten bzw. Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie betrieben würde.

3. Die ohnehin beträchtliche Ausweitung der Fächer „Psychotherapie" und „Psychosomatik" ist durch die Etablierung zusätzlicher, oft hochspezialisierter Institutionen und Hochschullehrerpositionen (z. B. für Psychohygiene; für psychotherapeutische Studienberatung; für psychoanalytische Methodik) noch akzentuiert worden. Das führt zu Nachwuchsproblemen, die mancherorts bedauerlicherweise dadurch gelöst worden sind, daß — insbesondere in den Bundesländern, in denen die Habilitation entwertet worden ist — noch nicht ausreichend qualifiziertes Personal in Lebenszeitpositionen berufen wurde. Wegen der engen Verklammerung zwischen Psychiatrie und Psychotherapie ist es aus der Sicht der Psychiatrie dringend wünschenswert, den weiteren Ausbau jetzt planmäßiger, unter Vermeidung weiterer Aufsplitterung und in enger Kooperation mit der Psychiatrie und den anderen Nachbarfächern voranzutreiben.

Zum Problem Sozialpsychiatrie

In den Empfehlungen von 1968 war besonders ausführlich auf die Sozialpsychiatrie eingegangen und die „Umstrukturierung der psychiatrischen Kliniken entsprechend den <Community Mental Health Centers>" empfohlen worden.

Hierzu muß ausführlich Stellung genommen werden, weil der Begriff „Sozialpsychiatrie" im Bereich der deutschsprachigen Psychiatrie in verschiedenen Bedeutungen gebraucht wird. Daraus sind in jüngerer Zeit vielfältige Mißverständnisse und die Entwicklung der gesamten Psychiatrie mitunter deutlich behindernde Meinungsverschiedenheiten erwachsen. Zumindest zwei verschiedene Sachverhalte werden als „Sozialpsychiatrie" bezeichnet:

a) Unter „Sozialpsychiatrie" werden verschiedene Behandlungs- sowie Rehabilitations-Verfahren und -Institutionen (Tageskliniken, Nachtkliniken, Patientenklubs, Beschützende Werkstätten, Beschützende Wohnstätten) verstanden. Diese Bereiche müssen in Zukunft jeder modernen psychiatrischen Universitätsklinik zur Verfügung stehen und sind deswegen unbedingt förderungsbedürftig. „Sozialpsychiatrie" in diesem Sinne ist integrierender Bestandteil der modernen Psychiatrie. Eine Herausnahme dieses Bereichs aus dem therapeutischen Bereich der psychiatrischen Universitätskliniken ist abzulehnen.

b) Unter „Sozialpsychiatrie" wird die Erforschung der Bedeutung sozialer Faktoren für Entstehung und Verlauf psychiatrischer Krankheitsbilder verstanden.

   Dieses Thema ist als Forschungsansatz wie jedes andere Forschungsgebiet im Rahmen einer psychiatrischen Universitätsklinik spezialisierungsfähig. Deswegen ist die Einrichtung von sozialpsychiatrischen Abteilungen *innerhalb* einzelner psychiatrischer Universitätskliniken für die Übernahme von Forschungsaufgaben ebenfalls förderungsbedürftig.

An einigen Universitätskliniken sind die letztlich für Klinik notwendigen Belange der Sozialpsychiatrie (im Sinne von a)) schon erfreulich weit entwickelt worden. Darauf aufbauend sind an einzelnen Kliniken auch bereits sozialpsychiatrische Forschungsschwerpunkte (im Sinne von b)) entstanden. Diese Entwicklungen sind zu fördern. Von der Errichtung sozialpsychiatrischer Kliniken oder sozialpsychiatrischer Abteilungen *neben* psychiatrischen Universitätskliniken ist jedoch dringend abzuraten.

(Es muß aus der Entwicklung in den letzten zehn Jahren verstanden werden, daß eine psychiatrische Universitätsklinik [Klinikum Mannheim] noch die Bezeichnung „Sozialpsychiatrische Klinik" führt, obwohl sie längst die Gesamtfunktion einer psychiatrischen Universitätsklinik übernommen hat.)

Psychiatrische Kliniken müssen immer (sowohl im diagnostischen wie auch im therapeutischen Bereich) auf einer Integration der biologisch-psychiatrischen, psychodynamisch-psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Grundlagen des Gesamtfachs basieren. Es ist völlig unbestritten, daß soziale Faktoren auf Entstehung und Entwicklung von vielen psychischen Störungen einen Einfluß haben können. Die Berücksichtigung dieses Wissens ist Sache der ganzen Psychiatrie. Diesem Wissen muß

in der Therapie und Rehabilitation immer mehr Rechnung getragen werden. Das hat jedoch nichts zu tun mit einer Nachahmung des „Community Mental Health Center-Systems" der USA. Vor solchen Versuchen muß sogar nachdrücklich gewarnt werden — schon allein deswegen, weil diese vor etwa zehn Jahren in den USA mit viel Optimismus eingeleitete Entwicklung — nicht zuletzt wegen der realitätsfremden Negierung der Notwendigkeit psychiatrischer Krankenhäuser — weitgehend gescheitert ist.

In allen psychiatrischen Universitätskliniken muß „Sozialpsychiatrie" (im Sinne von a)) für den Bereich der Therapie und Rehabilitation im Rahmen der Grundausstattung berücksichtigt werden. Eine Abspaltung der Sozialpsychiatrie würde in der Therapie und in der Rehabilitation zu Kontinuitätsabbrüchen führen und obendrein die Gefahr in sich bergen, einseitige — oft ideologische — Tendenzen zu begünstigen. Es muß auch vermieden werden, daß die psychiatrischen Universitätskliniken durch die Abspaltung der Sozialpsychiatrie dahin gelangen, sich in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten zu verschließen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die schon vor 1968 eingeleitete und durch die Empfehlungen des Wissenschaftsrats geförderte Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie muß weiterhin unterstützt werden. Die Deutsche Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie hat hierzu ausführlich Stellung genommen.

An jeder Universität sollte das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie institutionalisiert werden. Hierbei sind folgende Punkte zu beachten:

1. Von vornherein müssen enge funktionale Verknüpfungen zu den psychiatrischen und pädiatrischen Kliniken gesichert sein.
2. Im Zusammenwirken von Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und Psychiatrie andererseits muß dafür Sorge getragen werden, daß der Bereich der Psychiatrie der *Adoleszenz* nicht vernachlässigt wird. Eine gewisse Vernachlässigung der Psychiatrie dieser Altersgruppen ist zur Zeit nämlich nicht zu übersehen. Das rührt daher, daß diese Altersgruppe nicht mehr in die Verantwortung des Kinderpsychiaters, aber auch noch nicht in die Verantwortung der Erwachsenen-Psychiatrie gehört.
3. Die Forderung nach enger Koordination zwischen Psychiatrie und Neurologie (siehe oben) gilt im besonderen Maße auch für das Kindes- und Jugendalter. Psychiatrie des Kindesalters stützt sich in weiten Bereichen auf die sich in jüngster Zeit breit entwickelnde und unbedingt förderungswürdige Kinder-Neurologie.
4. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist enger Kontakt zu den psychotherapeutisch-psychosomatischen Institutionen unerläßlich.
5. Den unter 3. und 4. aufgeführten notwendigen funktionalen Verknüpfungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann am besten in einem klinischen Zentrum (Nervenzentrum) Rechnung getragen werden.

Gerontopsychiatrie

Dieser Bereich ist nicht in dem Maße gefördert worden, wie es die Empfehlungen von 1968 erwarten ließen. Eine Intensivierung der Förderung (in enger Zusammenarbeit mit der Inneren Medizin) ist — wie auch im Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission betont wird — dringend zu empfehlen. Dabei ist von vornherein darauf zu achten, daß bei der Realisierung von Einrichtungen für Gerontopsychiatrie der Gefahr der Desintegration vorgebeugt wird.

Forensische Psychiatrie

Auch die Forensische Psychiatrie sollte an einer Reihe von Universitätskliniken besonders gefördert werden. Das sollte stets in enger Anlehnung an die psychiatrischen Universitätskliniken erfolgen. Wenn Abteilungen für Forensische Psychiatrie eingerichtet werden, dann sollten diese Abteilungen mit den psychiatrischen Universitätskliniken organisatorisch verbunden bleiben.

Ausstattung einer psychiatrischen Universitätsklinik (Grundausstattung und Forschungsschwerpunkte)

In jeder psychiatrischen Universitätsklinik müssen in der Diagnostik und Therapie für die stationäre und die ambulante Krankenversorgung und im Bereich der Lehre immer biologisch-psychiatrische, psychodynamisch-psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Gesichtspunkte berücksichtigt und miteinander verknüpft werden.

Die psychiatrischen Universitätskliniken müssen über eine ausreichende *Bettenzahl* verfügen. Als Richtzahl können 200 (bis 240) Betten gelten (siehe oben). Die Größenordnung ergibt sich daraus, daß in der Regel erst in Kliniken dieser Größe eine ausreichende und auch ökonomischen Gesichtspunkten gerecht werdende Differenzierung der Pflegeeinheiten (Bettenstationen) möglich ist (geschlossene und offene Stationen; „unruhige" und „ruhige" Stationen; Männer-, Frauen- und gemischte Stationen).

Es wird von örtlichen Gegebenheiten abhängen, ob die *Gerontopsychiatrie* in diesem Rahmen integriert bleibt oder ob sich die Einrichtung besonderer gerontopsychiatrischer Pflegeeinheiten durchführen läßt. In jedem Falle sollte an allen Universitätskliniken die Entwicklung der Gerontopsychiatrie mit besonderem Nachdruck gefördert werden.

Zusätzlich wünschenswert und aus lokalen Gründen an manchen psychiatrischen Universitätskliniken notwendig sind *kleine Intensiv-Pflege- und Überwachungsstationen,* auf denen die Behandlung lebensbedrohlicher Krankheitsbilder bei psychiatrischen Patienten und eventuell auch Erstbehandlungen nach Suicidversuchen durchgeführt werden können. Diese Pflegeeinheiten benötigen einen sehr engen Kontakt zu den Intensiv-Pflege-Einrichtungen des Gesamt-Klinikums.

Wenn *Drogen-Abhängige* und *Alkoholiker* behandelt werden sollen, sind hierfür weitere kleine Spezialeinrichtungen erforderlich.

Zur Grundausstattung einer psychiatrischen Universitätsklinik gehören:

1. *eine psychiatrische (nervenärztliche) Poliklinik.* Je nach örtlich vorhandenen Aktivitäten können diesen Polikliniken Spezialambulanzen mit umgrenzten Aufgabenbereichen zugeordnet werden (z. B. für Drogen-Abhängige; für Alkoholiker; für Hirnverletzte; für psychotische Patienten — zur Rezidivverhütung und zur Behandlung chronisch Kranker; für Anfallskranke [„Anfallsambulanz"]; für gerontopsychiatrische Patienten; für suicidale Patienten [„Lebensmüden-Beratung"])!

2. ein *„Arbeitsbereich Psychotherapie".* Unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Psychotherapie und Psychosomatik in den zurückliegenden zehn Jahren (s. oben) ist es am zweckmäßigsten, wenn eine personell gut ausgestattete Arbeitsgruppe „Psychotherapie" innerhalb einer psychiatrischen Klinik folgende Aufgaben übernimmt:

   a) Konsultationskontakt mit allen Abteilungen der gesamten Klinik
   Diese Tätigkeit muß gleichzeitig die Basis für

   b) die Supervision der Weiterbildung und Fortbildung der Mitarbeiter der Klinik (einschließlich der speziellen Weiterbildung für den Erwerb der Berechtigung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" zur Facharztbezeichnung) bilden.

   c) Betreiben eines eigenen psychotherapeutischen Arbeitsbereichs, der sich wesentlich auf Diagnostik und Therapie bei ambulanten Patienten stützt.

   Psychotherapeutische Abteilungen mit eigenen Betten sollten im Rahmen psychiatrischer Kliniken die Ausnahme sein.

   Der Arbeitsbereich Psychotherapie sollte so ausgestattet sein, daß Spezialisierungen und Bildung von Forschungsschwerpunkten für psychotherapeutische Belange der Psychiatrie gebildet werden können (z. B. Krisenhilfe, Fokaltherapie, Familientherapie).

   Ein solcher klinisch integrierter psychotherapeutischer Schwerpunkt sollte nicht nur an Aus-, Weiter- und Fortbildungsaufgaben und an klinischen Tätigkeiten (bei stationären und ambulanten Patienten) beteiligt sein, sondern im engen wissenschaftlichen Austausch mit den übrigen Abteilungen der Klinik stehen.

3. ein *„Arbeitsbereich Klinische Psychologie"* für diagnostische und therapeutische Aufgaben, für Mitarbeit an klinisch bezogenen Forschungsprojekten — z. B. durch Einführung psychometrischer Methoden — und für die Entwicklung eigener klinisch-psychologischer Forschungsprojekte.

4. *Sozialdienste,* die mit einer ausreichenden Zahl von Sozialarbeitern zu besetzen sind.

5. Einrichtungen für *Arbeits- und Beschäftigungstherapie*

6. Einrichtungen für *physikalische und Bewegungstherapie* (Krankengymnastik)

7. *Diagnostische Spezialeinrichtungen* (einschließlich klinischem und klinisch-chemischem Labor, Neuroradiologie, klinischer Neurophysiologie).

Psychiatrische Universitätskliniken sollten unbedingt über *Rehabilitationseinrichtungen* für chronische Psychosen und über *teilstationäre Einrichtungen* (z. B. Tageskliniken, Nachtkliniken) verfügen.

Jede psychiatrische Universitätsklinik muß über ausreichenden Zugang zu modernen Methoden der *Dokumentation und Statistik* verfügen. Erfahrungsgemäß reicht zur Bewältigung dieser Aufgaben die Kooperation mit den entsprechenden Zentralinstituten der Universitäten nicht aus, da die Fragestellungen und Probleme der Psychiatrie in vielerlei Hinsicht von den Fragestellungen der übrigen klinischen Fächer abweichen. Empfehlenswert ist daher die besondere Förderung von Arbeitsgruppen für Dokumentation und Statistik, die sich an einigen psychiatrischen Universitätskliniken gebildet haben (s. unten), und die die ohnehin zumeist vorhandenen EDV-Ausstattungen erst rationell auszunutzen gestatten.

Über die aus der Grundausstattung sich entwickelnden *Forschungsschwerpunkte* hinaus sind an einzelnen psychiatrischen Universitätskliniken noch weitere Forschungsschwerpunkte zu fördern. Hierbei sollte von lokalen Gegebenheiten und Möglichkeiten ausgegangen werden.

In diesem Zusammenhang sind zu nennen:

1. Dokumentation und Statistik in der Psychiatrie (siehe oben);
2. klinische Biochemie in der Psychiatrie (Neurochemie);
3. klinische Psychopharmakologie;
4. klinische Endokrinologie in der Psychiatrie;
5. psychiatrische Genetik;
6. psychiatrische Epidemiologie.

   Diese Forschungsschwerpunkte sind an den in Betracht kommenden Kliniken zweckmäßigerweise in mehr oder minder enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Partnerfächern (z. B. Genetik, Epidemiologie, Endokrinologie usw.) aufzubauen und zu betreiben.

Weiterhin sind als Arbeits- und Forschungsschwerpunkte für einzelne Kliniken beispielhaft aufzuzählen (in willkürlicher, nicht nach Prioritäten geordneter Reihenfolge entsprechend den Anregungen einzelner Mitglieder der Fachvertreterkonferenz):

7. transkulturelle Psychiatrie;
   (eventuell unter besonderer Berücksichtigung von Untersuchungen an Gastarbeitern)
8. psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit;
9. Psychopathometrie;
10. Verkehrspsychiatrie;
11. Biometeorologie in der Psychiatrie;
12. kreative Psychotherapie;
13. Musiktherapie;
14. Psychiatrie des künstlerischen Ausdrucks.

Für die Entwicklung der Forschung in der Psychiatrie ist anzustreben, daß aussichtsreichen neuen Forschungsbereichen möglichst frühzeitig zur Verwirklichung verholfen wird, und daß Fortentwicklungen im Rahmen bereits bestehender Forschungsschwerpunkte möglichst ohne Verzug berücksichtigt und gefördert werden können. In diesem Zusammenhang regt die DGPN an, daß der Wissenschaftsrat ein außerordentliches Verfahren zur Prüfung der Empfehlungs- und Förderungswürdigkeit neuer Forschungsrichtungen entwickelt. Für ein solches Verfahren bietet die DGPN für den Bereich der Psychiatrie ihre Beratung und Mitwirkung an.

Struktur- und Organisationsfragen

Der Rahmen für Strukturfragen der psychiatrischen Universitätskliniken wird abgesteckt durch die in den vergangenen sechs Jahren in Kraft getretenen Hochschulgesetze der Länder.

A. Zur Klinikstruktur

Psychiatrische Universitätskliniken sollten mit anderen Kliniken und Instituten des nervenheilkundlichen Gebiets an der gleichen Universität (z. B. mit Kliniken bzw. Instituten bzw. Abteilungen für Neurologie; Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychotherapie und Psychosomatik; Neurochirurgie; Neuropathologie; Forensische Psychiatrie) zu einem *klinischen Zentrum („Nervenzentrum")* zusammengefaßt und auf dieser Ebene entsprechend Modell I der Empfehlungen des Wissenschaftsrats von 1968 organisiert werden.

Die Koordination zwischen den Instituten, Kliniken und Abteilungen (Betriebseinheiten) innerhalb des „Nervenzentrums" sollte durch ein Direktorium erfolgen, aus dessen Mitte ein Geschäftsführender Direktor zu wählen wäre.

In gewissen Grenzen wird die Zugehörigkeit zum „Nervenzentrum" und dessen Umfang und Struktur von Universität zu Universität variieren (z. B. hinsichtlich der Zugehörigkeit der Neuropathologie und Neurochirurgie). Die Zugehörigkeit von Neurologie und Psychiatrie zum selben „Klinischen Zentrum" sollte allerdings immer gewährleistet sein. Wenn einzelne Fächer des nervenheilkundlichen Stoffgebiets zu anderen Zentren zugeordnet sind (z. B. die Neurochirurgie zu einem Klinischen Zentrum für Chirurgie, die Neuropathologie zu einem Zentrum für Pathologie bzw. Morphologie), dann sollte dennoch die Notwendigkeit einer funktionalen Verknüpfung der Psychiatrie mit diesen Disziplinen nicht vernachlässigt werden.

Für die Organisationsebene der psychiatrischen Universitätskliniken selbst ist unter Berücksichtigung aller Ausführungen dieser Stellungnahme am ehesten ein modifiziertes Modell III entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftsrats von 1968 zu befürworten. Es sieht eine im Umfang dominierende Kernklinik vor, die die Bettenstationen und die Poliklinik umfaßt und die vom Direktor der gesamten Klinik geleitet wird. Als Abteilungen sollten den psychiatrischen Universitätskliniken dann einerseits alle die Gebiete angehören, die an anderen Universitäten unter Umständen schon Klinik- bzw. Institutscharakter haben (z. B. Forensische Psychiatrie; Psychotherapie) und andererseits die Gebiete, die einen besonderen Forschungsschwerpunkt der betreffenden psychiatrischen Universitätsklinik darstellen (z. B. Sozialpsychiatrie; klinische Psychopharmakologie; psychiatrische Genetik).

B. Zur Personalstruktur

Der Leiter einer psychiatrischen Universitätsklinik (bzw. psychiatrischen Abteilung in einem klinischen Zentrum) muß entsprechend den unter A. umrissenen Gesichtspunkten voll kompetent und verantwortlich und im Bereich der Krankenversorgung in diesem Umfang entscheidungsbefugt sein.

Der Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik soll in der Regel auf Dauer berufen werden.

Sachkompetenz und Entscheidungsbefugnis dürfen im Bereich der psychiatrischen Krankenversorgung nicht voneinander getrennt werden; deswegen müssen Pseudo-Demokratisierungen vermieden werden.

Unabhängig davon muß gewährleistet sein, daß für einzelne Arbeitsbereiche und Forschungsschwerpunkte Abteilungen bestehen bzw. gebildet werden, für deren Aufgabenbereiche Abteilungsleiter kompetent und verantwortlich sein müssen.

Zur Durchführung der Ausbildung der Studenten in psychiatrischen Universitätskliniken

Für den nach der AO geforderten Unterricht in kleinen Gruppen sind als optimale Relationen anzusehen: ein Patient: 4 bis 6 Studenten: ein Gruppenleiter (Dozent oder Assistent).

Daraus ist abzuleiten, daß bei etwa 200 Betten und einem ausreichenden Durchgang in der Poliklinik ca. 60 bis 80 Studenden gut auszubilden sind.

Die auf nicht absehbare Zeit hin notwendige Überschreitung dieser Richtgrößen zwingt zu mehr oder minder weitgehenden Abstrichen an der Qualität der Ausbildung.

Als entscheidende Hindernisse bei den Bemühungen um eine Verwirklichung der entsprechend der Approbationsordnung zu fordernden Intensivierung der studentischen Ausbildung in Psychiatrie erweisen sich die unzureichende Raumausstattung der psychiatrischen Universitätsklinik und die unzureichenden Stellenpläne. Aber selbst wenn ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stünden, um diese Engpässe zu überbrücken, wären die Schwierigkeiten und Probleme damit keineswegs überwunden. Es ist zu berücksichtigen, daß die Zahl der Hochschullehrer weder sehr schnell noch beliebig vermehrbar ist. Jede andere Lösung als eine auf lange Sicht angelegte Förderung des Hochschullehrernachwuchses kann nur durch nicht verantwortbare Einbußen an Qualität erkauft werden. Verhängnisvoll wäre es, wenn aus der Intention heraus, möglichst schnell einen Wandel zu schaffen, nicht ausreichend qualifiziertes Personal in Lebenszeitpositionen für Hochschullehrer einrückt. Das muß unbedingt vermieden werden, weil sonst der so begrüßenswerte Impuls für entscheidende Verbesserungen der Situation der Psychiatrie im Rahmen der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten zwar unbeabsichtigt, aber letztlich unabwendbar Stagnation, Erstarrung und Sterilität bewirken würde. Diese Gefahr ist in der Psychiatrie besonders groß deswegen, weil die Psychiatrie ein bisher in der Förderung vergleichsweise vernachlässigtes Fach war, dem jetzt jedoch (z. B. im Rahmen der Ausbildung aufgrund der Bestimmungen der neuen AO) eine sehr viel größere, angemessene Bedeutung zuerkannt worden ist, wodurch der Nachholbedarf besonders groß wird.

Anschließend sei noch einmal hervorgehoben, daß sich die DGPN von einer Überarbeitung der Empfehlungen des Wissenschaftsrats zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten erhofft, daß sie zum Ausgangspunkt ähnlich wirksamer Impulse und Anregungen zur Förderung der Psychiatrie werden, wie es die „Empfehlungen" aus dem Jahre 1968 gewesen sind.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur Bearbeitung der „Empfehlung des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Aufbau der Medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten" aus dem Jahre 1968

1 Vorbemerkung

Der Wissenschaftsrat überarbeitet z. Z. seine Empfehlungen aus dem Jahre 1968. Für die Entwicklung der Psychiatrie waren diese Empfehlungen in vielen Punkten nützlich. Sie orientierten sich in manchem an internationalen Erfahrungen, an Planungen und Neugründungen psychiatrischer Einrichtungen, aber auch an wissenschaftlichen und praktischen Bedürfnissen und halfen so, zusammen mit einer Reihe anderer Faktoren, eine notwendige Entwicklung und Modernisierung der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland einzuleiten. Bemühungen, einer in Deutschland einseitig deskriptiv-psychopathologisch und biologisch orientierten Psychiatrie zu einer breiteren psychologisch-medizinischen Perspektive zu verhelfen, konnten sich in Kultusministerien und akademischen Gremien auf diese „Empfehlungen" berufen. Und umgekehrt hatten die Verantwortlichen für die Hochschulen der Länderministerien an den „Empfehlungen" eine Legitimation, wenn es darum ging, neuropathologisch, biochemisch, psychopathologisch deskriptiv und forensisch-psychiatrisch überfrachtete Psychiatrieeinrichtungen der Universitäten in sozialmedizinischer, psycho-dynamischer und sozialtherapeutischer Hinsicht zu ergänzen und solche Bemühungen auch lokalen psychiatrischen Fachvertretern gegenüber zur Geltung zu bringen.

Ganz allgemein ist der Wissenschaftsrat sicherlich gut beraten, wenn er den größten Teil der früheren Empfehlungen von 1968 in seiner jetzigen Überarbeitung übernimmt. Die dort niedergelegten Grundsätze finden in den wesentlichen Punkten auch einen Anschluß an die internationale Entwicklung der Psychiatrie. Auch im Raum der Bundesrepublik haben sie sich dort, wo sie verwirklicht werden konnten, in den meisten Punkten bewährt, so daß es heute im wesentlichen um eine an der neueren Entwicklung orientierte Ergänzung der Empfehlungen von 1968 gehen sollte.

Da die DGSP sich nicht allein bestimmten Methoden und Einrichtungen und Verfahren, sondern einer sozialen Psychiatrie des psychiatrischen Gesamtbereichs verpflichtet weiß, kann sich ihre Stellungnahme auch nicht auf bestimmte Teilaspekte eines sozialpsychiatrischen Sonderfaches begrenzen; sie muß sich vielmehr auf das gesamte Feld der psychiatrischen Forschungs- und Ausbildungsstätten erstrecken.

Dabei läßt sich die DGSP von dem Gedanken leiten, daß das Wohl der psychisch Kranken und die Sorge um die seelische Gesundheit vor allem anderen die Überlegungen bei dem Ausbau von psychiatrischen Ausbildungs- und Forschungsstätten bestimmen sollte.

2 Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung, Forschung und Ausbildung im benachbarten Ausland und in der Bundesrepublik

In England, Holland, Frankreich, z. B. auch in Skandinavien und den USA, hat sich die Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung, Ausbildung und Forschung im wesentlichen in die gleiche Richtung fortgesetzt, die bereits bei der Formulierung der Empfehlungen von 1968 erkennbar war. In diesen Ländern wurden Standardversorgungsgebiete (catchment-Areas, secteurs) geschaffen, in denen einheitliche oder aber zumindest durch Koordinationsgremien zusammengefaßte stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Psychiatrie in Zusammenarbeit mit Sozialdiensten, Gesundheitsämtern und Rehabilitationsträgern für die ambulante und stationäre Versorgung eines Territoriums mit festgelegter Bevölkerungszahl verantwortlich wurden. Das Gemeinsame dieser Entwicklungen besteht darin, daß ambulanten und teilstationären Behandlungsformen eine im Vergleich zur Bettenpsychiatrie immer größere Bedeutung beigemessen wurde. In Frankreich und England wurden die herkömmlichen Großkrankenhäuser auch organisatorisch aufgeteilt, in ärztlich eigenverantwortliche stationäre Behandlungszentren, auch mit Langzeitbehandlungsmöglichkeiten, für ein Standardversorgungsgebiet, denen jeweils ein ambulanter sozialpsychiatrischer Dienst, Tages- und Nachtkliniken, Behindertenwerkstätten, Wohn- und Übergangsheime und Patientenclubs zugeordnet wurden. Gleichzeitig wurden zunehmend psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern geschaffen, die auf lange Sicht die großen Anstalten — die den Landeskrankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland entsprechen — ersetzen sollten und den stationären Kern eines gemeinde-, arbeitsplatz- und wohnortnahen Behandlungszentrums bildeten. Wenn auch die Organisationsstruktur dieser standardversorgungsgebietbezogenen integrierten Behandlungsstätten von Land zu Land sehr verschieden gestaltet ist — sie geht von einer einheitlichen staatlichen Trägerschaft bis zu einer Koordination staatlicher, kommunaler und privater Träger —, so ist doch der internationale Trend zu einer standardversorgungsgebietbezogenen, gemeindenahen, den ambulanten, klinisch-stationären, langzeitstationären und

sozialen Bereich *integrierenden* Psychiatrie unverkennbar, bei der die nicht-stationären Einrichtungen und Dienste immer mehr an Bedeutung gewinnen. Dies drückt sich auch darin aus, daß bei Planung im Bereich der psychiatrischen Versorgung nicht mehr das Krankenbett, sondern der psychiatrische Behandlungsplatz zum wichtigsten übergeordneten Orientierungsdatum geworden ist. Dabei muß vermerkt werden, daß die genannte Entwicklung in den skandinavischen Ländern, in England und in Frankreich ihre Bewährungsprobe im wesentlichen bestanden hat. Die Schwierigkeiten, die in den USA bei der Entwicklung der Community mental health centers aufgetreten sind, haben ihren Grund vor allem in der Tatsache, daß diese Zentren zu sehr an den psychiatrischen Großkrankenhäusern vorbeigearbeitet haben, weshalb durch sie eine integrierte psychiatrische Krankenversorgung nicht erreicht werden konnte.

Die geschilderte Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung hat dazu geführt, daß in den genannten Nachbarländern der Bundesrepublik Deutschland auch die psychiatrischen Forschungs- und Ausbildungsstätten neue Aufgaben zugewiesen bekamen. Einmal ergab die Einteilung in Standardversorgungsgebiete zum ersten Mal die Möglichkeit zu einer praxisbegleitenden Effizienz- und Bedarfsforschung, aber auch zu Forschungsarbeiten, die sich mit den sozialen, wirtschaftlichen und institutionellen Voraussetzungen von primärer und sekundärer Prävention psychischer Krankheiten in einem umschriebenen Territorium befaßten. Zum anderen wurde die Möglichkeit eröffnet, die auszubildenden Studenten mit den wirklichen psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungsbedürfnissen eines Gebietes vertraut zu machen, da in den neuartigen Institutionen eine Selektion der zu betreuenden Kranken weitgehend ausgeschlossen war. Auch die Probleme chronisch Kranker und Behinderter konnten so — auch im Zusammenhang mit den jeweiligen Rehabilitationsgesetzgebungen — in den Unterricht einbezogen werden. Dies ist deshalb besonders bemerkenswert, weil auch in der Bundesrepublik Deutschland die zahlreichen Rehabilitationsgesetzgebungsverfahren — z. B. durch Einbeziehung der Krankenkassen unter die Rehabilitationsträger — auf diesem Gebiet sowohl dem praktischen Arzt als auch dem psychiatrischen Facharzt noch mehr Kenntnisse und Erfahrungen als bisher abfordern werden. Die Einbeziehung der ambulanten Dienste in den Unterricht ermöglichte ebenfalls eine realitätsgerechtere Ausbildung der Studenten, zumal diese dabei gerade diejenigen Patientenklientel kennenlernen konnten, mit denen praktische Ärzte und psychiatrische Fachärzte vor allem befaßt werden.

Schließlich wurde durch die Schaffung von Standardversorgungsgebieten und ambulanten Diensten das soziale Feld, in dem psychiatrische Krankheiten auftreten und bestimmte Krankenschicksale entstehen, überhaupt erst für eine kontinuierliche Forschung eröffnet.

Die genannten Möglichkeiten wurden im Ausland von den Universitätskliniken aufgegriffen. Das Maudsley-Hospital in London ist nur ein, allerdings weltbekanntes, Beispiel dafür, wie erfolgreich sich eine standardversorgungsgebietsbezogene psychiatrische Ausbildungs- und Forschungsstätte entwikkeln kann.

Diese Entwicklung hat auch die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik Deutschland in Sachen der Psychiatrie nicht unbeeinflußt gelassen.

Im Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland wird u. a. der Vorschlag gemacht, auch in der Bundesrepublik Standardversorgungsgebiete mit integrierten Behandlungseinrichtungen einzuführen (s. S. 12 bis 17 des Berichtes).

Ebenso wird in diesem Bericht vorgeschlagen, Universitätskliniken u. a. deshalb an der Standardversorgung psychisch Kranker zu beteiligen, weil: Zitat: „Die Erfüllung des Auftrages dieser Kliniken in Lehre und Weiterbildung erscheint auf besonders günstige Weise gewährleistet, wenn ihnen die gesamte Breite psychisch Kranker zur Verfügung steht" — was am ehesten in einer standardversorgungsgebietsbezogenen Arbeitsweise gewährleistet ist. Die Enquête-Kommission hält allerdings für die Verwirklichung dieses Vorschlages eine entsprechende Verbesserung der Personalausstattung für notwendig, eine Auffassung, der sich die DGSP voll anschließt.

3 Aufgaben der Universtätskliniken in der Bundesrepublik Deutschland

Die Entwicklung der psychiatrischen Universitätskliniken in der Bundesrepublik Deutschland hing bis vor kurzem sehr weitgehend und hängt auch heute noch zu einem gewissen Grade — zumindest was die Forschung und Organisation der Krankenversorgung angeht — von den Interessen und Absichten ihrer Leitung ab. Obwohl durch organisatorische Neuordnung der Fakultäten (Fachbereiche), die neue Approbationsordnung, die Einrichtung von Sonderforschungsbereichen und die Verbreiterung der Leitungsstrukturen im Hochschulbereich auch der Medizin in einigen Bundesländern ein gewisses Maß an Koordination in Krankenversorgung, Forschung und Lehre erreicht werden konnten, haben sich klare Perspektiven über die Einbeziehung der Universitätsklinik in die Versorgung psychisch Kranker über die Durchführung der durch die Approbationsordnung festgelegten Ausbildungsaufgaben und die Prioritäten der Forschung bislang an den meisten Hochschulen noch nicht durchgesetzt.

Die DGSP vertritt in diesen Fragen die Auffassung, daß der Spielraum zur Wahl eigener Forschungsaufgaben und der Art und Weise, den gesetzlich festgelegten Auflagen der Aus- und Weiterbildung nachzukommen, durch staatliche Entscheidungen keineswegs aufgehoben werden sollte. Dem steht ihrer Meinung nach nicht entgegen, daß bestimmte einheitliche Grundsätze für Ausbau und Entwicklung der psychiatrischen Forschungs- und Ausbildungsstätten berücksichtigt werden. Zu diesen grundsätzlichen Richtlinien gehört: 1. die Einbeziehung der Universitätskliniken, die mehr als 100 Betten umfas-

sen, in die standardversorgungsgebietsbezogene psychiatrische Krankenversorgung, 2. die Schaffung einer integrierten, vom stationären bis in den ambulanten Bereich hineinreichenden Krankenversorgung mit allen dazu notwendigen teilstationären und flankierenden Einrichtungen, 3. eine praxisbezogene Aus- und Weiterbildung der Medizinstudenten, Ärzte und der anderen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen nicht nur an den Krankenbetten, sondern an den verschiedenartigsten Behandlungsplätzen in der Psychiatrie, insbesondere aber auch im bisher stark vernachlässigten ambulanten Sektor. Die DGSP hält es für wesentlich, daß im Bereich der Psychiatrie keine Fachausbildung als voll gültig anerkannt werden sollte, die ausschließlich an Universitätskliniken abgeleistet wurde, die keine Vollversorgungsaufgaben übernommen haben; 4. einen praxisbegleitenden und praxisbezogenen Forschungsschwerpunkt im Bereich der Krankenversorgung, Krankheitsvorsorge und Rehabilitation.

4 Mit welcher Größe und Struktur lassen sich die genannten Aufgaben am ehesten erfüllen?

Nach Auffassung der DGSP hat sich die vom Wissenschaftsrat 1968 empfohlene Größe von 100 Betten (ohne Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Suchtkranke) durchaus bewährt. Wenn zu diesen ca. 100 Betten zusätzlich ca. 150 Behandlungsplätze (an Tages- und Nachtkliniken, Werkstätten und Heimen) eingerichtet werden und zudem ein effektiver Dienst zur ambulanten Behandlung und Nachsorge der Patienten zur Verfügung steht, so läßt sich mit einem klinisch-stationären Kern von ca. 100 Betten ein Versorgungsgebiet von ca. 100 000 Einwohnern voll versorgen. An der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, die in der Bundesrepublik als erste ein Standardversorgungsgebiet von 100 000 Einwohnern übernommen hat, hat sich nach zweijähriger Arbeit gezeigt, daß dies durchaus realistisch ist. Die DGSP ist im Einklang mit diesen und internationalen Erfahrungen der Meinung, daß ein Bettenschlüssel von 0,7 bis 1,0 pro 1 000 bei Vorhandensein von teilstationären und flankierende Einrichtungen (auch der vollstationären Langzeitbehandlung für hochgradig Pflegebedürftige) und bei einem Verhältnis von zwei stationären zu drei sonstigen Behandlungsplätzen als durchaus angemessen zu betrachten ist.

Natürlich wird eine Universitätsklinik bei ihren besonderen diagnostischen Einrichtungen eine bestimmte Zahl ihrer Betten auch für Patienten vorsehen müssen, die nicht in dem ihr zugeordneten Standardversorgungsgebiet beheimatet sind. Nach den bisher gemachten Erfahrungen dürften dafür jedoch 30 % des Bettenbestandes ausreichen. Die hier angegebenen Daten entsprechen sowohl englischen Erfahrungen als auch solchen, die jetzt in der Bundesrepublik Deutschland gemacht werden.

Legt man nicht Betten, sondern *Behandlungsplätze* für die Planung sowohl der Krankenversorgung als auch der psychiatrischen Ausbildung zugrunde, so ergeben sich bei den geforderten Verhältnissen von zwei Betten zu drei sonstigen Behandlungsplätzen bei einer Bettenzahl von ca. 100 im Ganzen 250 Behandlungsplätze (einschl. der Betten) für eine psychiatrische Universitätsklinik einer Größenordnung, die derjenigen entspricht, wie sie der Wissenschaftsrat 1968 vorgeschlagen hat. Bei einer intensiven Ausschöpfung nicht nur der Betten, sondern des gesamten Bereiches für die Ausbildung und zusätzlicher Verwendung audiovisueller Unterrichtsmethoden, läßt sich sowohl eine Ausbildung der Studenten als auch eine Weiterbildung der Ärzte und des übrigen Personals bei dieser Größe durchaus gewährleisten.

Die DGSP vertritt darüber hinaus die Auffassung, daß psychiatrische Universitätskliniken in der von ihr vorgeschlagenen Größe wegen der Durchsichtigkeit ihrer Leitungs- und Kommunikationsstrukturen ebenso wie ihrer Gemeindenähe ihrer Aufgabe besser entsprechen können, als Modelle von der Größe von 250 oder gar 600 *Betten*. Dabei muß ein Modell von 600 Betten dann als besonders ungeeignet für Krankenversorgung und Ausbildung angesehen werden, wenn seine Unterteilung in standardversorgungsgebietsbezogene Untereinheiten nicht vollzogen ist. Auf keinen Fall sollte die Neuerrichtung von Einrichtungen dieser Größe für Universitätskliniken gefordert werden, weil die Anforderungen einer modernen psychiatrischen Krankenversorgung und damit auch einer praxisrelevanten Ausbildung und bedarfsorientierten Forschung mit ihnen nicht gewährleistet werden können.

5 Gliederung des Bereichs der Psychiatrie

a) Integration in übergeordneten Einheiten (Zentren)

Der Auffassung der DGSP nach sollten die verschiedenen Bereiche der Psychiatrie in ein Zentrum für psychologische bzw. psychologische und soziale Medizin integriert werden. Dieses Zentrum sollte zusammengesetzt sein aus selbständigen Abteilungen für

1. Klinische Psychiatrie,
2. Kinder- und Jugendpsychiatrie,
3. Sozialpsychiatrie,
4. Gerontopsychiatrie,
5. Suchtkrankheiten,
6. Psychosomatik.

Je nach den örtlichen Gegebenheiten ließen sich Abteilungen aus dem Bereich der Sozialmedizin ebenfalls in ein solches Zentrum eingliedern.

In einem solchen Zentrum könnte sowohl die Ausbildung der Studenten als auch die Weiterbildung der Ärzte zum Facharzt und die Weiterbildung des übrigen psychiatrischen Personals organisatorisch geregelt werden. Eine enge Zusammenarbeit besonders in Fragen der Facharztweiterbildung wäre mit einem Zentrum für Neurologische Medizin notwen-

dig, in dem neurologische, neurochirurgische und neurophysiologische Fachgebiete zusammengefaßt werden könnten.

Die DGSP ist jedoch der Meinung, daß die Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis in wesentlichen Bereichen zu einer so weitgehenden Verselbständigung der Psychiatrie geführt hat, daß ihre organisatorische Zusammenfassung mit der Neurologie und Neurochirurgie in gleichem Zentrum nicht mehr zwingend ist. Diese Entwicklung hat sich ja auch in den neuen Facharztordnungen niedergeschlagen, die nun auch Fachärzte *nur* für Psychiatrie bzw. *nur* für Neurologie vorsehen. Durch Bereiche wie Gerontopsychiatrie, Psychiatrie der Suchtkrankheiten und die Sozialpsychiatrie haben sich inzwischen zumindest ebenso enge Verbindungen einerseits zu anderen klinischen Fächern, besonders der inneren Medizin, andererseits aber auch zu psychologischen und sozialwissenschaftlichen Bereichen ergeben. Die Kooperation mit der Neurologie ebenso wie mit anderen klinischen Fächern wäre auf dem Wege einer effizienten Koordination für Fragen der Forschung, Krankenversorgung, Aus- und Weiterbildung besser zu erreichen als durch eine organisatorische Integration. Auf diese Weise kann das nötige Basiswissen aus allen klinischen Disziplinen, insbesondere der Neurologie und der Inneren Medizin, in der erforderlichen Breite und Gründlichkeit innerhalb der Weiterbildung im Bereich der Psychiatrie auch vermittelt werden.

b) Innere Gliederung des psychiatrischen Gesamtbereiches

Als selbständige organisatorische Grundeinheiten innerhalb eines Zentrums für psychologische und soziale Medizin schlägt die DGSP die im vorigen Abschnitt genannten sechs Einrichtungen bzw. Fächer vor.

Abteilungen bzw. Kliniken für klinische Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für Psychosomatik/Psychotherapie bestehen bereits an zahlreichen Hochschulen. Diese Bereiche haben sich zu eigenen Fächern entwickelt. Die DGSP ist der Auffassung, daß diese Verselbständigung bisher mehr Vorteile als Nachteile mit sich gebracht hat. Sie ist zudem der Meinung, daß vor allem die Sozialpsychiatrie, aber auch die psychiatrische Geriatrie und die Suchtkrankenkunde inzwischen so eigenständige Praxis- und Forschungsfelder sowie Ausbildungsbereiche gefunden haben, daß ihre institutionelle Verselbständigung in Hochschulbereichen notwendig geworden ist.

Zwar ist es richtig, daß die Sozialpsychiatrie eine Dimension der gesamten Psychiatrie darstellt und nicht zu einer bloßen Subspezialität eingeengt werden sollte. Dennoch hat sie sich in den letzten 20 Jahren *auch* zu einem eigenen Fach im Bereich der psychologischen und sozialen Medizin entwikkelt. Die Doppelfunktionen — Einzelfach und Gesamtdimension in diesem Bereich zu sein — teilt sie im übrigen mit der Psychotherapie/Psychosomatik, wie überhaupt solche Doppelfunktion im Bereich der Medizin nicht selten und mit notwendigen Verselbständigungen von Fächern durchaus in Einklang zu bringen sind. Sozialpsychiatrie umfaßt sowohl eine Reihe von Behandlungseinrichtungen (Tageskliniken, Heime, Patientenclubs, Rehabilitationsstationen, ambulante sozialpsychiatrische und Sozialdienste) als auch die in den genannten Einrichtungen und Diensten geübten diagnostischen und therapeutischen Verfahren; sie besitzt auch eigenständige Methoden und Forschungsprojekte in einem ihr zugehörigen Sachbereich. Dabei beziehen sich diese Forschungsprojekte in erster Linie auf das soziale Feld, das die Entstehung und den Verlauf psychiatrischer Krankheiten beeinflußt und in dem u. a. auch die psychiatrische Institution selber als Forschungsgegenstand eine wichtige Rolle spielt. Wesentliche Dimensionen des Krankheitsschicksals und der Krankheitsentstehung werden hier zum Gegenstand von Forschung, Praxis und Ausbildung. Somit stellt neben der klinischen Psychiatrie die Sozialpsychiatrie den zweiten, in den Augen der DGSP ebenso gewichtigen Schwerpunkt der gesamtpsychiatrischen Arbeit dar.

Dieser gesamte Bereich sozialpsychiatrischer Praxis, Forschung und Ausbildung ist in der Bundesrepublik im Vergleich zu einigen europäischen und außereuropäischen Ländern vergleichbaren ökonomischen Niveaus wenig entwickelt. Seine Entwicklung wird auch erschwert durch die traditionelle, die sozialen und psychologischen Dimensionen vernachlässigende und deshalb „biologische" Einstellung vieler Universitätspsychiater, die sich aus der besonderen Geschichte der Psychiatrie im deutschen Sprachraum erklären läßt. Diesen Rückstand gegenüber den Nachbarländern aufzuholen, erscheint der DGSP nur dann möglich, wenn die Sozialpsychiatrie im Bereich der psychologischen Medizin eine auch institutionell selbständige Stellung als eigenes Fach und eigene Abteilung erhält. Die Erfahrungen mit der Psychotherapie/Psychosomatik haben gezeigt, daß auch diese Disziplin sich erst dann voll entfalten konnte, als ihr im Bereich der Universitätsmedizin eine selbständige institutionelle Grundlage gegeben wurde. Die Gefahr einer Abkapselung und Isolierung ist natürlich bei jeder Verselbständigung eines Faches gegeben, wurde in der bisherigen Geschichte der Hochschulmedizin aber zum Zeitpunkt ihrer jeweiligen Verwirklichung von den Vertretern der jeweiligen Mutterfächer eher überals unterschätzt, wie die Beispiele der Verselbständigung der Psychiatrie und Neurologie von der Inneren Medizin, der Neurologie von der Psychiatrie, es gezeigt haben. Im ganzen haben solche Verselbständigungen die gesamte Medizin und die jeweiligen Mutterfächer eher befruchtet als gehemmt.

Die Sozialpsychiatrie stellt somit

1. einen Schwerpunkt gesamtpsychiatrischer Arbeit dar,
2. gehört zu ihr ein Satz eigener stationärer, teilstationärer, flankierender und ambulanter Einrichtungen bzw. Dienste,
3. hat sie eigenständige therapeutische Verfahren und
4. ein eigenständiges Forschungsfeld.

5. Hat sie einen Rückstand im Vergleich zu vielen Nachbarländern aufzuholen. Dies rechtfertigt vollauf ihre institutionelle Verselbständigung als Fach und Abteilung im Rahmen eines Zentrums für psychologische bzw. psychologisdie und soziale Medizin.

Das hier unter 2. bis 5. Gesagte gilt weitgehend auch für die Bereiche der Geriatrie und der Suchtkrankheitskunde. Eine selbständige Abteilung für Suchtkranke im Bereich der psychologischen Medizin erscheint der DGSP deshalb notwendig, weil Suchtkranke, unter ihnen vor allem Alkoholkranke, ca. 30 % der stationären psychiatrischen Patientenschaft ausmachen. Auch hier besteht — ähnlich für die Sozialpsychiatrie — ein erheblicher Nachholbedarf in Forschung, Ausbildung und Krankenversorgung. Die Universitätskliniken könnten durch Angliederung von Suchtkrankeneinrichtungen und ihre institutionelle Verselbständigung modellhafte Beispiele für den Ausbau dieses Sektors der Gesamtkrankenversorgung geben.

Für die aus soziologischen und bevölkerungsstrukturellen Gründen stark zunehmende Zahl psychogeriatrisch zu versorgender Menschen gilt entsprechendes, wie es für den Suchtkrankenbereich ausgeführt wurde. Auch für die psychischen Veränderungen und Störungen des höheren Lebensalters besteht — gerade wegen ihrer sozialen und gesundheitspolitischen Verflechtung — ein intensives Nachholbedürfnis in der Versorgung, Ausbildung und Forschung. Die Zunahme der psychiatrisch Alterskranken bewegt sich in vergleichbaren Größenordnung wie der Bereich der Suchtkranken und -gefährdeten. Insbesondere das Faktum der Multimorbidität bei psychogeriatrisch zu Versorgenden und die engen Verknüpfungen mit der inneren Medizin erfordern ein Kennenlernen dieser Probleme auch im universitären Bereich.

Hingegen sieht es die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie als nicht dringlich an, an den Universitätskliniken selbständige Abteilungen für forensische Psychiatrie zu schaffen. Die notwendige Errichtung von sozialtherapeutischen Anstalten wird die forensische Psychiatrie in Zukunft noch mehr als jetzt aus dem Bereich der Hochschulmedizin entfernen. Vorzuschlagen wäre vielmehr die fakultative Errichtung von forensisch-psychiatrischen Arbeitsgruppen, die eng mit forensisch-psychiatrischen Einrichtungen außerhalb des Universitätsbereichs (sozialtherapeutischen Anstalten, Unterbringungseinrichtungen für Patienten, die nach dem § 42 verwahrt werden, Straf- und Gerichtsgefängnissen) zusammenarbeiten.

6 Ausstattung der psychiatrischen Einrichtungen

Zur Grundausstattung von psychiatrischen Einrichtungen im Universitätsbereich gehören nach Ansicht der DGSP:

1. Bettenstationen für ihre Abteilungen. Hierbei erscheint für die Abteilung für klinische Psychiatrie und Sozialpsychiatrie zusammen eine Bettenzahl von ca. 100 als ausreichend (einschließlich vollstationärer Einrichtungen für die Versorgung von Langzeitkranken). Eine Differenzierung der Pflegeeinheiten in „Männer"-, „Frauen"- und „Gemischt"-Stationen ist nach modernen Erfahrungen unnötig, da alle Pflegeeinheiten als gemischte Stationen geführt werden können.

2. Teilstationäre Einrichtungen: Behandlungsplätze in
   a) Tageskliniken,
   b) Nachtkliniken,
   c) Übergangs- und Wohnheimen.

   Die Zahl dieser Behandlungsplätze müßte zu der der Betten in einem Mindestverhältnis von 3 : 2 stehen.

3. Beratungsstellen, z. T. in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt in Stadtvierteln des Standardversorgungsgebietes. An diese Beratungsstellen könnten Patientenclubs — darunter auch Altenclubs — angegliedert werden.

4. Ambulanter Bereich: Eine Screening-Poliklinik mit Konsiliarfunktionen sowie ein sozialpsychiatrischer Dienst zur ambulanten Versorgung vor allem chronischer Patienten im Standardversorgungsgebiet.

5. Ein Sozialdienst zur Hilfe der Lösung sozialer und ökonomischer Probleme des Patienten.

6. Einrichtungen für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

7. Einrichtungen für andere nicht-verbale Therapieformen (z. B. Bewegungstherapie, Sport etc.).

8. Eine Rehabilitationswerkstatt (WfB).

   Dabei kann es örtlichen Gegebenheiten überlassen bleiben, ob Wohnheime, Beratungsstellen, Patientenclubs und Werkstätten von der Hochschule selbst getragen oder — unter anderer Trägerschaft (Hilfsvereine, Gesundheitsamt) — von Hochschulangehörigen allein oder in Zusammenarbeit mit anderen Personen (z. B. auch Laienorganisationen) betreut werden.

9. Zur Grundausstattung gehört ferner innerhalb des psychiatrischen Gesamtbereichs ein Arbeitsbereich für klinische Psychologie, der sich nicht nur mit psychodiagnostischen Aufgaben und Mitarbeit an Forschungsprojekten — besonders mit deren methodischer Betreuung — befassen soll, sondern auch therapeutische Aufgaben zu erfüllen hätte.

10. Schließlich wird ein Dienst für Dokumentation und Statistik zur Grundausstattung einer psychiatrischen Universitätsklinik gehören. Darüber hinaus ist die Bildung einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe für Dokumentation und Statistik unter den Bedingungen eines strengen Datenschutzes ausschließlich für wissenschaftliche Forschung und Therapie in ärztlicher und/oder fachpsychologischer Hand (Verantwortung) empfehlenswert. Dabei muß aber vermerkt werden,

daß die Möglichkeiten, die durch eine moderne Dokumentation von Daten und ihre statistische Auswertung gegeben sind, nur dann im Sinne wissenschaftlich und praktisch relevanter Fragestellung voll ausgeschöpft werden können, wenn die Universitätsklinik, die über solche Einrichtungen verfügt, ein festumrissenes Standardversorgungsgebiet übernommen hat. Dann ließen sich auch die stadt- und stadtbezirksbezogenen demographischen und sonstigen statistischen Daten in Zusammenhang mit den klinischen Dokumentationen am besten auswerten, dann wäre über eine Querschnittsdokumentation hinaus auch eine Verlaufsdokumentation möglich. Ist dies nicht der Fall, so wird jede medizinische Dokumentation im Bereich der Psychiatrie mit dem Mangel behaftet bleiben, daß das ihr zugrunde liegende sogenannte „Patientengut" nach ungenügend kontrollierten Maßstäben selegiert ist. Gerade die Bedeutung, welche Dokumentation und Statistik in der psychiatrischen Forschung international gewonnen haben, hängt mit der Tatsache zusammen, daß diese Forschungsergebnisse in der Arbeit in den fest umrissenen Standardversorgungsgebieten gewonnen werden konnten. Ein Beispiel dafür ist das weltbekannte psychiatrische Fallregister des Londoner Stadtteils Camberwell. Eine solche praxisbezogene Dokumentation und Forschung verringert auch erheblich die Kosten, die durch exemplarische epidemiologische Studien außerhalb eines Behandlungszusammenhangs entstehen müßten.

Diagnostische Spezialeinrichtungen wie Neuroradiologie, Klinische Neurophysiologie, Klinisch-Chemisches Labor brauchten im Bereich der psychologischen Medizin selbst nicht zu existieren. Sie müssen aber selbstverständlich im Rahmen eines Universitätsklinikums als gemeinsame Dienstleistungseinrichtungen auch der Psychiatrie voll zur Verfügung stehen.

Weitere förderungswürdige Forschungsprojekte im Bereich der Gesamtpsychiatrie würden u. a. folgende Gebiete umfassen: biologische Psychiatrie, psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit, Ausdruckspsychiatrie, psychiatrische Genetik, Geschichte der Psychiatrie. Für diese und andere Forschungsthemen könnten an Universitätskliniken Arbeitsgruppen für begrenzte Dauer geschaffen werden, wobei darauf zu achten ist, daß diese Arbeitsgruppen sich nicht allzuweit aus dem Arbeitszusammenhang der Gesamtpsychiatrie entfernen.

7 Personal- und Leitungsstruktur

Nach Auffassung des DGSP sollen die empfohlenen selbständigen Einrichtungen (Abteilungen) im Bereich des Zentrums für psychologische Medizin eine institutionelle Unabhängigkeit besitzen. Eine dominierende Kernklinik mit einem hauptverantwortlichen und weisungsbefugten Direktor für den gesamten psychiatrischen Bereich, hält die DGSP für entbehrlich. Übergeordnete, die Krankenversorgung, Ausbildung und Forschung in allen Fächern der psychologischen bzw. psychologischen und sozialen Medizin betreffende Aufgaben könnten auf eine durchsichtigere Weise auf der Ebene des Zentrums in Angriff genommen werden, dessen Leitung Vertreter aller Abteilungen angehören sollen.

Über die Leitungsstruktur des Zentrums ist in verschiedenen Hochschul- und Universitätsgesetzen bereits entschieden worden; die DGSP stimmt dabei solchen Modellen, bei denen außer den Professoren auch die anderen Hochschulangehörigen an der Entscheidungsbildung beteiligt werden, am ehesten zu. Sie gibt dabei allerdings zu bedenken, daß ihrer Ansicht nach die *nicht-ärztlichen Mitarbeiter,* die im psychiatrischen Bereich eine besonders große und wichtige therapeutische Rolle spielen, in den Entscheidungsgremien bisher nicht genügend repräsentiert werden konnten.

Zu den Entscheidungen, die auf Zentrumsebene getroffen werden sollten, gehört die Verteilung der dem Zentrum zugewiesenen Mittel aus dem Titel Forschung und Lehre an die einzelnen Abteilungen, die Koordination der Ausbildung für Studenten sowie der Weiterbildung der Ärzte und des nichtärztlichen Personals sowie die Koordinierung von abteilungsübergreifenden Aufgaben der Krankenversorgung und Forschung. Ferner müßten Personalentscheidungen auf der Zentrumsebene getroffen werden. Das Zentrum sollte ferner — neben einer Berufungskommission — ein eigenes Vorschlagsrecht bei der Berufung von Hochschullehrern haben.

Die Organisation der Krankenversorgung im einzelnen, der Ausbildung nach den allgemeinen staatlichen und im Zentrum beschlossenen Richtlinien sowie die Durchführung eigener Forschungsprojekte sollte nach Meinung der DGSP den einzelnen Abteilungen überlassen bleiben — ebenso wie Personalentscheidungen, die nicht-wissenschaftliche Mitarbeiter betreffen. Der *Leiter* der Abteilung würde die Funktion eines leitenden Arztes nach den geltenden Krankenhausgesetzen wahrnehmen und gleichzeitig im Hochschulrahmen der zuständige Fachvertreter sein. Dabei hält die DGSP sowohl das Modell eines auf Lebenszeit berufenen Abteilungsleiters, als auch dasjenige eines auf Zeit unter den Hochschullehrern gewählten für vertretbar. Auf der Ebene der Abteilungen sollen Arbeitskonferenzen aus Vertretern der verschiedenen Arbeitsbereiche, aber auch der verschiedenen Berufsgruppen in der Psychiatrie eingerichtet werden, die an personellen und sachlichen Entscheidungen in angemessenem Umfang beteiligt werden.

In der Behandlung und Versorgung psychisch Kranker spielen die Leitungsstrukturen, Kooperationsformen und interpersonellen Umgangsformen der Mitarbeiter eine sehr gewichtige und erheblich andere Rolle als in fast allen anderen Bereichen der medizinischen Behandlung und Versorgung. Ohne Zweifel haben die Umgangsformen und das Selbstverständnis der Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen erheblichen direkten Einfluß auf das Verhalten und Befinden psychisch Kranker oder Beeinträchtigter, deren wesentliche Krankheitsproblematik ja oft im psychosozialen Bereich begründet liegt. Dem thera-

peutischen Milieu — welches durch interpersonelle Umgangsformen und Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter auf allen Ebenen, am wichtigsten aber auf der „untersten" Ebene, z. B. der Krankenstation, geprägt wird, kommt nachweislich entscheidende Bedeutung z. B. für den Verlauf psychischer Störungen bzw. die Rehabilitationschancen zu, ja, sie definieren u. U. die Rolle des Patienten.

Auch aus industriepsychologischen Untersuchungen kann der Schluß gezogen werden, daß relativ eindeutige Beziehungen zwischen den Leitungs- und Entscheidungsstrukturen auf hoher und mittlerer Ebene und direkten Arbeitsergebnissen auf der „untersten Ebene", d. h. in der Produktion, in der Arbeitszufriedenheit, Fluktuation usw., bestehen. Analoge Verhältnisse gelten für Beziehungen zwischen Leitern und Mitarbeitern sowie zwischen Mitarbeitern und Patienten/Behinderten im psychischen und psychologischen Bereich. In Frankreich werden diese Zusammmenhänge im Rahmen des Projektes „Psychotherapie institutionelle" seit einigen Jahren erforscht. Entsprechendes gilt für die USA. Eine Vermehrung der Verantwortlichkeit (Selbständigkeit) der Mitarbeiter im therapeutischen Team führt in der Regel zu verbesserter Kommunikation und zum größeren Engagement bei der Lösung der Probleme der anvertrauten Kranken.

Die DSGP empfiehlt daher — modellhaft im Hochschulbereich —, verschiedene solcher veränderten Leitungs- und Kooperationsformen zu praktizieren, um Aussagen über ihre personellen Voraussetzungen (z. B. Qualifikation der Mitarbeiter), Erfolge bei der Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander, und nicht zuletzt in ihren Auswirkungen auf die Verhaltensweisen und Befindlichkeiten der zu versorgenden Kranken objektiver als bisher treffen zu können. Auch die Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung einer Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ist sich dieser Probleme bewußt. Eine ihrer Arbeitsgruppen untersucht daher zur Zeit u. a. die juristischen Implikationen solcher Bestrebungen, die auf vermehrte Selbständigkeit und Entscheidungsfähigkeit der einzelnen — auch nicht-ärztlichen — Mitarbeiter im therapeutischen Team abzielen.

8 Zur Durchführung der Ausbildung von Studenten und übrigem Personal in psychiatrischen Universitätskliniken

Die DGSP ist der Überzeugung, daß psychiatrischer Unterricht für die Studenten nicht im Stil von großen Vorlesungen, sondern nur in den nach der neuen Approbationsordnung geforderten Kleingruppen erfolgreich durchgeführt werden kann. Dies bedeutet, daß außer den Hochschullehrern erfahrene wissenschaftliche Mitarbeiter, aber auch erfahrene nichtärztliche Therapeuten am Unterricht beteiligt werden müssen. Unter diesen Gesichtspunkten wird eine Unterrichtsgruppe wie folgt zusammengesetzt sein: ein Patient (aus dem stationären, ambulanten oder teilstationären Bereich), ein Gruppenleiter (Hochschullehrer, Assistent, Sozialarbeiter, Arbeitstherapeut, psychiatrisch zusatzausgebildeter Krankenpfleger) mit höchstens acht Studenten. Bei etwa 250 Behandlungsplätzen, die bei einer Kapazität von etwa 100 Betten mit diesen zusammen vorhanden sein sollten (s. oben), und der Beteiligung von poliklinischen Patienten am Unterricht wäre es möglich, 100 bis 150 Studenten pro Semester gut auszubilden. Dies gilt allerdings nur, wenn z. B. auch audiovisuelle Aufzeichnungen für den Unterricht zur Verfügung stehen.

Der Auffassung der DGSP nach sollen an Universitätskliniken aber nicht nur zukünftige Ärzte ausgebildet werden, sondern auch die nicht-ärztlichen Mitarbeiter (Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Werktherapeuten) eine psychiatrische Zusatzausbildung erfahren. An der Medizinischen Hochschule Hannover besteht seit langem eine solche Ausbildungsmöglichkeit, die vom Lande Niedersachsen staatlich anerkannt ist. Andere Einrichtungen dieser Art, die noch nicht staatlich anerkannt sind, bestehen u. a. in Heidelberg, Mannheim, Düsseldorf, Kiel und Bethel. Diese Ausbildung geschieht dort sowohl theoretisch als auch praxisbegleitend. Erfolgt sie mit der nötigen Gründlichkeit, so lassen sich die ausgebildeten nicht-ärztlichen Therapeuten auch als Gruppenleiter in der Ausbildung einsetzen. Die energische Förderung solcher Ausbildungsstätten kann dazu beitragen, daß die psychiatrischen Einrichtungen an den Universitäten und Landeskrankenhäusern die ihnen zugemuteten therapeutischen Bedürfnisse und Ausbildungserfordernisse besser als bisher erfüllen können.

Die DGSP vertritt ferner die Auffassung, daß zu den Lernzielen der Medizin nicht nur das querschnittsmäßige Kennenlernen der Krankheitsbilder in der Psychiatrie gehört. Falls der zukünftige Arzt oder nicht-ärztliche Mitarbeiter nicht einem therapeutischen Nihilismus bei psychisch Kranken verfallen soll, muß er auch positive Behandlungsergebnisse während seiner Ausbildung kennenlernen können. Die Voraussetzung dafür ist, daß eine psychiatrische Universitätsklinik nicht ausschließlich oder vorwiegend als diagnostische Institution fungiert, deren Patienten zum größten Teil alsbald zur Weiterbehandlung in psychiatrische Großkrankenhäuser verlegt werden. Die Möglichkeit, den Verlauf einer psychiatrischen Erkrankung kennenlernen zu können, ergibt sich in vertretbarem Maße allerdings nur, wenn stationäre und ambulante Betreuung mit flankierenden Einrichtungen auch für Langzeitkranke/-behinderte in einem Standardversorgungsgebiet gekoppelt sind.

Das hier Gesagte gilt in erhöhtem Maße auch für die Weiterbildung zum Facharzt. Psychiatrische Universitätskliniken mit sehr hohem „Durchlauf", wie sie in einigen Großstädten existieren, sind deshalb nach Ansicht der DGSP für die Ausbildung von Ärzten und nicht-ärztlichem Personal sowie für die Weiterbildung zum Facharzt weniger geeignet. Auch im Rahmen der Weiterbildung der niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin, für Neurologie und Psychiatrie usw. sowie für Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens hat das Zentrum für Psychologische und Soziale Medizin bedeutsame Aufgaben

wahrzunehmen; analoge Informationsbedürfnisse bestehen bei den Mitarbeitern der im Standardversorgungsgebiet tätigen Ämter (z. B. Jugend-, Sozial-, Arbeits-, Ordnungsamt). Entsprechendes gilt für die Aktivierung der Laienhelfer. Für diese Gruppen sollten an psychiatrischen Hochschuleinrichtungen Informations- und Weiterbildungsprogramme angeboten werden.

9 Übergangslösungen

Solange die Universitätskliniken selber noch nicht über die notwendige differenzierte Gliederung ihrer stationären, poliklinischen und sonstigen flankierenden Bereiche verfügen, wäre für die Sicherstellung eines praxisorientierten Lehrangebotes eine enge Kooperation mit außeruniversitären klinischen Institutionen sowie Diensten und Einrichtungen *) in der Gemeinde unbedingt zu verwirklichen. Eine solche Kooperation wurde mancherorts bereits durch die Einbeziehung der akademischen Lehrkrankenhäuser in den studentischen Unterricht in exemplarischer Weise begonnen. Die Weiterentwicklung dieser Zusammenarbeit hat sich ja ohnehin — wie weiter oben schon angeführt wurde — für die Verwirklichung einer integrierten und regionalisierten psychiatrischen Versorgung als unerläßlich erwiesen. Gerade in dieser Verknüpfung könnten sich erfahrungsgemäß die beiden Zielbereiche — studentische Ausbildung *und* psychiatrische Versorgung — gegenseitig bereichern und fördern.

Dieser Text wurde vom Vorstand der DGSP einstimmig verabschiedet.

*) z. B. psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Landeskrankenhäusern, Beratungsstellen für Drogen- und Alkoholabhängige, niedergelassene Nervenärzte, Gesundheitsämter, Altersheime, Übergangseinrichtungen, Tagesstätten, Werkstätten für Behinderte etc.

Stellungnahme der Ständigen Konferenz der Hochschullehrer für Psychosomatik/ Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (HPPS) für die Neufassung der „Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der Medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten" aus dem Jahre 1968

1 Rückblick und Vorbemerkungen

Die Tendenz, die in den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1968 zum Ausdruck kam, den psychosozialen Bereich in der Medizin zunächst durch eine breite Förderung des Faches Psychosomatik/ Psychotherapie zu stärken, hat durch die Entwicklung eine Bestätigung erfahren. Entscheidungen, die seither gefallen sind, haben die gemachten Vorschläge in vieler Hinsicht noch weit überholt. Vor allem ist das durch die *Neue Approbationsordnung* (AO) geschehen, die nicht nur der Psychosomatik/ Psychotherapie das Gewicht eines großen und eigenständigen klinischen Faches mit eigenen Unterrichtsaufgaben gibt, sondern auch die neuen Lehrfächer Medizinische Soziologie einführt. Dies ist nicht zuletzt Folge des von Patienten, Medizinstudenten und Ärzten vielfältig geäußerten Bedürfnisses, psychologische und soziale Gesichtspunkte in der Ausbildung des Arztes stärker als bisher zu berücksichtigen. Der verhaltenswissenschaftliche Aspekt der Krankheiten und des Gesundwerdens hat in Forschung und Lehre auch heute gegenüber dem Gewicht der naturwissenschaftlichen und der apparativen Medizin eine geringe Bewertung und einen außerordentlichen Nachholbedarf.

Seit 1968 sind an mehreren deutschen Universitäten weitere selbständige psychosomatische und psychotherapeutische Lehrstühle und Kliniken sowie Lehrstühle und Abteilungen für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie entstanden. Vereinzelt sind im Rahmen der Inneren Medizin, der Psychiatrie, der Frauenheilkunde und der Kinderheilkunde psychotherapeutische Schwerpunkte gebildet worden, die sich als wissenschaftlich und für die ärztliche Ausbildung und Weiterbildung fruchtbar erwiesen haben. Andererseits ist nicht daran vorüberzugehen, daß von manchen Medizinischen Fakultäten und Fächern die *Empfehlungen des Wissenschaftsrats* im Bezug auf Verselbständigung wie auf Integration unserer Fächer nur zögernd und teilweise noch gar nicht angenommen wurden. Es gibt Universitäten, wo die verhaltenswissenschaftlichen Fächer keine selbständige Position in der Wissenschaft und Ausbildung gewonnen haben, und wenn überhaupt, von Psychiatern, Neurologen oder Physiologen nebenbei vertreten werden. Es erweist sich, daß es jeweils Sache des Fachgebietes ist, ob eine Kooperation mit den Fächern des psychosozialen Bereiches unternommen wird oder nicht.

Allgemein scheint die Möglichkeit der *interdisziplinären Zusammenarbeit* mehrerer Fachgebiete in unserem Lande noch beschränkt. Ja auch die Kooperation von Schwerpunkten unterschiedlicher theoretischer und praktischer Ausrichtung innerhalb einer Klinik oder eines Zentrums ist häufig nur schwer zu realisieren. Selbst so traditionell verbundene Fächer wie Psychiatrie und Neurologie sind nur in Ausnahmefällen zu Nervenzentren zusammengetreten oder zusammengeblieben, wie es der Wissenschaftsrat 1968 empfahl. Es erweist sich damit in Deutschland, daß, wohl infolge der erhaltenen steilen hierarchischen Strukturen, der Dominanz fachorientierter und damit traditioneller wissenschaftlicher Konzepte innerhalb der einzelnen Fächer und ihrer Leitung, die Möglichkeiten der interdisziplinären Kooperation immer noch beschränkt sind. Das ist eine entscheidende Schwierigkeit gerade für die Fächer Psychosomatik/Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, die in ihrem Praxisbezug und Dienstleistungsaufgaben wie auch in ihren wissenschaftlichen Fragestellungen auf alle vorklinischen und klinischen Fachgebiete ausgerichtet sind.

Die Einführung und die Entwicklung der von der HPPS vertretenen Fächer in den letzten Jahren fiel zusammen mit großen Umwälzungen im Rahmen der Universitäten. Die häufig bestehende Entscheidungsunfähigkeit hat den geordneten Aufbau der hier vertretenen Fächer in Frage gestellt. Die Entwicklungstendenz an den Universitäten, daß die großen Fächer noch größer werden und die kleineren Fächer klein und abhängig bleiben, hat sich verstärkt. Die Entwicklung in den Medizinischen Fakultäten und die Investitionen sind nicht von den Erfordernissen der Ausbildung und den Bedürfnissen der Studenten, sondern vielmehr durch ökonomische Gesichtspunkte bestimmt, die mit den Dienstleistungen der Krankenanstalten zusammenhängen, mit neueren technischen Möglichkeiten (Nierenzentren, Herzchirurgie, Intensivpflegestationen etc.). Die außerordentlich angewachsenen Investitionen im Hochschulbereich in den vergangenen Jahren sind den lehrintensiven Fächern der Vorklinik und den psychosozialen Fächern kaum zugute gekommen. Zudem fiel die Einführung der Neuen Approbationsordnung und die Entwicklungsphase der neuen Fachgebiete Psychosomatik/Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in den letzten Jahren zudem mit außerordentlichen *finanziellen* Engpässen der Länder zusammen, die ein Minimum an Ausstattung häufig in Frage stellten.

2 Die Beziehung zwischen den Fächern Psychosomatik/Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Die Fachvertreter der drei in der HPPS zusammengetretenen Lehrfächer verstehen diese in ihren Lehr- und Lernzielen und in ihrer wissenschaftlichen Ausrichtung sowie in ihrem Praxisbezug als *spezialisierte Einheiten.* Das bedeutet, daß sie voneinander (und auch gegenüber anderen Fächern) in der wissenschaftlichen Ausrichtung, in der Konzeption ihrer Lehr- und Lernziele, in der Praxis des Unterrichts und vor allem im Hinblick auf die Personalpolitik (Stellenbesetzung) einer Selbständigkeit und Unabhängigkeit bedürfen. Im Hinblick auf die Fragen der Versorgung und des Praxisbezugs sind die drei Fächer aber durch mehrere Gesichtspunkte aufeinander angewiesen und darüber hinaus alle, zum großen Teil gemeinsam, interdisziplinär auf die anderen medizinischen Fachgebiete ausgerichtet.

Es gibt mehrere Gründe, die zu einer Verbindung zwischen den drei Fächern in der HPPS geführt haben:

a) Sie vertreten einen *verhaltenswissenschaftlichen* Aspekt in der Medizin. In ihrem Krankheitskonzept wird körperliche und seelische Krankheit im psychosozialen Zusammenhang begriffen, zum Teil als Folge einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung, die ihrerseits wieder mit den familiären und allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen zusammenhängt. Gegenüber dem in der Medizin sonst dominierenden naturwissenschaftlichen Aspekt haben sie gemeinsam eine gewisse Außenseiterposition.

b) Eine wesentliche Gemeinsamkeit liegt darin, daß sie alle *interdisziplinär ausgerichtet* sind. Ihre Grundlagenforschung wie auch ihre einzelnen Fragestellungen können für die meisten medizinischen Fächer praktisch relevant werden. Das bedeutet für sie, daß eine zu enge Bindung an eines der klassischen medizinischen Fachgebiete zu einer Einschränkung der möglichen Breitenwirkung und Ausstrahlungen führen muß. (Eine allein in der psychiatrischen Klinik verankerte Medizinische Soziologie wird zwangsläufig ganz von dem sozialpsychiatrischen Aspekt beschlagnahmt werden; eine hier verankerte Psychotherapie von der theoretischen und praktischen Problematik der Psychosen. Sie erfahren damit eine Identifikation mit der Psychiatrie, die ihre Breitenwirkung in anderen Fächern zumindest wesentlich erschwert.)

c) Eine Verbindung zwischen den Fächern ergibt sich dadurch, daß der *Praxisbezug* (bzw. die Dienstleistungsaufgaben) der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie mit denen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachgebiete eng verknüpft ist (Konsiliardienste, Supervisionsaufgaben).

d) Ihre Zusammenarbeit macht die oft beklagte, durch das Anwachsen der Fakultäten verstärkte starre *Trennung von vorklinischen und klinischen Fächern* an einer Stelle durchlässig. Abgesehen von dem Krankenpflegedienst ist eine praxisorientierte Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie die einzige patientenzentrierte Erfahrung und Information, die den Studenten in den ersten Jahren ihres Studiums zugänglich ist.

3 Forschung, Lehre und ärztliche Versorgung

Die Verbindung von Forschung und Lehre stellt für die deutschen Universitäten ein Axiom dar, an dem zur Erhaltung ihres Niveaus und ihrer schöpferischen Kräfte festzuhalten ist. Auch für die von der HPPS vertretenen Fächer gilt, daß die Voraussetzungen zur Hochschullehrerlaufbahn im Nachweis wissenschaftlicher eigenständiger Leistungen liegen. Grundlagenforschungen, klinische Forschungen, Therapieerfolgskontrollen sind hier wie in allen anderen Fächern der Medizin unerläßlich.

Es kann aber nicht daran vorübergegangen werden, daß mit wissenschaftlichen Leistungen an der Hochschule sehr viel mehr Prestige und Aufstiegschancen verbunden sind als mit Fähigkeiten im Bereich der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung. Die Medizinischen Fakultäten werden zudem durch das quantitative Anwachsen von Leistungen der Krankenversorgung von ihrer primären Aufgabe der Ausbildung von Studenten immer mehr abgelenkt. Häufig wird die Lehre mit der linken Hand in einem Minimum an Zeitaufwand erledigt. Die Kluft zwischen dem Stand der Wissenschaften in der Grundlagenforschung und in den Spezialgebieten und der Anwendung in der ärztlichen Praxis, wie sie dem Patienten schließlich zugute kommt, droht immer größer zu werden. Ein Grund dafür liegt in der *Unterbewertung der Ausbildungsaufgabe* an den Universitäten. Der wissenschaftliche Fortschritt kommt jedenfalls bei dem gegenwärtigen Lehrsystem, dem häufigen Fehlen einer systematisch betriebenen Weiterbildung und der praktischen Unmöglichkeit einer Fortbildung in der allgemeinen ärztlichen Praxis nur in großer Verdünnung beim Patienten an. Die Effizienz des Ausbildungs-, Weiterbildungs-, Fortbildungssystems ist zudem durch empirische Erfolgskontrollen nicht ausreichend geprüft. Ausbildungsforschung über die Effizienz verschiedener Lehrsysteme wird kaum geleistet. Die Konzeption von neuen Lernzielen im Rahmen der ärztlichen Ausbildung hat nicht genügend Aufmerksamkeit an den Universitäten gefunden. Es ist andererseits nicht zu verantworten, daß immer neue Forschungs- und Ausbildungsstätten eingerichtet, vergrößert und weiterentwickelt werden, ohne daß ihre Effizienz in bezug auf die Ausbildungsaufgabe geprüft wird. Der Einsatz von Forschungsmitteln wie von Ausbildungsinvestitionen ist ein gesellschaftliches und politisches Problem, das an den Universitäten mehr als bisher unter dem Aspekt der Entwicklung der Gesamtgesellschaft, ihrer Nöte und Ziele gesehen werden muß. — Die in der HPPS vereinigten Hochschullehrer haben im Rahmen ihrer Fächer die Frage der Effektivität alter und neuer Unterrichtsmethoden, Erfolgskontrollen bei den Lernenden, die Einführung neuer Ausbildungsmethoden

und Arbeit an den Lernzielen von Anfang an als eine ihrer wesentlichen Aufgaben in den Mittelpunkt gestellt. Ohne eine breite Förderung ihrer Aufgaben in der Lehre und Forschung an den Universitäten sind sie bei der zeitintensiven Art ihres Praxisbezugs und ihrer Lehrmethoden aber kaum in der Lage, ihren umfassenden Aufgaben in der Ausbildung gerecht zu werden.

Was die Empfehlungen betrifft, die hier im einzelnen gegeben werden, so können sie nur einen Rahmen geben und Minimalforderungen darstellen. Diese betreffen vor allem die Ausstattung der Ausbildungsstätten, die praktisch an allen Universitäten, gemessen an den Erfordernissen und an den anderen Fächern, einen großen Nachholbedarf haben. Die hier vertretenen Fächer haben nur das *eine* Nachwuchsproblem, daß sie für das Potential von jungen Akademikern, die für die psychosozialen Aufgaben in der Medizin motiviert und begabt sind, keine ausreichenden Stellen, keine Ausstattung für ihre Tätigkeit und keine gangbare Möglichkeit der Hochschullaufbahn haben. — Dem psychosozialen Aufgabenfeld entsprechend sind neben praktischen, medizinisch-klinischen Erfahrungen spezielle Qualifikationen in der Forschung und Lehre in psychologischen oder soziologischen Bereichen zu fordern. Da eine Zusammenarbeit von Medizinern und Psychologen bzw. Soziologen im Rahmen der verschiedenen Institutionen notwendig ist, sollen die Abteilungsleiter in der Lage sein, aufgrund ihrer Qualifikation diese Gesichtspunkte zu integrieren.

Im übrigen bedürfen die hier vertretenen Fächer im Rahmen ihres Ausbaus noch einer Phase des *Experimentierens* und des *Austausches* von Erfahrungen zwischen den verschiedenen Universitäten. Diese betrifft besonders die Lernziele des Unterrichts, die Unterrichtsformen wie auch die Felder des Praxisbezugs. In bezug auf die wissenschaftlichen Grundlagen besteht ein enger Bezug zu geisteswissenschaftlichen Fächern, der u. a. darin zum Ausdruck kommt, daß Psychologen und Soziologen mit klinisch-medizinischer Erfahrung leitende Funktionen übernehmen können.

Die bisherigen und die nachfolgenden Ausführungen des Vorstandes der HPPS stützen sich auf Beratungen im Vorstand, Gespräche, die innerhalb der drei Sektionen und innerhalb der Mitgliederversammlung der HPPS stattfanden. Die *HPPS* ist eine vor fünf Jahren gegründete freie Vereinigung von Hochschullehrern, die gewöhnlich zwei- bis dreimal im Jahr zu Mitgliederversammlungen zusammentrat, im übrigen innerhalb der Sektionen fachbezogene Arbeitstagungen organisiert und vor allem in ihren Kommissionen an den Lernzielen und an den Prüfungsfragen im Rahmen der Neuen Approbationsordnung gearbeitet hat. Die HPPS hat sich im Oktober 1974 den Vereinsstatus gegeben. Die über 120 gegenwärtigen Mitglieder sind alles Hochschullehrer, d. h. Professoren, Dozenten und Assistenten, die im Bereich dieser Fächer lehrend tätig sind. Die Mitgliedschaft ist an diese Bedingung geknüpft.

Psychosomatik/Psychotherapie

1. Ist-Zustand

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1968 sahen für die Psychosomatik/Psychotherapie das Prinzip der *zentralisierten Dezentralisation* vor: In verschiedenen klinischen Einrichtungen sollten psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte tätig werden und außerdem sollte eine zentrale Institution existieren, in der diese Ärzte ihre wissenschaftliche Heimat haben und gemeinsame Aufgaben der Forschung, Lehre und Behandlung geplant und durchgeführt werden sollen. Diese Empfehlungen sind an manchen Orten sehr fruchtbar im Aufbau benutzt worden, an vielen Orten jedoch in Ansätzen steckengeblieben. Voll realisiert sind sie, soweit wir sehen, nirgendwo. An elf deutschen Universitäten gibt es psychotherapeutische oder psychosomatische Lehrstühle mit Abteilungen oder Kliniken, die gegenüber den anderen Fächern, der Psychiatrie und Inneren Medizin, eine Selbständigkeit haben. Sie sind meist den Fachbereichen der nervenärztlichen oder der psychologischen Medizin zugeordnet. An zwei weiteren Universitäten gibt es daneben noch unabhängige psychosomatisch-psychotherapeutische Positionen in der Inneren Medizin. Wo psychotherapeutische Schwerpunkte oder Abteilungen in der Psychiatrie existieren, wurde bisher die Bildung weiterer selbständiger, psychosomatisch-psychotherapeutischer Positionen und Institutionen *nicht* gefördert. An mindestens drei deutschen Universitäten gibt es noch *keinerlei* psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen oder Stellen, auch nicht im Rahmen der psychiatrischen Kliniken. Damit ist 1975 etwa an der Hälfte der deutschen Universitäten auch das Minimum an Ausbildung in Psychosomatik/Psychotherapie nicht realisierbar.

Noch in den Empfehlungen der DGPN an den Wissenschaftsrat vom Herbst 1974 kommt das Bedauern mancher Psychiater zum Ausdruck, daß überhaupt psychiatrieunabhängige Kliniken für Psychotherapie und Psychosomatik entstanden sind. Es wird andererseits in diesen Empfehlungen der Psychotherapie der Status eines Arbeitsbereiches innerhalb der Psychiatrie gegeben (neben Einrichtungen für Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Krankengymnastik, Sozialdienste, klinische Psychologie etc.), nicht aber der Status eines Schwerpunktes mit dem Gewicht einer Abteilung (mit oder ohne Betten) bzw. eines Spezialgebietes. Das hat seinen Grund wohl an den Planungskonzepten der Psychiatrie, die an Bettenkapazitäten, Großkliniken und Ein-Personen-Leitformen orientiert ist (s. dazu „Kritik" von K. P. Kisker), und letztlich wohl in noch unterschiedlichen Krankheitsbegriffen und schulischen Ausrichtungen, die die Psychiatrie und die Psychosomatik/Psychotherapie voneinander trennen.

2. Organisationsform und Zuordnung

Für die noch nicht abgeschlossene Aufbauphase ist, vor allem im Hinblick auf die mit der Neuen Approbationsordnung gegebenen selbständigen Unterrichtsaufgaben, *unabdingbar* für alle deutschen Universitäten zunächst *die Schaffung selbständiger psychosomatisch-psychotherapeutischer Einheiten.*

Sie müssen in ihrer Personalpolitik (Stellenbesetzung) unabhängig sein, ebenso in ihren wissenschaftlichen und theoretischen Konzepten, in bezug auf ihre Behandlungsmethodik und in ihrer Entwicklung ihrer Lernziele und Unterrichtsmethodik. Bei der Struktur der Hochschulen bedeutet das, daß sie als Ordinariate mit zugeordneten Abteilungen oder Kliniken eingerichtet sein müssen. In Fragen der *Krankenversorgung,* des Unterrichtes, der Forschung sollen sie eng mit anderen Fächern, vor allem der Inneren Medizin, der Psychiatrie, der Frauenheilkunde, der Kinderheilkunde, der Dermatologie etc. zusammenarbeiten und integriert sein.

Der Schwerpunkt im Praxisbezug und in der Patientenversorgung liegt im ambulanten Bereich. Bettenabteilungen sind bei der zeitintensiven Diagnostik und Therapie im psychosomatischen Bereich auf jeden Fall klein zu halten, die Bettenzahl sollte maximal zwischen 16 und 24 liegen. Die klinische/therapeutische Ausrichtung der Bettenabteilung kann in zwei Richtungen gehen:

Typus A

Behandelt werden vor allem *akute psychosomatisch-internistische Krankheiten* (Magersuchten, Colitis, Asthma, Ulcus etc.) und akute neurotische Störungen (Herzphobien, Angstneurosen, Suicidpatienten etc.). Patienten dieser Art kommen vor allem bei baulich integrierten Krankenabteilungen in Großkliniken zur Aufnahme, oft als Notfallaufnahme, die Station hat überwiegend diagnostische Aufgaben und die therapeutische Funktion von Krisenintervention.

Typus B

Bettenabteilungen mit ausgesprochen *psychotherapeutischer Ausrichtung,* die als therapeutische Gemeinschaften geführt werden, Einzel- und Gruppentherapie, Gestaltungstherapie etc. verwirklichen. Sie sind nicht für akute bettlägerige Patienten bestimmt, sondern stellen bei Aufenthaltsdauer von mehreren Wochen bis Monaten einen Lebensraum, ein Entwicklungs- und Experimentierfeld für eine neue psychosoziale Entwicklung dar. Der kommunikative Charakter der Therapie erfordert ein Minimum an Beweglichkeit für die Patienten. Behandlungsformen dieser Art sind in einer Krankenabteilung im Rahmen eines modernen Hochhauses nicht zu realisieren, sie sind baulich besser außerhalb von Großkliniken zu placieren.

Die für Effektivität der Psychosomatik/Psychotherapie und ihre Breitenwirkung lebenswichtige Verbindung mit den anderen Fächern ist am besten durch *Konsiliardienste* oder feste Sprechstundenzeiten im Rahmen dieser Kliniken zu verwirklichen. Sind in den Kliniken Schwerpunkte mit psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten, so sind Kontakte im Rahmen von *Supervisionsgruppen* günstig, bei denen diagnostische und therapeutische Schritte der Assistenten der anderen Kliniken eine Unterstützung erfahren.

Im Sinne der dezentralisierten Zentralisation sind zumindest im Rahmen der *psychiatrischen Kliniken* und auch der *Inneren Medizin Schwerpunkte* zu schaffen, die in ihrer Kontinuität gesichert, für den psychotherapeutischen Nachwuchs durch H-Stellen attraktiv, in ihren theoretischen und praktischen Krankheits- und Behandlungskonzepten selbständig sind. Solche integrierten attraktiven und in ihrer Kontinuität gesicherten Schwerpunkte sind in der gegenwärtigen Struktur der Universitäten nur bei einem *Abteilungsstatus* (mit oder ohne Betten) gesichert. (Wenn die selbständige Klinik für Psychosomatik-Psychotherapie nicht über eine Bettenabteilung vom Typus A verfügt, sollte eine kleine Bettenabteilung im Rahmen der Inneren Medizin eine psychotherapeutische Ausrichtung haben).

Eine unmittelbare Verbindung und Zuordnung besteht zwischen Psychosomatik/Psychotherapie und Medizinischer Psychologie sowie Medizinischer Soziologie. Der Praxisbezug und die gemeinsame interdisziplinär ausgerichtete Forschungstätigkeit ergibt Gemeinsamkeiten, eine Verbindung liegt auch im Interesse der Kontinuität von vorklinischem und klinischem Unterricht.

Darüber hinaus sind Zuordnungen und Verbindungen im Rahmen eines Zentrums für Psychologische Medizin, eines Nervenzentrums oder eines ökologischen Zentrums möglich.

3. Spezialgebiete — Forschungsgebiete

Bei der zeitintensiven, durch Weiterbildungsaufgaben noch belasteten klinischen Tätigkeit besteht die Gefahr, daß die wissenschaftliche Forschung zu kurz kommt. Die Abgrenzung von *Forschungsabteilungen* erscheint zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses jedenfalls an den größeren Universitäten ratsam. Wünschenswerte Spezialgebiete sind die der Grundlagenforschung (z. B. psychoanalytische Grundlagenforschung), klinische Forschung in bezug auf die einzelnen Fachgebiete und Krankheiten, Forschungen zum Erfolg der verschiedenen Therapieformen (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Gesprächstherapie; Krisenintervention, Verhaltenstherapie etc.). Wichtig ist vor allem eine die Lehrtätigkeit begleitende Ausbildungsforschung. Zumindest an einigen Universitäten sollte im Rahmen der Psychosomatik/Psychotherapie psychophysiologische Forschung, Entwicklungspsychologie in Verbindung mit Genetik (Zwillingsforschung), medizinische Anthropologie, Sozialisationsforschung in bezug auf psychosomatische Krankheiten und methodologische Forschung weiterhin gepflegt werden.

4. Kapazitätsberechnungen

Es können hier nur einige Eckwerte in bezug auf die *Lehre* in Psychosomatik/Psychotherapie, die für die Krankenversorgung erforderliche Zahl der Assistenten sowie für die Forschung gegeben werden. Die in den zweiten klinischen Studienabschnitt fallenden Unterrichtsaufgaben der Neuen Approbationsordnung in Psychosomatik/Psychotherapie sind insgesamt mit sechs Wochenstunden anzusetzen, wovon zwei bis drei Stunden auf das Praktikum in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie, die übrigen Stunden auf einführende Vorlesungen, Übungen zur Untersuchungsmethodik, theoretische Vorlesungen und Seminare entfallen. Während für

die Vorlesungen und auch für die Seminare eine zahlenmäßige Begrenzung nicht vordringlich ist, ist bei dem Pflichtpraktikum von einer Gruppengröße von 1 : 15 kurzfristig, 1 : 12 oder 1 : 10 langfristig auszugehen. Größere Gruppen verändern den Charakter des Unterrichts und stellen den Lernerfolg in Frage, der hier immer an eine gleichzeitige Selbsterfahrung gebunden ist. Die Vorbereitungszeit für dieses Praktikum mit der Heranziehung geeigneter Patienten, der Vorbereitung von Fernsehaufzeichnungen, u. U. Nachbereitungszeiten zur Durchsicht schriftlicher Aufzeichnungen der Studenten, fordern einen erheblichen Aufwand. Die Gewichtung von 1,0 ist deshalb für dieses Praktikum auf jeden Fall zu fordern. Die für die einzelnen Universitäten notwendigen Hochschullehrer und Assistenten ergeben sich aus der Studentenzahl, dem jeweiligen Lehrdeputat von Hochschullehrern und Assistenten, der Zahl der Wochenstunden für Praktikum, Seminare und Vorlesungen sowie der Gewichtung derselben.

Kapazitätsberechnungen in bezug auf die *Versorgung* von Patienten, die etwa von einer Bettenzahl oder von der Zahl der Ambulanzpatienten ausgehen und Psychosomatik/Psychotherapie mit anderen Fächern vergleichen, ergeben ein unrealistisches Bild und völlig unbrauchbare Ergebnisse. Die zeit- und personalintensive Untersuchungs- und Behandlungsmethodik, die an die Arzt-Patient-Beziehung geknüpft ist, und apparative und medikamentöse Hilfen nicht nützen kann, macht einen Vergleich mit anderen Fächern nicht möglich. Der Netto-Zeitaufwand pro Patient beträgt in der Kurzambulanz ein bis zwei Stunden, für eine ausführliche Erstinterviewuntersuchung vier bis sechs Stunden. Behandlungen, die als Einzeltherapien durchgeführt werden, liegen in ihrer Zeitdauer zwischen 10 und 200 Stunden, bei Einzeltherapie zwischen 50 und 150 Doppelstunden in der Gruppentherapie (s. Beilage Schreiben Psychosomatische Klinik Heidelberg an Kultusministerium Baden-Württemberg vom 25. Oktober 1974).

Medizinische Psychologie

1. Ist-Zustand

Es gibt gegenwärtig (1974) in Deutschland elf selbständige Abteilungen/Institute bzw. Lehrstühle für Medizinische Psychologie, die im vorklinischen Unterricht tätig sind. An *13 Universitäten* ist eine organisatorische Abtrennung von Lehr-Forschungseinheiten für Medizinische Psychologie noch *nicht gegeben.* D. h., daß von anderen Fachgebieten die Lehraufgaben nebenamtlich erfüllt werden.

2. Organisationsform und Zuordnung

Die Schwierigkeit liegt darin, daß die Medizinische Psychologie einmal in bezug auf die Neue Approbationsordnung ein vorklinisches Fach darstellt und hier Unterrichtsaufgaben an der Hochschule gegeben sind. Andererseits erfordert Praxisbezug und Forschungstätigkeit Kontakte mit klinischen Fächern. Es wird jedenfalls von der Medizinischen Psychologie selbst eine klinische Orientierung dringend gewünscht. Eine Verbindung kann, wenn vorhanden, mit einem Zentrum für Psychosomatische Medizin (wie in Gießen, Heidelberg), aber auch mit einem Zentrum der psychosozialen Medizin oder einem Nervenzentrum erfolgen. Bei mehr theoretischer Orientierung ist eine Verbindung mit Teilgebieten der Physiologie und/oder der Medizinischen Soziologie in einem Zentrum möglich. Um jedoch den für die Medizinische Psychologie erforderlichen Praxisbezug in der Klinik zu sichern, sind psychotherapeutische Ambulanzen oder besondere Dienstleistungen in anderen medizinischen Fächern (Konsiliardienste oder auch Supervision als Balint-Gruppe) erforderlich. Dabei kann die Medizinische Psychologie auch in der Weiter- und Fortbildung in den anderen Fächern tätig werden.

3. Forschungspraxis

Wünschenswerte *Spezialgebiete* der Medizinischen Psychologie sind Psychophysiologie, Differentielle Psychologie, Klinische Psychologie und Sozialpsychologie. Im Rahmen der klinischen Psychologie sind folgende Fragestellungen zu verfolgen: psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie, sowie Grundlagenforschung zur Valenz und Effizienz der Verfahren. In der Sozialpsychologie steht die *Erforschung von Arzt-Patient-Beziehung, Gruppendynamik* und der *psychosoziale Aspekt körperlicher Krankheiten* im Mittelpunkt. Im Rahmen der Differentiellen Psychologie sind Psychometrie, Testkonstruktionen und Persönlichkeitspsychologie zu verfolgen. Für die Psychophysiologie ist die Verbindung mit der Physiologie einerseits, Forschungsschwerpunkten der Psychosomatischen Medizin andererseits gegeben.

4. Ausstattungs- und Kapazitätsfragen

Durch die Approbationsordnung ist die Medizinische Psychologie als ein außerordentlich *zeitintensives* und *umfassendes* neues vorklinisches Fach eingeführt. Zusammen mit der Medizinischen Soziologie werden 20 % der Prüfungsfragen der ärztlichen Vorprüfung von diesem Bereich bestritten, wobei die Medizinische Psychologie mit einem Kurs von 5 bis sechs Semesterwochenstunden in kleinen Gruppen von maximal zehn Studenten den Hauptanteil zu tragen hat. Das entspricht 15 % der vorgeschriebenen 480 Kursstunden der Vorklinik. Der Kurs sollte im dritten oder vierten vorklinischen Semester abgehalten werden, damit in den vorangegangenen Semestern vorbereitende Veranstaltungen wie einführende Vorlesungen, Seminare, Übungen, Tutorien etc. vorher angeboten werden können. Es ist zweckmäßig, gewisse Grundkenntnisse in Anatomie, Physiologie und Biomathematik dabei vorauszusetzen. Der Kurs selbst soll zentriert sein auf den *Erwerb der psychologischen Einstellung,* von *praktischen psychologichen Fähigkeiten.* Die übrigen mehr theoretischen Veranstaltungen sollen der Methodenkritik und medizinisch-psychologischen Grundlagenkenntnissen dienen. Es ist wichtig, daß der gesamttheoretische und praktische Unterricht in Medizinischer Psychologie auf die ärztliche Praxis, auf den Basisarzt hin orientiert ist. Zugleich ist eine Ausrichtung auf den Arzt für Allgemeinmedizin, auf die Psychosomatik/Psychotherapie und schließlich

auf psychodiagnostische und psychotherapeutische Fähigkeiten gegeben, wie sie im Rahmen der Inneren Klinik, Psychiatrie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde, Neurologie sowie der ökologischen Fächergruppe erforderlich sind.

Medizinische Soziologie

1. Ist-Zustand

Das neue Fach Medizinische Soziologie ist bislang an nicht mehr als zehn Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik formell berücksichtigt worden oder „institutionalisiert". Diese Feststellung umfaßt auch bislang nur ausgeschriebene Stellen. Die Unterschiede im Rang und/oder in der Ausstattung der vorhandenen Lehr- und Forschungseinrichtungen sind beträchtlich. Es gibt eine einzige besetzte AH 4-Professur (Münster), bislang allerdings ohne weitere garantierte Ausstattung. Eine weitere AH 4-Professur (Hamburg) wurde aus dem Besetzungsverfahren vorläufig herausgenommen. Die vier Berliner Positionen (A 6, AH 5), die freilich unter „Sozialmedizin" firmieren, sind bislang unbesetzt. AH 3-Stellen für Medizinische Soziologie bestehen an den Fakultäten Gießen, Göttingen, Frankfurt, Freiburg, Hamburg, Hannover, Marburg und Ulm. In Bochum wird die Medizinische Soziologie vom Lehrstuhl für Sozialmedizin offiziell mitbetreut. Regensburg hat im Rahmen der Medizinischen Psychologie (AH 2) eine A 13/14-Stelle für die Vertretung der Medizinischen Soziologie vorgesehen. Ansonsten sind Lehraufträge oder andere letztlich provisorische Arrangements die Regel.

Man wird angesichts dieser Situation *nicht* behaupten können, daß dieses Fach — immerhin Prüfungsfach der „Vorklinik" — an den Fakultäten im allgemeinen und selbst an den Fakultäten, die Stellen vorhalten, *angemessen vertreten* ist. Die Regel ist eine „Solo-Vertretung", die gerade dieses neu zu etablierende Fach, was die Unterrichtseffizienz angeht (von der Forschung ganz zu schweigen), gegenüber den lange etablierten Fächern benachteiligt. Der größte Teil der Medizinischen Fakultäten macht die Positionen, die sie überhaupt vorsieht, für kompetente Soziologen unattraktiv, indem weder der Unterrichtsbelastung noch den Forschungsverpflichtungen durch personelle, technische und finanzielle Ausstattung Rechnung getragen wird. Die meisten der etablierten Fachvertreter müssen sich als Fach-Studienräte vorkommen. Die Ausnahme stellt die Abteilung für Medizinische Soziologie an der Medizinischen Hochschule Hannover dar, die zumindest vorläufig hinsichtlich ihrer personellen Ausstattung als beispielhaft gelten kann, freilich auch aufgrund vorausschauender Planung keine solche „Sturzgeburt" war wie viele andere Abteilungen. Der Stelle eines „Abteilungsvorstehers und Professors" (AH 3) sind folgende Stellen zugeordnet: 1 AH 2, 4 A 13, 1 BAT VI-T bei gleichzeitiger Möglichkeit der partiellen Nutzung personeller Ressourcen, die aus dem Strukturkonzept der Medizinischen Hochschule sich ergibt, welches freilich nicht leicht auf andere Hochschulen zu übertragen ist, weswegen aber dort der Medizinischen Soziologie eher mehr als weniger zuzubilligen wäre.

Es dürfte jedenfalls festzuhalten sein, daß die Medizinische Soziologie als vorklinisches Lehrfach kaum quasi nebenbei durch die „ökologischen Fächer" wie Sozialmedizin, Sozialhygiene, Arbeitsmedizin etc. angemessen vertreten werden kann, zumal auch diese Fächer nicht gerade ubiquitär vertreten und schon gar nicht luxuriös ausgestattet sind.

2. Organisationsform und Zuordnung

Als vorklinisches Lehrfach, das aber entschieden auf die Vorbereitung späterer klinischer Fragestellungen gerichtet ist und auf die soziale Problemdimension von Krankheit sowie auf die soziologische Reflexion des Umgangs mit Kranken vom Beginn des Studiums an vorbereiten soll, ist es erforderlich, auch hier wie bei der Medizinischen Psychologie die *Grenze zwischen Vorklinik und Klinik* in der Organisationsform möglichst *durchlässig* zu machen. Deswegen ist eine Zuordnung im Rahmen eines *psychosomatisch-psychotherapeutischen Zentrums* oder im Rahmen eines *psychosozialen Zentrums* anzustreben. Dafür spricht nicht nur die von den Lehrfunktionen her notwendige Zusammearbeit mit der Medizinischen Psychologie. Die relativ schwache Medizinische Soziologie droht innerhalb der Medizin isoliert oder sogar diskriminiert zu werden, da in den ökologischen Fächern die Neigung besteht, Medizinische Soziologie als bloße ancilla medicinae socialis zu definieren.

Es besteht aber auch die Möglichkeit der Zuordnung zu einem neu zu konzipierenden ökologischen Zentrum, wie es an der MHH im Department für Öffentliche Gesundheitspflege Gestalt gewinnt, in dem Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie, Arbeitsmedizin, Umwelthygiene als Abteilungen vertreten bzw. geplant sind.

3. Forschungsgebiete und Schwerpunkte

Der Umfang der Forschungsgebiete des Faches läßt sich kaum eingrenzen, da Medizinische Soziologie in wissenschaftlicher Hinsicht allein durch die Dominanz ihres Gegenstandes sowohl empirisch als analytisch „definierbar" ist, was bedeutet, daß hier sämtliche Fachgebiete der Soziologie idealiter sich treffen können, die in irgendeiner Weise als „medizinrelevant" sich ansehen lassen. Mikrosoziologische Forschung hat hier dasselbe Recht wie makrosoziologische, historisch-soziologische dasselbe wie strukturanalytische, sozialökonomische wie sozialpsychologische usw.

Schwerpunktmäßig sollten Probleme der Organisation des gesundheitlichen Versorgungssystems überhaupt, des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens, der medizinischen Institutionen, der Gesundheitsberufe (Heilberufe), der Patient-Arzt-Beziehung und der Betreuung im Krankheitsfalle, sowie medizinsoziologische Aspekte der Genese und Ätiologie von Krankheiten forschend behandelt werden.

Von den Forschungsansätzen her ergeben sich unmittelbare Beziehungen zu medizinpsychologischen Fragestellungen, dann aber auch — manchmal eher

mittelbar — zu psychosomatisch-therapeutischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen, epidemiologischen und medizin-historischen Problemen. In jedem Falle ist eine Beteiligung an *interdisziplinären* Forschungsaktivitäten im klinischen und klinisch-theoretischen Bereich schon deshalb wünschenswert, da von hier aus am ehesten eine schnellere Integration des Faches in den Fächerkreis der Medizinischen Fakultät zu erwarten ist.

4. Unterrichtspraxis

Die Unterrichtspraxis ist aufgrund der weiter oben beschriebenen höchst unterschiedlichen Verhältnisse an den einzelnen Fakultäten de facto uneinheitlich. Von der großen Vorlesung über meist arbiträre Ringvorlesungen bis hin zu „Unterricht in kleinen Gruppen", wie er generell durch die Approbationsordnung von 1970 nahegelegt wird, findet sich in diesem Fach nahezu jede Form der akademischen Lehrveranstaltung. Da Medizinische Soziologie kein Kursfach und damit nicht „scheinpflichtig" ist, bestehen vielerorts Schwierigkeiten, für eine optimale Gestaltung des Unterrichts nach Umfang und Form zu sorgen. Die Kursfächer haben noch hinsichtlich ihrer Zusatzangebote Vorrang, wodurch unter anderem auch das Ideal einer stärkeren Integration des medizinisch-soziologischen und des medizinisch-psychologischen Unterrichts schwer zu verwirklichen ist.

Es ist vor allem nicht zu verkennen, daß Medizinische Soziologie — wie Medizinische Psychologie — im Gegensatz zu anderen vorklinischen Grundlagenfächern kaum auf Kenntnisse zurückgreifen kann, die von den Studienanfängern der Medizin von der Schule her mitgebracht werden. Allein von daher ist es begründbar, Umfang und Art des Unterrichts nicht schematisch am relativen Anteil des Faches Medizinische Soziologie an den Fragen in der ärztlichen Vorprüfung zu messen, zumal es gerade hier nicht ausschließlich und nicht einmal vorrangig auf die Vermittlung schematisch abprüfbaren Wissens, sondern auf die *Vermittlung von Denkweisen* und *soziologischer Reflexionsfähigkeit* ankommt.

Es scheint daher angebracht zu sein, der Idealkonkurrenz zwischen den etablierten vorklinischen Fächern und den psychosozialen Fächern dadurch gegenzusteuern, daß letzteren — zumal der Medizinischen Soziologie — durch eine sinnvolle zeitliche Placierung im Curriculum die Chance der Effektivität gegeben wird.

Im Gegensatz zur Medizinischen Psychologie muß Medizinische Soziologie nicht unbedingt auf detaillierte Grundkenntnisse in Medizinischer Biologie — Anatomie, in Physiologie und Physiologischer Chemie zurückgreifen können. Von daher legt sich ihre curriculare Placierung im *1. und/oder 2. vorklinischen Semester* nahe. Ein Gesamtumfang an Unterrichtsstunden von ca. 80 Stunden (= ca. sechs Semesterwochenstunden) liegt nach bisherigen Erfahrungen nicht außerhalb der realisierbaren Möglichkeiten, wobei überdies freie Angebote für besonders interessierte Studenten gemacht werden sollten: z. B. Projektgruppen oder sogenannte Hausbesuchsprogramme in Zusammenarbeit mit Allgemeinmedizinern. An manchen Orten wird in Frage gestellt, ob die allzufrühe Vermittlung von Medizinischer Soziologie im Rahmen des vorklinischen Studiums optimal sein kann, da häufig genug dem Studenten des 1. und/oder 2. vorklinischen Semesters wesentliche Primärerfahrungen (z. B. Krankenpflegepraktikum, Berührung mit der Naturwissenschaftlichkeit von Medizin) noch fehlen.

Durch die strikte Verordnung, daß Medizinische Soziologie lehrend ausschließlich für die Vorkliniker bedeutsam ist, bleibt der erwünschte Effekt des Unterrichts solange gefährdet, als Medizinische Soziologie im eigentlichen Sinne nicht auch unmittelbar in die Phase des klinischen Unterrichts hineinwirken kann. Die Gefahr, daß Soziologie nach der ersten ärztlichen Vorprüfung „abgeschrieben", vom Studenten aufatmend hinter sich gelassen wird, ist groß.

Vom Ideal der Unterrichtspraxis her gesehen, stellt sich die Frage, wie es gesichert werden kann, daß der Medizinstudent nach erfolgreicher ärztlicher Vorprüfung dazu bewogen werden kann, Medizinische Soziologie nicht einfach abzuschreiben. Es sollten Wege gefunden werden, ihm noch während der verschiedenen klinischen Ausbildungsphasen die Relevanz von medizinisch-soziologischen Erkenntnissen wieder und wieder zu vergegenwärtigen.

5. Ausstattung und Kapazitätsfragen

Daß der Ist-Zustand hinsichtlich der Ausstattung vorhandener Abteilungen für Medizinische Soziologie unzulänglich ist, wurde bereits hervorgehoben. Andererseits ist es schwierig, generelle Sollvorstellungen zu entwickeln, da die jeweiligen örtlichen Verhältnisse an den Universitäten und Hochschulen unterschiedlich sind, was vor allem die Sachmittel betrifft, die an der einen Fakultät teilweise zentral abgedeckt werden (z. B. Porti, Telefonkosten, Geschäftsbedarf), an anderen Fakultäten aber in den Sachhaushalt der Abteilung unmittelbar eingehen. Ähnliches gilt für Bibliotheksmittel, Mittel für Dokumentation und Datenverarbeitung etc. Überdies ist zu berücksichtigen, inwieweit eine „Verbundwirtschaft" mit verwandten Fachgebieten (Medizinische Psychologie, Sozialmedizin, Psychosomatik/Psychotherapie etc.) in bezug auf gemeinsame Gerätebeschaffung und -nutzung, Bücher- bzw. Zeitschriftenbeschaffung aufgrund organisationeller Gegebenheiten möglich ist. Ausstattung und laufender Verbrauch der Lehr- und Forschungseinrichtungen für Medizinische Soziologie werden in jedem Falle allerdings wesentlich niedriger liegen als bei Abteilungen der vorklinischen naturwissenschaftlichen Disziplinen, wenn die Hochschule gewisse zentrale Dienste vorhält und deren Kapazitäten den Bedürfnissen der Medizinischen Soziologie gegenüber aufschließt.

Hinsichtlich der *personellen* Ausstattung ist es leichter, Forderungen aufzustellen, sofern das didaktische Prinzip des Gruppenunterrichts aufrechterhalten werden soll. Für eine Gruppe von 20 bis (maximal) 30 Studenten ist eine kompetente Lehrkraft erforderlich, wenn der Unterricht in Medizinischer Soziologie auch nur annähernd den Intentionen gleichkommen

soll, die durch die AO von 1970 und durch die daraufhin entwickelten Lernzielvorstellungen verfolgt werden.

Die Gruppe der Unterrichtenden sollten auf längere Frist die Chance bekommen, relativ stabil bleiben zu können, woraus sich die Forderung ergibt, neben die Stelle eines Abteilungsleiters Stellen für Akademische Räte bzw. wissenschaftliche Angestellte mit unbefristetem Vertrag zu setzen. Selbst „Hausberufungen" sollten in diesem Fach eher gefördert als verhindert werden, um die Kontinuität der Unterrichtstätigkeit in einem Fach nicht zu gefährden, das noch mitten in einer inhaltlichen wie didaktischen Identitätsfindung sich befindet und gewiß weit weniger auf einen Unterrichtskanon zurückgreifen kann, wie es bei traditionellen vorklinischen Fächern der Fall ist.

Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge: Ausarbeitung zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der Sozialarbeiter in der Psychiatrie

Der Vorstand des Deutschen Vereins hat bereits im März 1972 Empfehlungen zur Berücksichtigung der Gesundheitsvor- und -fürsorge in der Ausbildung der Sozialarbeiter an Fachhochschulen — Fachbereich Sozialwesen — herausgegeben, in denen Studienpläne gefordert werden, die die Voraussetzungen schaffen, „daß sich jeder künftige Sozialarbeiter die grundlegenden Kenntnisse über Gesundheit und ihre Bedrohung, über Krankheit, ihre sozialen Auswirkungen und ihre soziale Bedingtheit aneignet".

Diesen Empfehlungen schließen wir uns bezüglich der *allgemeinen Ausbildung* der Sozialarbeiter mit folgenden Ergänzungen an:

An allen Fachhochschulen sollte sichergestellt werden, daß die Studierenden die Möglichkeit erhalten, Grundkenntnisse für die Tätigkeit im Rahmen einer modernen, gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgung der Bevölkerung zu erwerben. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Bereich der Wiedereingliederung psychisch Kranker und Behinderter, den Betreuungsformen für seelisch und geistig dauernd Behinderte, der Psychogeriatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Vermittlung von Basiskenntnissen in den Methoden des Umgangs mit Alkoholikern und sonstigen Suchtkranken zu.

Vertiefte Kenntnisse in diesen Bereichen werden nicht nur für den später in der Psychiatrie tätig werdenden Sozialarbeiter von besonderer Bedeutung sein. Wir sind der Meinung, daß für alle Sozialarbeiter diese „psychologische Medizin" (verstanden als Stoffgebiet und als Übungsfeld eigener Erfahrung für einen reflektierten Umgang mit Bezugspartnern, ihren psychologischen Problemen oder psychischen Störungen, deren Ursachen, Ausprägungen und psychosoziale Verflechtungen) adäquater vertreten sein muß, eine zu frühzeitige Spezialisierung dagegen nicht empfohlen werden kann. Das Ausbildungsziel im Grundstudium muß in erster Linie in einer Motivationsweckung und -klärung gesehen werden.

Bei der Bildung von *Schwerpunktbereichen,* die auf einem Grundstudium mit Vermittlung eines möglichst breiten Basiswissens aufgebaut werden müssen, ist eine dichte Verflechtung theoretischer Stoffvermittlung und praktischer Mitarbeit erforderlich. Möglichkeiten zu praktischer Arbeit bieten sich für psychiatrische Schwerpunkte in Projekten an, die an vollstationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen unter Anleitung von erfahrenen Sozialarbeitern durchgeführt werden. Die Fachhochschulen müssen die Einstellung von haupt- und nebenamtlich mitarbeitenden Sozialarbeitern mit praktischen Erfahrungen in der Psychiatrie vermehrt anstreben. Nur so kann die erforderliche Supervision von Projektarbeiten befriedigend geleistet werden. Darüber hinaus sollten Möglichkeiten zur Ableistung des Berufspraktikums in entsprechend geeigneten Einrichtungen geschaffen werden.

Die theoretische Stoffvermittlung in einem Schwerpunktbereich Psychiatrie muß auch aus der Sicht des Sozialarbeiters besonders notwendige Kenntnisse berücksichtigen, z. B. in den Bereichen des Umgangs mit psychisch Behinderten, psychischer Störungen und Umweltfaktoren, alters- und entwicklungsspezifischer Krisen. Medizinische, sozialpsychologische und soziologische Aspekte sollten einbezogen werden.

Der Abschluß der Ausbildung sollte auch weiterhin dem Sozialarbeiter trotz der Schwerpunktbildung die Voraussetzung für alle Arbeitsbereiche in der Sozialarbeit vermitteln.

Als *Weiterbildung* empfehlen wir eine Zusatzausbildung für die Sozialarbeit in der Psychiatrie mit eigenem Leistungsnachweis, der eine tarifliche Höhergruppierung folgt. Ziel der Zusatzausbildung ist die Befähigung des Sozialarbeiters zu selbständigem, eigenverantwortlichem Handeln in diesem Bereich. Sie soll bei Vollzeitausbildung ein Jahr dauern, wenn sie berufsbegleitend durchgeführt wird, entsprechend länger. Voraussetzung für die Teilnahme an einer solchen Zusatzausbildung sollte unserer Meinung nach nicht nur die staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter sein, sondern auch der Nachweis mindestens eines (mit dem heute in die Ausbildung schon teilweise eingebauten Berufspraktikum nicht identischen) praktischen Berufsjahres außerhalb psychiatrischer Einrichtungen. Eine solche Tätigkeit erscheint uns unentbehrlich, um die nötige Erfahrungsbreite und Reifungsmöglichkeit als Voraussetzung für eine Spezialisierung zu gewährleisten.

Eine wirkungsvolle Berufstätigkeit eines spezialisierten Sozialarbeiters in der Psychiatrie setzt selbstverständlich auch ein vermehrtes Wissen auf sozialpsychiatrischem Gebiet und in den soziotherapeutischen Techniken voraus. Diese Kenntnisse soll die Zusatzausbildung vermitteln. Die Lehrinhalte sind unter ständiger Berücksichtigung der Entwicklung festzulegen. Die Vermittlung kann jedoch auch hier nur so erfolgen, daß neben dem theoretischen und praktischen Unterricht für die Teilnehmer die praktische Mitarbeit sowohl in psychiatrischen Krankenhäusern als auch in sonstigen voll- und teilstationären Einrichtungen, in gemeindepsychiatrischen Diensten, in Rehabilitation und Nachsorge und in Übergangseinrichtungen gewährleistet ist. Bei der Auswahl geeigneter Einrichtungen für die Zusatzausbildung sollte sichergestellt sein, daß eine enge

Zusammenarbeit mit der regionalen Fachhochschule möglich ist. Hierdurch können die Dozenten der Fachhochschulen auch die theoretischen Veranstaltungen der Zusatzausbildung bestreiten, was gleichzeitig die jetzt oft fehlende Praxisnähe auch in der allgemeinen Ausbildung der Sozialarbeiter an den Fachhochschulen besser gewährleisten könnte.

Die Zusatzausbildung sollte grundsätzlich berufsspezifisch sein. Gemeinsame Lehrveranstaltungen mit anderen Berufsgruppen sind nur dort denkbar, wo — etwa in der Gruppenarbeit — Kenntnisse und Fähigkeiten von anderen Berufsgruppen in gleicher Weise benötigt werden.

Unter *Fortbildung* verstehen wir die Erweiterung der beruflichen Erfahrungen und Kenntnisse ohne neuen beruflichen Abschluß. Fortbildung ist im Bereich der psychiatrischen Sozialarbeit möglich 1. durch Besprechungen, Konferenzen usw. am jeweiligen Arbeitsplatz; 2. in Form von regionalen und überregionalen Seminaren, wobei möglicherweise getrennte Veranstaltungen für Sozialarbeiter mit und ohne psychiatrische Zusatzausbildung sinnvoll erscheinen. Ziel jeder Fortbildung muß sein, die praktische Arbeit dem sich stetig weiterentwickelnden theoretischen und wissenschaftlichen Kenntnisstand anzupassen.

Optimalmodell eines Beratungsdienstes an Schulen *)

Schulstufe	Personal	Schwerpunkt der Tätigkeit
Vorklassen und Grundschule (Primarbereich)	2 Beratungslehrer	Schullaufbahnberatung
		Schulleistungsüberprüfung
	1 Psychologe	Diagnostik und Beratung
Bezugszahl: 1 000 Schüler (fünf Jahrgänge)	1 Psychologe	Therapie
	1 Heilpädagoge	Behandlung von Lern- und Leistungsstörungen
	1 Psychagoge	Kindertherapie
	1 Sozialarbeiter	Elternberatung und Hausbesuche
	2 Sonderschullehrer	zusätzliche Fördermaßnahmen (für im jetzigen Schulsystem selegierte „Sonderschüler")
Sekundarbereich I	4 Beratungslehrer	verstärkte Schullaufbahnberatung
	1 Psychologe	Diagnostik und Beratung
Bezugszahl: 1 200 Schüler (sechs Jahrgänge)	1 Psychologe	Therapie
	2 Sozialarbeiter	Schüler- und Elternberatung (Bildungsangebote)
	1 Facharbeiter für Berufsorientierung	Informationen für Schüler, Eltern, Lehrer, Berater, Sozialarbeiter
	1 Sonderschullehrer	Training bei spezifischen Leistungsstörungen
Sekundarbereich II	2 Beratungslehrer	Hilfe bei der Schwerpunktwahl und Stundenplangestaltung (Kurssystem der Studienstufe in Verbindung mit Tutoren)
Bezugszahl: 600 Schüler (drei Jahrgänge)	1 Fachberater	Berufs- und Studienorientierung
	1 Psychologe	Diagnostik und Beratung
	1 Psychologe	Therapie
	1 Sozialarbeiter	Elternberatung

*) abgedruckt in: K. Aurin, P. Gaude und K. Zimmermann (Hrsg.), UNESCO-Institut für Pädagogik, Hamburg, Internationale Pädagogische Studien 31, Bildungsberatung, Frankfurt-Berlin-München 1973, S. 33.

Beitrag des Bundesministeriums der Verteidigung zur Wehrpsychiatrie

Die zur Bearbeitung der „Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" berufene Sachverständigen-Kommission hat mit der Bundestagsdrucksache 7/1124 einen Zwischenbericht vorgelegt. Ein Beitrag über die „Lage der Wehrpsychiatrie" konnte darin noch nicht aufgenommen werden.

Die Wehrpsychiatrie stellt — nach den Feststellungen von Brickenstein und Ziese — einen Bestandteil der Wehrmedizin von erheblicher Bedeutung dar. Als eine ihrer Hauptaufgaben ist die „negative Selektion" anzusehen, d. h., durch die Tätigkeit des Psychiaters werden die Männer von der Bundeswehr ferngehalten, deren seelische Widerstandskraft und geistige Beweglichkeit nicht ausreichen, um genügend anpassungs-, belastungs- oder leistungsfähig zu sein. Auf diese Kriterien hat sich der Wehrpsychiater häufig abzustützen bei der Prüfung der Verwendungsfähigkeit eines Soldaten.

So nimmt die begutachtende Tätigkeit einen breiten Raum ein, in Sonderheit bei Männern, die im Übermaß Alkohol oder Rauschmittel zu sich nehmen, die Selbsttötungsversuche unternommen haben oder durch deviantes Verhalten auffällig geworden sind. Die militärische Umwelt, die besonderen Leistungsanforderungen und psychischen Belastungen im Gefecht, müssen in ihrer Bedeutung als krankheitsauslösender Faktor dem Psychiater bekannt sein, der über die einzelnen Soldaten urteilen oder sie bei akuten psychischen Erkrankungen behandeln muß.

Da — erstmals in Deutschland — nach § 17 Abs. 4 des Wehrpflichtgesetzes die Wehrpflichtigen nicht nur auf ihre körperliche, sondern auch auf ihre geistige Tauglichkeit „eingehend ärztlich zu untersuchen" sind, muß davon ausgegangen werden, daß die gesundheitliche Gesamtstruktur in den Streitkräften eine andere als bei der Zivilbevölkerung ist. Daher bedurften im Jahre 1971 nur 3,42 % und im Jahre 1972 3,45 % der Soldaten einer ambulanten oder stationären Untersuchung und Behandlung in neurologisch-psychiatrischen Fachpraxen bzw. Einrichtungen in und außerhalb der Bundeswehr.

In der Bundeswehr ist die psychiatrische Versorgung mit den übrigen Disziplinen der zeitgemäßen Medizin — in frühzeitiger Erkenntnis der zunehmenden Bedeutung einer integrierten Behandlung, auf die der Zwischenbericht der Enquête-Kommission besonders hinweist — eng verbunden. Neurologisch-psychiatrische Fachabteilungen und fachärztliche Untersuchungsstellen bestehen gegenwärtig am Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz und an den Bundeswehrkrankenhäusern Hamburg und Gießen. Am Bundeswehrkrankenhaus München besteht lediglich eine fachärztliche Untersuchungsstelle, während die stationäre Aufnahme nach einem Belegungsvertrag für 25 Betten in der psychiatrischen Universitätsklinik erfolgt. Eine Erweiterung der neurologisch-psychiatrischen Abteilungen unter Einbeziehung der Neurophysiologie und Psychotherapie ist vorgesehen. Dabei besteht im Sanitätsdienst der Bundeswehr Einigkeit darüber, daß die große analytische Psychotherapie als Möglichkeit zur Wiederherstellung der Verwendungsfähigekit eines Soldaten außer Betracht bleiben muß; denn die Indikation zu dieser Therapie bedingt gleichzeitig die dauernde Wehrdienstverwendungsunfähigkeit. Hingegen wird die kleine Psychotherapie (Patienten- bzw. konfliktzentrierte Gesprächspsychotherapie, Psychoanalytische Kurztherapie z. B. nach Balint, Hypnose, autogenes Training, Hypnokatharsis, Gruppenpsychotherapie, Verhaltenstherapie u. a.) für möglich und erfolgversprechend gehalten.

Die Zahl der Betten, die für eine psychiatrische (und neurologische) *stationäre Versorgung* in der Bundeswehr erforderlich sind, muß sich nach dem Bedarf richten. Über diesen gibt die Statistik der Einweisungen von Soldaten in Bundeswehr- und zivile Krankenhäuser Aufschluß. Die zu erwartende Entwicklung die für die Weiterbildung zum Facharzt erforderliche Bettenzahl in einem Krankenhaus, aber auch die zugestandenen personellen Umfangzahlen, die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel und der Zuwachs an Fachärzten und anderem Fach- und Pflegepersonal sind weitere Faktoren, die zu berücksichtigen sind. Nach dem Stand vom 1. September 1974 stehen gegenwärtig nur 170 Betten zur Verfügung, das Soll liegt bei 240 Betten für die Abteilungen Nerven- und Gemütskrankheiten, was einem Bettenschlüssel von 0,52 ‰ entspricht. Er wird im wesentlichen nach Inbetriebnahme der Bundeswehrkrankenhäuser München und Ulm erreicht werden können.

Aus dem zivilen Bereich sind keine verwertbaren Grundlagen bekannt, zugänglich oder erhältlich, nach denen sich der Bedarf an *ambulanter* allgemein- oder fachärztlicher Leistung einigermaßen zuverlässig errechnen läßt. Auf der Grundlage einer Umfrage bei ausgewählten Bundeswehrkrankenhäusern und der Angaben aus der Wehrmedizinalstatistik sind in der Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens des Bundesministeriums der Verteidigung Berechnungen zum Bedarf an Fachärzten für den Betrieb von fachärztlichen Untersuchungsstellen bei Bundeswehrkrankenhäusern und Sanitätszentren angestellt worden. Danach ergab sich, daß für je 42 000 Soldaten ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie vorgesehen werden sollte. Hinsichtlich des Bedarfs an fachärztlichen Untersuchungen bei Musterungen wurde festgestellt, daß für je 30 900 Wehrpflichtige ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie notwendig wird.

Eine mögliche und in Ansätzen erkennbare vermehrte Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den nächsten Jahren läßt sich kaum abschätzen.

Die sogenannte Mc Kinsey-Studie „Ausbildungsbedarf für Mediziner bis zum Jahre 2000" rechnet zwar mit einem Anstieg der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen um 50 bis 60 %, doch läßt sich dies weder in die mittelfristige Planung aufnehmen, noch ist eine sichere Aussage für den Bedarf an Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie im stationären und ambulanten Bereich zu machen — auch nicht für den Bereich der Bundeswehr.

Zusammenfassend läßt sich ausdrücken: Grundsätzlich stellen die in der Bundeswehr dienenden Menschen trotz erfolgter Selektion ein Spiegelbild der Gesellschaft dar. Es muß allerdings dazu festgestellt werden, daß die besonderen Verhältnisse und Beanspruchungen der militärischen Umwelt vielfach andere Bedingungen schaffen. Die Wehrmedizin verfolgt als Ziel Schutz, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Soldaten. Integraler Bestandteil ist die Wehrpsychiatrie, die sich unter Berücksichtigung der modernen Entwicklung in der Psychiatrie der modernsten Methoden in Diagnostik und Therapie zu bedienen hat, d. h. unter Einschluß von Psychoanalyse und Psychotherapie, und die Voraussetzungen für die Psychohygiene schaffen muß. Entsprechend den Vorschlägen der Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt die stationäre psychiatrische Krankenversorgung als ein Teil der allgemeinen Medizin, seitdem die Bundeswehr eigene Krankenhäuser in Dienst gestellt hat. Die nicht voll befriedigende Situation wird sich nur langsam bessern lassen; dies gilt auch für die ambulante neurologisch-psychiatrische Versorgung der Bundeswehr. Der Durchführung einer modernen Psychiatrie wird große Aufmerksamkeit gewidmet; zur Realisierung aller berechtigten Forderungen und Vorstellungen gehören Ausdauer, Geduld, Beharrungsvermögen, Interesse für den Beruf des Sanitätsoffiziers und seiner Helfer und — ausreichende finanzielle Mittel.

Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Behinderten

von

M. Bauer

1 Fragestellung

2 Maßnahmen zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen

2.1 Allgemeine Vorbemerkungen

2.2 Closed Ranks

2.3 Das Hurt-Mind-Projekt der British Broadcasting Corporation (BBC)

2.4 Die Mind-Campaign

2.5 Das Nordstadt-Krankenhaus-Projekt in Hannover

2.6 Die Tübinger und die Freiburger „Woche der Psychiatrie"

2.7 Der „Düsseldorf-Grafenberg-Skandal"

2.8 Clifford W. Beers und Frank Fischer

3 Die Zielsetzung und die Zielgruppen der Aufklärungsmaßnahmen

4 Die Methoden und Medien zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen

5 Beurteilung der Erfolgswahrscheinlichkeit der angewandten Methoden

5.1 Allgemeine Vorbemerkung

5.2 Begründung

5.3 Zusammenfassende Schlußfolgerungen

6 Konkrete Empfehlungen

1 Fragestellung

Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme zum Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung einer Enquête über die Lage der Psychiatrie u. a. auch mittelfristige Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung in den Aufgabenkatalog aufgenommen (s. Punkt 20, Punkt 1 der Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973).

Gemäß der im Punkt 20, Punkt 1 des Maßnahmenkatalogs gewählten Formulierung sind folgende drei generelle Zielsetzungen Leitlinien für die künftige Öffentlichkeitsarbeit auf diesem Sektor:

1. Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile in der Gesellschaft,
2. gesundheitliche Information des betroffenen Personenkreises,
3. Schaffung eines besseren Verständnisses und einer größeren Hilfsbereitschaft aller gegenüber psychisch Kranken und Behinderten.

Aufklärungsmaßnahmen aus den Zielbereichen 2 und 3 sollen durch ein Sofortprogramm in die Wege geleitet werden. Die zum Punkt 1 — sicherlich langfristig anzusetzenden — Maßnahmen sollen vorab durch gutachterliche Stellungnahme einer differenzierten Klärung zugeführt werden, damit an die Konzeption konkreter Maßnahmen mit mehr abgesicherter Kenntnis herangegangen werden kann.

Hierbei geht es vor allem um eine Stellungnahme zu folgenden Fragebereichen:

A. Welche in- und ausländischen Maßnahmen zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen in der Bevölkerung gegenüber Behinderten sind

Ihnen bekannt? (Behinderte verstanden im weitesten Sinne: körperlich Behinderte, psychisch Kranke, geistig Behinderte)

B. Welche Zielsetzungen (möglichst bezogen auf die drei Variablen sozialer Einstellung: „Kognition", „Emotion", „Verhalten") hatten diese Aufklärungsmaßnahmen und auf welche Zielgruppen waren sie gerichtet?

C. Welche Methoden und Medien zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen wurden angewandt und — falls ermittelt — welche Effizienz zeichnet sich (kurz-, mittel-, langfristig) ab?

D. Welche Erfolgswahrscheinlichkeit schreiben Sie welchen Methoden und welchen konkreten Medien für die Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen zu? Welche davon beurteilen Sie davon im Sinne des medienmäßig Machbaren günstig, bzw. ungünstig für den Einsatz bei der Realisation für den Zielbereich 1 des geplanten Aufklärungsprogrammes?

Der Gutachter ist gehalten, seine Auffassung zu den Fragen „kurz und prägnant", d. h. ohne allzu differenzierte Ausführungen „darzulegen". Zu den Fragen A und B genügen u. U. auch Hinweise auf einschlägige Literatur, Material etc., während zu der Frage D eine ausführlich begründete Expertenmeinung gefordert ist.

2 Welche in- und ausländischen Maßnahmen zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen in der Bevölkerung gegenüber Behinderten sind Ihnen bekannt? (Behinderte verstanden im weitesten Sinne: körperlich Behinderte, psychisch Kranke, geistig Behinderte.)

2.1 Allgemeine Vorbemerkung

Die Bemühungen, die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken (Geisteskranken; mentally ill) zu erforschen und zu verändern, reichen nicht allzu weit zurück. Zwar mag die Tatsache, daß psychiatrische Institutionen in den letzten hundert Jahren mehrfach ihre offizielle Bezeichnung geändert haben (aus den Heil- und Pflegeanstalten des 19. Jahrhunderts wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts [psychiatrische] Landeskrankenhäuser, in jüngster Zeit fand eine Umbenennung in „Nervenkrankenhäuser" bzw. „Landeskliniken" statt; psychiatrische Abteilungen für „Psychologische Medizin") als Hinweis darauf gelten, daß die verantwortlichen Träger das „Bild einer psychiatrischen Einrichtung in der Öffentlichkeit" durch die jeweilige Namensgebung in ihrem Sinne geändert wissen mochten. Doch gibt es weder Belege dafür, ob mit dieser „naiven" Form von „Öffentlichkeitsarbeit" die gewünschten Ziele erreicht worden sind, noch ist bis zum 2. Weltkrieg ein systematischer Versuch unternommen worden, jene in der Öffentlichkeit vermuteten negativen Einstellungen gegenüber psychisch Kranken präziser zu erfassen. Diese Situation begann sich erst Ende der 40er Jahre und Anfang der 50er dieses Jahrhunderts zu verändern, als — zunächst in den Vereinigten Staaten von Amerika — die staatlich mit beträchtlichen finanziellen Mitteln geförderten „Community Mental Health Centers"-Programme die Frage wichtig erscheinen ließen, ob die Bevölkerung bereit war, diese gemeindepsychiatrischen Programme zu akzeptieren.

Die Antwort hierauf war aus zwei Gründen wichtig: zum einen war vorauszusehen, daß gemeindebezogene und rehabilitationsorientierte neue Einrichtungen nur dann optimal genutzt werden konnten, wenn sie nicht gegen den Willen und die Einstellung der Bevölkerung, dieser quasi von oben auf dem Gesetzgebungsweg verordnet werden; zum anderen aber hing die (Re-)Integrationschance der betroffenen Patienten ganz wesentlich von der Toleranz und den Einstellungen ab, die die Bevölkerung ihnen entgegenbrachte und die den sozialen Verhaltensspielraum der betroffenen Patienten im konkreten Fall absteckte.

In den vergangenen 25 Jahren sind eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt worden, die fast alle der Frage galten, welche Meinung und Einstellung (attitude) die Bevölkerung zu psychisch Kranken (Geisteskranken; mentally ill) hat. Die bekanntesten Untersuchungen dieser Art sind die von Ramsey und Seipp (1948), Star (1952 bis 1957), Nunnally (1961), Freeman und Kassebaum (1960) in den USA; Cumming und Cumming (1957), Rootman und Lafave (1969), Lafave, Rootman, Sydiaha und Duckworth (1967) in Canada; Carstairs und Wing (1958) sowie Folkard (1960) in England; Lammers (1966) in Holland; Jaeckel und Wieser (1967, 1970), Kessel (1968) sowie Stumme (1970, 1971, 1972) in der BRD. In der letztgenannten (44) Arbeit von Stumme gibt dieser Autor — wie nach ihm Feldmann (9) — auch einen umfassenden Überblick über die psychiatrische Vorurteilsforschung, mit der er sich kritisch auseinandersetzt. Stumme ist es auch, der darauf hinweist, daß der Erforschung von *Einstellungen der Psychiater* gegenüber Geisteskranken nur wenige Arbeiten gewidmet sind, worauf später noch zurückzukommen sein wird.

In jüngster Zeit ging man dann schließlich auch der Frage nach, ob diese Einstellung der Bevölkerung einem (positiven) Wandel unterlegen ist (z. B. Lemkau und Crocetti; Rootman und Lafave). Obwohl die — meist von den Autoren selbst formulierte (vor allem auch im Hinblick auf ihre jeweiligen Geldgeber) — Legitimation dieser Studien vor allem darin gesehen wurde, den wenig wünschenswerten, grob „falschen", zumindest aber der Verbreitung moderner psychiatrischer Ansätze hinderlichen Vorurteilen in der Bevölkerung mit einem „Mental Health Education Program", also Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu begegnen und wenn möglich, gängige Stereotype zu korrigieren, sind die wissenschaftlich ausgewerteten Programme, in denen der Versuch gemacht wurde, wenigstens ansatzweise den Effekt bestimmter Maßnahmen zu erfassen und einer Analyse zugänglich zu machen, an den Fingern einer Hand abzuzählen.

Bevor hierauf näher eingegangen wird, muß jedoch noch ein Problem erwähnt werden, das erst spät in

die Überlegungen der jeweiligen Forscher miteinbezogen wurde, obwohl schon LaPierre (22) in seiner berühmten Arbeit aus dem Jahre 1934 eindrücklich darauf hingewiesen hatte. LaPierre fand, daß aus dem, was Menschen sagen, nicht notwendigerweise darauf geschlossen werden kann, was sie in der entsprechenden Situation tun. Der Autor fand sogar eine *inverse* Beziehung zwischen „Einstellung" (attitude) und „Verhalten" (behavior). Auf einer mehrmonatigen Reise mit einem chinesischen Ehepaar durch Nordamerika konnte er feststellen, daß seine beiden Reisebegleiter in 250 von 251 Hotels bzw. Gasthöfen Unterkunft fanden; nur einmal wurden sie abgewiesen. Als er sechs Monate später die gleichen Hotels anschrieb und sie fragte, ob sie bereit wären, Chinesen zu beherbergen, bekam er nur eine einzige positive Antwort. Über 90 % der Angeschriebenen lehnte die Aufnahme von Chinesen ausdrücklich ab. LaPierre folgerte daraus, daß die Frage, wie Menschen sich in bestimmten Situationen verhalten, nicht durch Umfragen zuverlässig beantworten lasse, sondern nur dadurch, daß man das gezeigte Verhalten selbst studiert. „An meinem Schreibtisch in Californien kann ich mit einem hohen Grad an Zuverlässigkeit vorhersagen, was ein „durchschnittlicher" Geschäftsmann aus einer durchschnittlichen Stadt im Mittleren Westen auf die Frage antworten wird: „Würden Sie in einem Pariser Bordell mit einer Prostituierten sexuellen Verkehr haben wollen?" Niemand, am allerwenigsten der Mann selbst, aber kann vorhersagen, was er tatsächlich tun würde, wenn er durch unglückliche Umstände in die in Rede stehende Situation geriete" (22).

1967 teilten Lafave u. a. (21) eine Beobachtung mit, die LaPierres Auffassung zu bestätigen scheint. Die Autoren fanden, daß das tatsächliche Verhalten zweier kanadischer Gemeinden diametral den zuvor in einer Umfrage erfaßten „Einstellungen" psychisch Kranken gegenüber entgegenstand. Die Bewohner beider Dörfer wurden hinsichtlich ihrer Einstellung und ihrer Kenntnisse über psychisch Kranke miteinander verglichen. Überraschenderweise fand man, daß die „aufgeklärtere" und „kenntnisreichere" der beiden Gemeinden psychiatrischen Patienten gegenüber ein weniger tolerantes Verhalten an den Tag legte. Als es im konkreten Fall nämlich darum ging, ein Übergangsheim für psychisch Kranke in der Stadt einzurichten, beteiligte sich über ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung der Gemeinde an einer Unterschriftensammlung, um dies Vorhaben zu verhindern. Im Gegensatz dazu verhielten sich die Bürger der ‚weniger aufgeklärten Nachbargemeinde bei der Einrichtung eines ähnlichen Heimes ausgesprochen kooperativ, obwohl einige der dafür vorgesehenen Patienten nie zuvor in dem Ort gelebt hatten.

Stumme (44) zieht u. E. aus den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen daher mit Recht folgenden Schluß:

1. „Über Attitüden ist bis auf den heutigen Tag so gut wie nichts bekannt, auch wenn immer wieder versichert wird, daß man Attitüden gemessen habe. Dafür ist aber relativ viel über verbale Reaktionen von Individuen auf ausgewählte verbale Stimuli in spezifischen Situationen in Erfahrung gebracht worden.
2. Die Erforschung tatsächlichen Verhaltens von Individuen und Gruppen von Individuen in bezug auf bestimmte soziale Objekte in spezifischen Situationen ist bisher vernachlässigt worden. Gesicherte Ergebnisse liegen kaum vor.
3. Über eine mögliche Konsistenz zwischen Einstellungen und nicht-verbalem Verhalten kann bis zum heutigen Tag nichts ausgesagt werden. Eindeutige Konsistenzen zwischen verbalem und nicht-verbalem Verhalten sind ebenfalls nicht berichtet worden."

Wenn so wenig — oder nahezu nichts — über die Determinanten aktuellen Verhaltens in bezug auf das in Rede stehende Problem bekannt ist, kann es nicht wundernehmen, wenn spezifische und gut gemeinte Versuche, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken gezielt zu beeinflussen, bisher weitgehend gescheitert sind. Dies liegt jedoch, wie bisher zu zeigen versucht wurde, weniger daran, daß geeignete Instrumente zur Veränderung der Einstellung gegenüber psychisch Kranken nicht zur Verfügung ständen, sondern an der grundsätzlichen Schwierigkeit, aus den auf vorgegebene Stimuli geäußerten verbalen Reaktionen tatsächliches Verhalten zu prognostizieren. Einzuräumen ist allerdings auch, daß selbst darüber, warum die wenigen „Mental Health Education-Programme" ohne meßbaren Erfolg blieben, praktisch nichts bekannt ist.

Daß „Öffentlichkeitsarbeit" aber nicht schon deswegen unterlassen werden sollte, weil fast alle bisherigen Programme nicht das gewünschte Ergebnis brachten, kann nicht die Konsequenz dieser Überlegungen sein, denn: „Ob Medizin und Psychiatrie in die Öffentlichkeit gehören, kann heute keine reale Frage mehr sein. Presse, Funk und Fernsehen schneiden medizinische Themen permanent und unbekümmert an, ohne Rücksicht auf Fachkreise, denen das nicht gefällt. Diskutabel bleibt allein die Frage, ob und wie man sich mit dieser Realität arrangiert (39)."

Auch wenn aus den genannten Gründen von der Attitüdenforschung kaum etwas darüber ausgesagt werden kann, in welcher Weise Handlungsbereitschaften mit den jeweiligen Einstellungen verknüpft sind, weiß man doch von der Medienforschung her, daß die Kanäle, über die Informationen aufgenommen werden, nicht gleichwertig und gleichrangig sind. So ist z. B. das Einverständnis mit einer bestimmten Information und deren Retention bei Zeitungen höher als beim Fernsehen, während die „Aufmerksamkeit" bei diesem Medium höher liegt, als wenn man die Information liest (47). Von hoher Bedeutung ist — unabhängig vom Medium — die allgemeine Glaubwürdigkeit und Kompetenz der Informationsquelle, ihre Macht und ihr vermuteter Einfluß (48), wie überhaupt soziale Verstärker, da sie angstreduzierend wirksam werden können, bei Einstellungsänderungen eine wichtige Rolle spielen. Schließlich ist bedeutsam, in welchem Ausmaß die eigene Meinung mit wichtigen

subjektiven Bedürfnissen des Individuums verflochten ist, und ob bei Aufgabe einer bestimmten Überzeugung das individuelle Wertsystem zentral in Frage gestellt oder eher peripher tangiert wird. —

Obgleich über solche intra-individuellen, letztlich Persönlichkeitsstruktur ändernden Prozesse noch recht wenig bekannt ist, lassen sich von einem pragmatischen Standpunkt aus einige Erfahrungen und Belege anführen, welche Folgen in einer gegebenen Situation bestimmte Maßnahmen hatten. Im konkreten Fall, wie gezielte publizistische Aktionen das Schicksal psychisch Kranker zu verbessern in der Lage waren, oder wann dieses Ziel nicht erreicht wurde.

2.2 Closed Ranks

Unter dem Titel „Closed Ranks — Experiment in Mental Health Education" ist von dem Ehepaar Cumming — sie Soziologin, er Psychiater — im Winter 1951/52 in einem kanadischen 1 500-Seelen-Dorf, das die Autoren Blackfoot nennen, eine Einstellungsuntersuchung anhand des von Star (43) entwickelten Fragebogen-Instrumentariums über psychisch Kranke (mentally ill) durchgeführt worden, mit dem Ziel, die — so war die Forschungshypothese — positiven Veränderungen bei den Einwohnern zu registrieren, nachdem diese einem sechsmonatigen Aufklärungsprogramm ausgesetzt waren. Als Vergleich diente dabei außerdem eine, nach bestimmten sozialen Parametern gleichstrukturierte, 200 km entfernte Gemeinde namens Deerville, in der zur jeweils gleichen Zeit Kontrollbefragungen vorgenommen wurden. Das Programm basierte ganz wesentlich auf der aktiven Mitarbeit der Bevölkerung, die vor allem in die Planung nahezu aller Aktivitäten involviert wurde, z. T. die Veranstaltungen auch weitgehend selbständig durchführte. Dies gelang deshalb besonders gut, weil der überwiegende Teil der erwachsenen Bevölkerung von Blackfoot in den verschiedensten Vereinen bereits organisiert war, so daß die Forschungsgruppe lediglich an eine bereits vorhandene soziale Infrastruktur anzuknüpfen brauchte. Die lokale Presse unterstützte das ganze Unternehmen von Anfang an wohlwollend. Die Zeitung machte auf Rundfunksendungen aufmerksam, die während des Zeitraumes häufiger als sonst üblich ausgestrahlt wurden und oft gezielte, auf das Education-Programm abgestimmte Inhalte aufgriffen. Filme wurden im Dorf gezeigt, Informationsmaterial verteilt. Besucherreisen ins nächste Landeskrankenhaus wurden organisiert. Während des Zeitraumes wurden häufig Informationsabende veranstaltet, Podiumsdikussionen unter Einbeziehung des Auditoriums waren dabei die Regel. Die Diskussionen waren meistens rege. Die lokale Bücherei verzeichnete eine erhöhte Nachfrage nach Texten, die sich mit der Problematik psychisch Kranker beschäftigten. Es gab keine relevante soziale Gruppe im Ort, die sich der Mitarbeit verschlossen hätte. Die „Community"- und „Opinion-Leaders" nahmen — soweit sie sich nicht aktiv selbst beteiligten — keine aversive Haltung ein, zumindest anfänglich nicht.

Trotz des enormen Aufwandes an Zeit, Geld und personellen Ressourcen mußten die Cummings schließlich feststellen, daß es ihnen nicht gelungen war, die geäußerte Haltung gegenüber psychisch Kranken positiv zu verändern. Im Gegenteil, zum Ende des Untersuchungszeitraums nahm das Engagement der beteiligten Bevölkerung deutlich ab, auch offen ablehnende Gefühle wurden jetzt gezeigt. Die anhand der Star'schen Skalen gemessenen Größen „Kontaktbereitschaft" und „Verantwortungsgefühl" änderten sich nicht signifikant und wenn, dann tendenziell in eine nicht gewünschte Richtung.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die theoretischen Implikationen dieses bisher ehrgeizigsten Projektes zur Re-Education der Bevölkerung, das in der Literatur beschrieben ist, zu diskutieren. Hierzu muß auf die Originalpublikation verwiesen werden. Mitgeteilt sei jedoch eine abschließende praktische Überlegung der Autoren, die uns wichtig erscheint.

„Wir versuchten in Blackfoot nicht, Mitglieder der Gemeinde als Erzieher (educator) einzusetzen; wir hatten aber in einer späteren Untersuchung, bei unserem „Hospitalexperiment" (6), in dem wir Krankenhelferinnen anleiteten, später ihresgleichen das Gelernte zu vermitteln, den Eindruck, daß, nachdem die älteren Schwesternhelferinnen sich jene Überzeugung zu eigen gemacht hatten, von denen wir wünschten, daß sie sie ihren Mitschwestern weiter vermittelten, diese besser in der Lage waren als wir selbst, den Unterricht effektiv zu gestalten. Diese Erfahrungen legen es nahe, zunächst mit einer kleinen Gruppe in einem definierten Bereich, z. B. einer Gemeinde, zu arbeiten und es den einheimischen Mitgliedern zu überlassen, ihren Mitbürgern ein Projekt in seiner Bedeutung für die Gemeinde zu verdeutlichen. In Blackfoot selbst war die von uns selbst am erfolgreichsten bewertete Aktivität — obgleich dies eine subjektive Überzeugung widerspiegeln mag — daß es gelang, die Kriegsveteranen in ein Krankenhausbesuchsprogramm zu involvieren. Unglücklicherweise gelang dies erst am Ende der Untersuchung, was mit bestimmten Umständen im Krankenhaus selbst zusammenhing. Auch erkannten wir zu spät den Katalysator Effekt, den eine solche Aktivität uns als Edukatoren in der Gemeinde hätte geben können." — Wir werden an späterer Stelle auf das hier angesprochene Modell der Unterstützung und der Ermutigung lokaler Aktivitäten als Möglichkeit einer gezielten Form von Öffentlichkeitsarbeit noch zurückkommen. Zunächst seien jedoch noch einige andere, in der Literatur beschriebene Initiativen kurz dargestellt. Es versteht sich dabei von selbst, daß Details der einzelnen Projekte im Original nachgelesen werden müssen.

2.3 Das Hurt-Mind-Project der BBC

Im Januar 1957 sendete die BBC an fünf Abenden eine Fernsehserie unter dem Titel „Hurt-Mind", die verschiedene psychiatrische Problembereiche darstellte, wobei insbesondere ätiologische und thera-

peutische Fragen behandelt wurden. Diese Serie wurde nur wenige Wochen bevor der Bericht der „Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency" im britischen Parlament diskutiert wurde, gesendet und war auch als publizistische Schützenhilfe für die Kommission gedacht, die bekanntlich dem Parlament eine weitgehende Reorganisation des psychiatrischen Krankenhauswesens im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie vorschlug. Von ungefähr 15 % der erwachsenen englischen Bevölkerung, d. h. von ca. 5,5 Millionen Menschen wurde die Serie gesehen. W. A. Belson vom BBC Audience Research Department hat das Projekt ausführlich beschrieben (zit. n. 4). Einzelheiten können hier schon deswegen nicht wiedergegeben werden, weil uns der Originaltext von Belson nicht zugänglich war. Carstairs und Wing, die 1958 eine Inhaltsanalyse von 1267 Briefen, die die BBC erhielt, vornahmen, berichten jedoch auch über einige Ergebnisse der Belsonschen Untersuchung. Belson, der eine repräsentative Gruppe der Bevölkerung vor der Sendung auf ihre Einstellung zu psychisch Kranken befragt hatte, fand nach der Sendung, daß die Mehrheit der Fernsehzuschauer großes Gewicht auf die Unterscheidung zwischen „Mental Illness" und „Insanity" legte. Viele waren nicht bereit, einen ehemaligen Patienten in bestimmten beruflichen oder auch anderen Rollen zu akzeptieren, auch bestand ein ganz allgemeines Gefühl, daß „Mentall Illness" etwas war, über das man nicht redete. In dieser Beziehung hatte sich die Einstellung der Zuschauer kaum geändert. Die Serie hatte jedoch irgendwie dazu beigetragen, das Wissen über psychische Erkrankungen, besonders über die Behandlungsmöglichkeiten zu verbreitern. Auch ließ sich ein bescheidener, aber wohlfundierter Vertrauenszuwachs der Fernsehzuschauer in die Fähigkeiten der Ärzte feststellen, seelische Leiden erfolgreich zu behandeln.

Die von Carstairs und Wing vorgenommene Analyse der 1267 Zuschriften ergab allerdings in dieser Hinsicht ein weniger optimistisches Bild. „Es kann keine Rede davon sein, daß Psychiater der Kritik an ihrem Tun entgingen, obwohl (oder vielleicht gerade weil) im Programm ein entschieden optimistisches Bild gezeigt wurde ..." Wichtiger war den Autoren jedoch ein anderes Ergebnis, das in unserem Zusammenhang verdient, festgehalten zu werden: „Bezüglich des Nachdruckes, mit dem die „Royal Commission" die Notwendigkeit einer gemeindeorientierten psychiatrischen Versorgung gefordert hatte, ist es wichtig, daß eine reziproke öffentliche Bereitschaft, so zart sie auch jetzt noch sein mag, für solche Maßnahmen besteht... Die Untersuchung hat auch gezeigt, daß in manchen Bereichen noch immer ein gut Teil Verunsicherung und ein beträchtlicher Informationsmangel vorhanden ist; dies läßt uns zur Überzeugung gelangen, daß eine *kontinuierliche* Anstrengung zur gesundheitlichen Aufklärung in diesem Bereich notwendig ist."

Die hier getroffene Feststellung, daß in der Bevölkerung durchaus eine erkennbare Bereitschaft vorhanden ist, gemeindepsychiatrische Konzepte zu unterstützen, deckt sich mit den Ergebnissen der Untersuchung von Stumme in der Düsseldorfer Bevölkerung, worauf später, auch unter anderen Aspekten, noch einzugehen sein wird.

2.4 Die Mind-Campaign und die National-Mind-Week

Die „British Association for Mental Health", Mitglied der World Federation for Mental Health (WFMH), startet 1971 erstmals eine — seither jährlich wiederholte — breit angelegte Kampagne mit dem Ziel, Verständnisbereitschaft und Aufgeschlossenheit in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken zu wecken. Verbunden damit war die Forderung zur strukturellen und personellen Verbesserung psychiatrischer Dienste und Einrichtungen, wobei der Akzent auf die Propagierung gemeindenaher psychiatrischer Einrichtungen — z. B. Errichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und gemeinsame ambulante psychiatrische und soziale Dienste — gelegt wurde. Im wesentlichen wurden also Forderungen erhoben, wie sie 1957 von der „Royal Commission" (37) und 1970 vom „Seebohm-Committee" (34) bereits aufgestellt worden waren, zu diesem Zeitpunkt (und noch immer) jedoch vor allem in der Berufsgruppe der Psychiater umstritten blieben. Die Kampagne wurde von einer breiten Basis politisch sehr unterschiedlich einzuordnender Gruppierungen und Verbänden unterstützt — Wohlfahrtsverbänden, einzelnen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden, religiösen und weltanschaulichen Vereinigungen, dem Roten Kreuz, studentischen Gruppierungen, organisierten Laien, überregionalen und regionalen psychiatrischen Hilfsvereinen, Teilen der organisierten Ärzteschaft etc. etc. Man einigte sich auf ein gemeinsam vertretbares Programm, das von politischen (Labour bzw. konservativen) Akzentuierungen ebenso absieht wie von regionalen Besonderheiten. Eine begleitende wissenschaftliche Auswertung dieser Bemühungen ist bisher offensichtlich nicht erfolgt. Englische Psychiater (1), die mit dem Aufbau lokaler gemeindepsychiatrischer Dienste befaßt sind, äußerten jedoch in persönlichen Gesprächen gegenüber dem Verfasser dieses Gutachtens übereinstimmend die Auffassung, daß die Mind-Campaign ihnen nicht selten eine Art publizistischer Schützenhilfe geleistet habe, besonders, wenn es darum ging, örtlichen Initiativen zum Durchbruch zu verhelfen. Dies aber ist ein Ergebnis, das auch unseren Hannoveraner Erfahrungen entspricht, von denen jetzt die Rede sein soll.

2.5 Das Nordstadt-Krankenhaus-Projekt

Im Jahre 1971 beauftragte die Stadt Hannover die Schweizer Firma Hospitalplan, ein Gutachten zur Sanierung des Städt. Krankenhauses Nordstadt zu erstellen, in dem vor allem Stellung genommen werden sollte zum voraussichtlichen Bettenbedarf für die einzelnen medizinischen Fachrichtungen. Das Hospitalplan-Gutachten wurde im Januar 1972 vorgelegt und verneinte unter Hinweis insbesondere auf die vorgesehene Renovierung des zuständigen Landeskrankenhauses Wunstorf (ca. 1 200

Betten) sowie der Städt. Nervenklinik Langenhagen (ca. 120 Betten) einen psychiatrischen Bettenbedarf für das Stadtgebiet Hannover. Es stützte sich dabei auf Vorstellungen, wie sie zum damaligen Zeitpunkt im Niedersächsischen Sozialministerium vertreten wurden, wonach bestehende psychiatrische Landeskrankenhäuser saniert und — soweit erforderlich — ausgebaut werden sollten. Die Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser war in den Plänen des Nieders. Sozialministeriums zu jenem Zeitpunkt dezidiert nicht vorgesehen. In meiner damaligen Eigenschaft als Leiter der dem Gesundheitsamt Hannover angegliederten Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle bekam ich amtsinterne Kenntnis von dem Hospitalplan-Gutachten und nahm im April 1972 dazu Stellung. Ich begründete ausführlich die Notwendigkeit, gerade am Krankenhaus Nordstadt, an dem schon eine neurologische Abteilung bestand, eine psychiatrische Abteilung vorzusehen. Mein Gutachten veranlaßte den Gesundheitsausschuß des Stadtparlamentes, verschiedene Experten zu einem Hearing einzuladen, in dem die Problematik zentralisierter (Landeskrankenhaus) versus dezentralisierter (Abteilung am Allgemeinkrankenhaus) psychiatrischer Versorgung ausführlich und kontrovers diskutiert wurde. Die Parlamentarier waren sehr schnell von dem Konzept einer gemeindenahen Psychiatrie überzeugt und beschlossen, dem Gesamt-Stadtrat die Angliederung einer psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Nordstadt dringend zu empfehlen. Entgegen den Vorschlägen des Hospitalplan-Gutachtens wurde ein entsprechender Beschluß bald darauf gefaßt.

Wichtig an dem Gesamtvorgang waren aber nicht zuletzt die Begleitumstände. Die lokale Presse (Hannoversche Allgemeine Zeitung, Neue Hannoversche Presse) berichtete erstmals ausführlich über psychiatrische Versorgungsprobleme und hat dies seither immer wieder getan. Seit zwei Jahren hat sowohl die Lokalredaktion der HAZ als auch ein freier Mitarbeiter häufig die Gelegenheit wahrgenommen, über psychiatrische Probleme zu schreiben. Nicht zuletzt diese kontinuierliche Berichterstattung hat inzwischen dazu geführt, daß innerhalb von zwei Jahren drei dem Gesundheitsamt angegliederte psychiatrische Beratungsstellen ihre Tätigkeit beginnen konnten, die Eröffnung einer Tagesklinik im Stadtgebiet Hannover, die einer dieser Beratungsstellen angegliedert werden soll, steht bevor. Die Gründung zweier psychiatrischer Hilfsvereine fällt in diese Zeit, die Laienmitglieder beider Vereine sind tragend in der Nachsorge landeskrankenhausentlassener Patienten tätig, einer der Vereine ist gleichzeitig Träger eines kleinen Wohnheims und einer Wohngemeinschaft für psychisch Kranke.

Ohne die Unterstützung der lokalen Presse, so sagten uns immer wieder einzelne, besonders aufgeschlossene Parlamentsabgeordnete, hätten sie in ihren jeweiligen Fraktionen einen sehr viel schwereren Stand gehabt, als es darum ging, Prioritäten zugunsten psychiatrischer Probleme zu setzen. Die Journalisten andererseits fanden es außerordentlich hilfreich, nicht nur lokale Gesprächspartner zu finden, sondern beispielsweise Zugang zu den Veröffentlichungen der Enquête-Kommission (Hearings, Zwischenbericht), um sich auf diese Weise einen besseren Überblick auf die Gesamtsituation zu verschaffen. Bedauert wurde dagegen des öfteren, daß keiner der bestehenden Pressedienste regelmäßig über psychiatrische Probleme berichtet.

2.6 Die Tübinger und die Freiburger „Woche der Psychiatrie"

Die „sozialpolitischen Arbeitskreise der Hochschulgemeinden" (Freiburg) führten 1969 ebenso wie die „sozialen Arbeitskreise der Tübinger Hochschulgemeinden" eine Woche der Psychiatrie durch. Finzen, Sak, Wiethölter u. a. haben mehrfach darüber berichtet (10). Obwohl allein in Tübingen über 2 000 Personen die einzelnen Veranstaltungen während der Woche besuchten, schreiben Finzen und Wiethölter (1971): „Wir mußten erkennen, daß sie (die Großveranstaltungen, der Referent) zwar spektakulär sind, im übrigen aber, wie Cumming und Cumming gezeigt haben, keinerlei positive Auswirkungen zeitigen. Eher sind sie geeignet, Gegenreaktionen auszulösen." Grünewald, einer der Tübinger Studenten gar meinte 1970 resignierend: „Wir haben mit unserer Arbeit sicher dazu beigetragen, Vorurteile in der Öffentlichkeit gegenüber den *Studenten* abzubauen" (10).

Wir stimmen Finzen allerdings zu, wenn er (1969) studentisches Engagement in der Psychiatrie „als eine langfristig sehr wirksame Form der Öffentlichkeitsarbeit" auffaßt. Gerade weil diese Auswirkungen so schwierig zu fassen sind, sei an einem Beispiel von Finzen und Wiethölter verdeutlicht, worum es geht:

„Vor wenigen Wochen besuchte uns ein junger Vikar, der vor zwei Jahren noch unsere Kasse geführt hatte. Er berichtete über den Aufbau der Arbeitsgemeinschaft über seelisch Kranke in einer Gemeinde Baden-Württembergs. Sein vorgesetzter Pfarrer hatte uns noch vor einem Jahr ausrichten lassen, wir dürften seinen Gemeindesaal nur dann für eine unserer Veranstaltungen verwenden, wenn wir jene Stelle des Neuen Testaments berücksichtigten, wo Jesus den Dämon des Besessenen in die Säue fahren ließ (10).

Eigene Versuche in Hannover, studentische Laienarbeit zu initiieren und zu praktizieren, haben wegen der Instabilität der Gruppe und der damit verbundenen hohen Fluktuation der Mitarbeiter keine langfristig tragfähigen Auswirkungen gehabt. Den Gründen im einzelnen nachzugehen, würde an dieser Stelle sicher zu weit führen. Ein Grund scheint jedoch, daß die von der Tübinger und Freiburger Gruppe beschriebene Arbeit in kleineren, überschaubaren Gemeinden eher zu leisten sein dürfte, als in großstädtischen Ballungsräumen.

2.7 Der „Düsseldorf-Grafenberg-Skandal

Im Februar 1974 trat der für die Überprüfung der hygienischen Zustände im Landeskrankenhaus Düs-

seldorf-Grafenberg zuständige Amtsarzt Dr. Lottner vor die Öffentlichkeit mit der Feststellung, die Unterbringung vieler Kranker in dieser Anstalt sei menschlich unwürdig. Die therapeutischen und die hygienischen Verhältnisse seien katastrophal. Der „Rheinischen Post" vom 15. Februar 1974 zufolge sprach der Arzt wörtlich von „einem Archipel Gulag in Düsseldorf" (zit. n. Sozialpsychiatrische Informationen, Nr. 22 (1974). Dr. Lottner gab seiner Überzeugung Ausdruck, daß „die Verhältnisse hinter den Mauern von Grafenberg radikal geändert werden müssen. Dies gilt besonders für die geschlossenen Abteilungen, die sich nach Ansicht der Ärzte von einem Gefängnis kaum unterscheiden." (Rheinische Post, zit. n. S. I.). Die lokale Presse berichtete wochenlang von der Misere dieses Landeskrankenhauses, interviewte dort tätige Ärzte und forderte den Landschaftsverband Rheinland als Träger auf, dazu Stellung zu nehmen. Ohne auf die mir selbst auch nur zum Teil zugänglichen publizierten Details einzugehen: als erfreuliches Ergebnis dieser Pressekampagne wird man feststellen dürfen, daß der Landschaftsverband Rheinland im LKH Grafenberg ad hoc bestimmte Verbesserungen durchführte. Zu einer ähnlichen ad hoc Entscheidung hatten sich bereits 1973 einige Träger von Krankenhäusern bereitgefunden, als im Enquête-Zwischenbericht von den „brutalen Realitäten" in psychiatrischen Krankenhäusern die Rede war. Inwiefern es sich hierbei allerdings lediglich um eine Verlagerung der finanziellen Mittel handelt, die einem Krankenhaus mit weniger lautstark protestierender Öffentlichkeit abgezogen wurden zugunsten eines zu diesem Zeitpunkt mehr skandalumwitterten, läßt sich schwer beurteilen. Festzuhalten ist allerdings, daß durch öffentlichen Protest sowohl die Verantwortlichen der jeweiligen Träger als auch die in der Psychiatrie unmittelbar Tätigen in einer aktuellen Situation aus ihrer Lethargie aufgerüttelt werden können. Zweifelhaft bleibt nur, ob derart punktuelle Aktionen, dann, wenn sie keine organisierte Gruppe vorfinden, die das Bewußtsein der psychiatrisch Tätigen wie auch das der Öffentlichkeit wachzuhalten und zu nutzen vermögen, die Einstellung und Toleranz zu psychisch Kranken eher vorteilhaft als nachteilig beeinflussen.

2.8 Clifford Whittingham Beers und Frank Fischer

Abschließend zu Punkt 2 des Gutachtens seien noch zwei Bücher erwähnt, die zur Zeit ihrer Publikation erhebliches Aufsehen erregten und in ihren Ländern die psychiatrische Diskussion der folgenden Jahre erheblich mitbestimmten. „The mind that found itself" von C. Beers, 1908 publiziert, gab den Anstoß zur Gründung der zuerst „Mental Hygiene" später „Mental Health" genannten sozialen Reformbewegung in Nordamerika. Ziel dieser Bewegung, die seither in allen Erdteilen Anhänger und Mitglieder gefunden hat, war die Beseitigung von Mißständen in psychiatrischen Krankenhäusern, die der Autor als Patient am eigenen Leib kennengelernt hatte. (Eine ausführliche Würdigung dieser Ideen und ihrer Konsequenzen gibt Helga Reimann in ihrem Buch „Die Mental Health-Bewegung", Tübingen 1967.)

Wenn auch der Erlebnisbericht von F. Fischer „Irrenhäuser-Kranke klagen an" keine entsprechende Wirkung wie das Beers'sche Buch hatte, kann doch nicht verkannt werden, daß sich sowohl die Öffentlichkeit als auch insbesondere die psychiatrische Profession, teilweise sehr heftig mit seinem Text auseinandersetzte. Sicherlich wurde Fischers Buch zu einem Zeitpunkt publiziert (1969), in dem Reformvorstellungen in vielen sozialen Bereichen diskutiert wurden. Insoweit ist schwer abzuschätzen, inwiefern andere, allgemeingesellschaftliche Einflüsse von größerer Wichtigkeit für die Aufnahme dieses Textes in der Öffentlichkeit waren. Sicher allerdings dürfte sein, daß Fischers Buch die Richtung der Reformdiskussion innerhalb der Psychiatrie von Anfang an wesentlich mitbestimmt hat. [1])

Bevor auf die Frage der Zielsetzung der einzelnen Projekte eingegangen wird, soll noch eine Untersuchung Erwähnung finden, die 1969 von Schneider und Wieser (41) durchgeführt wurde und die der Frage nachging, wie häufig und auf welche Weise psychiatrische Probleme in Massenmedien thematisiert wurden.

Schneider und Wieser fanden, daß

1. psychisch Kranke und Probleme der Psychiatrie weit davon entfernt sind, ein gängiges Objekt der Massenmedien zu sein,
2. sachliche Informationen über den Problembereich weit hinter kasuistischen Einzelaussagen zurückstanden,
3. die „aktuellen Aufhänger" meist eindeutig waren: Verstöße gegen die Rechtsordnung, Kuriositäten und Raritäten, grobe Überzeichnungen von Sachverhalten,
4. Mitteilung über psychisch Kranke vorwiegend den Polizeiberichten entstammten,
5. psychiatrische Patienten als Subjekte ärztlicher Therapie und sozialer Fürsorge in den Massenmedien so gut wie nicht in Erscheinung traten.

3 Welche Zielsetzungen (möglichst bezogen auf die drei Variablen sozialer Einstellung: „Kognition", „Emotion", „Verhalten") hatten diese Aufklärungsmaßnahmen und auf welche Zielgruppen waren sie gerichtet?

Wie methodisch fragwürdig das Attitüdenkonzept und seine Zerlegung in die Variablen Kognition, Emotion und Verhalten ist, haben wir oben bereits angedeutet. Wir folgen in unserer Kritik hierbei insbesondere den Arbeiten von Stumme und Sack sowie dem Übersichtsreferat von Feldmann, Auto-

[1]) Dies gilt in gleicher Weise für die sogenannte Loccumer Resolution an den Deutschen Bundestag, ein kurzer, prägnanter Text, der in nuce all das enthält, was die Enquête-Kommission in ihrem „Zwischenbericht" forderte. (Abgedruckt in: Lauter, H. u. Meyer, J. E. (Hrsg.): Psychiatrie und Öffentlichkeit Stuttgart 1971.

ren, die mit Recht darauf hinweisen, daß es sich hierbei um ein theoretisches Modell handelt, dessen empirische Verifikation noch immer aussteht. Einigen Autoren (z. B. Benninghaus; 2) ist sogar nach ihrer Auffassung eine weitgehende Falsifikation gelungen.

Sieht man von der Frage ab, ob das Attitüdenkonzept zur empirischen Erfassung von Wirklichkeit taugt oder nicht und wendet sich der praktischen Frage zu, welche Zielsetzungen einzelne Aufklärungsmaßnahmen hatten, so ist festzustellen, daß in keiner der uns bekannten Aktionen streng zwischen den genannten „Variablen" unterschieden worden ist. Aus der Cummingschen Untersuchung geht hervor, daß die Autoren sich mit diesem bislang aufwendigsten Programm dezidiert zum Ziel gesetzt hatten, Verhalten der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken qua Information über psychische Erkrankungen und ihre Behandlung zu verändern. Wie vor ihnen schon Ramsey und Seipp und nach ihnen ungezählte andere Psychiater und Soziologen, gehen sie davon aus, daß ein „Mental Health Education Programm" darin zu bestehen habe, unrichtige Vorstellungen im Laienpublikum richtigzustellen, vorhandene Angst in der Bevölkerung psychisch Kranken gegenüber abzubauen, um so letztlich auch Verhalten zu verändern.

Wie bereits ausgeführt, ist das Cummingsche Experiment mißlungen. Bezüglich der Einzelheiten muß erneut auf das Original verwiesen werden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist jedoch, daß die Autoren am Ende ihres Versuchs überzeugt waren, daß, hätten sie das Unternehmen mit einer konkreten Zielsetzung — sie nennen dabei die Einführung eines gemeindepsychiatrischen Dienstes — begonnen, sie wahrscheinlich sehr viel weniger aus Angst resultierende Ablehnung in der Bevölkerung erfahren hätten. Diese Auffassung deckt sich auch mit unseren eigenen, mehr impressionistischen Erfahrungen der letzten Jahre in Hannover.

Zielgruppe des Cummingschen Experiments war eine ganze Gemeinde.

Ein Ziel der ‚Hurt-Mind-Serie' der BBC war, die Bevölkerung mittels „Aufklärung" zu einem toleranteren Verhalten gegenüber psychisch Kranken zu bewegen. Soweit es die auf verbale Stimuli verbal geäußerte Meinung der vor und nach der Sendung Befragten betrifft, scheint dies in geringem Ausmaß womöglich gelungen zu sein. Ein wichtiges Anliegen der Sendung jedoch war nicht zuletzt die gerade der Öffentlichkeit vorgelegten Reformvorstellungen der „Royal Commission" dem Laienpublikum und der professionellen Öffentlichkeit nahezubringen, vor allem auch, wie Carstairs und Wing schreiben, die „Public Readiness for such Measures" kennenzulernen. Da das Publikum z. T. wohl gegen die Psychiater und ihre Anstalten in Leserbriefen protestierte, nicht jedoch gegen eine gemeindenähere Ansiedlung der Institutionen selbst, dürften bei der nachfolgenden Parlamentsentscheidung, die den Kommunen die Errichtung gemeindepsychiatrischer Dienste auferlegte, Bedenken der Abgeordneten im Hinblick auf die Öffentlichkeit in ihrem Wahlkreis wohl keine große Rolle gespielt haben. Zielgruppe der Hurt-Mind-Serie war potentiell die gesamte Nation.

Als Zielgruppe unserer Hannoveraner Aktion läßt sich zunächst sehr konkret der Gesundheitsausschuß des Stadtparlaments ausmachen. Angestrebtes Ziel war, die Angliederung einer psychiatrischen Abteilung an ein allgemeines Städt. Krankenhaus. Dieses Ziel wurde — zumindest soweit es die Beschlußebene des Parlaments betrifft — erreicht. Die Öffentlichkeit wurde nur sehr vermittelt über die lokale Presse miteinbezogen, wobei sich die wichtigeren Effekte — langfristige Zusammenarbeit auch bei anderen konkreten Projekten — erst später einstellten. Das wahrscheinliche „Verhalten (kein Beschluß zur Angliederung einer psychiatrischen Abteilung an das Nordstadtkrankenhaus) einer qualifizierten Öffentlichkeit (Gesundheitsausschuß), wurde, wenn man so will, mittels der Variablen „Kognition" im Sinne einer bestimmten Zielsetzung verändert. Die Erwartung natürlich geht dahin, daß durch solche Maßnahmen die Situation der psychisch Kranken in Hannover — und also auch das Verhältnis der Öffentlichkeit zu ihnen — positiv beeinflußt wird.

Bei allen hiergenannten Aktionen spielte Angstabbau als Ziel eine Rolle, selbst dort, wo auch Ängste gegenüber psychiatrischen Institutionen zunächst mobilisiert und dann wahrscheinlich auch gegenüber psychisch Kranken aktualisiert wurden. Eine negative Aussage darüber, ob Bücher, wie das von F. Fischer besser totgeschwiegen oder Aktionen, wie diejenige des Düsseldorfer Amtsarztes deshalb unterbleiben sollten, halten wir aber nicht für gerechtfertigt. Die positiven Aspekte scheinen uns in beiden Fällen deutlich zu überwiegen.

4 Welche Methoden und Medien zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen wurden angewandt und — falls ermittelt — welche Effizienz zeichnete sich (kurz-, mittel-, langfristig) ab?

Medien und Methoden wurden bei der Beschreibung der angeführten Projekte und Aktionen schon dargestellt. Ansatzweise wurden auch ihre (z. T. vermuteten) Auswirkungen diskutiert. Ihre Effizienz zu beurteilen fällt schwer. Soweit uns bekannt, gibt es zumindest im Bereich psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit keine umschriebenen oder umschreibbaren Kriterien, die eine systematisierte Erfolgskontrolle zuließen. Sicherlich müssen kurz-, mittel- und langfristige Aspekte unterschieden werden. Ob Massenmedien die geeigneten „Vehikel" sind, „vernünftige und vor allen Fällen solidarische Einstellungen zu psychisch Kranken" (Kisker) herbeizuführen, muß nach den vorliegenden Untersuchungen bezweifelt werden. Insbesondere das Projekt des Ehepaares Cumming hat hier berechtigte Zweifel gesetzt. Inwieweit durch Presse, Funk, Fernsehen etc. lokale Aktivitäten unterstützt, konkrete Ziele gefördert und wenig förderliche Absichten verhindert werden können, ist eine andere Frage, auf die wir im folgenden eingehen werden.

5 Welche Erfolgswahrscheinlichkeit schreiben Sie welchen Methoden und welchen konkreten Medien für die Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen zu? Welche davon beurteilen Sie im Sinne des medienmäßig Machbaren günstig (bzw. ungünstig) für den Einsatz bei der Realisation für den Zielbereich 1 des geplanten Aufklärungsprogrammes?

5.1 Allgemeine Vorbemerkung

Wenn nach den Mitteln gefragt wird, muß zunächst klar sein, welche Ziele und Absichten gemeint sind. Ziel aller Maßnahmen kann u. E. nur sein, die Situation psychisch kranker Menschen in der Bundesrepublik Deutschland zu verbessern. Dies war die Absicht von Bundestag und Bundesregierung, als am 23. 6. 1971 beschlossen wurde: „Der Bundestag ersucht die Bundesregierung, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie erstellen zu lassen."

Nun ist in den letzten 20 Jahren immer wieder behauptet worden, dieses Ziel sei nur dann erreichbar, wenn die Einstellung der Bevölkerung zu ihren psychisch Kranken sich wandele, wenn die „undesirable attitudes" der Laien ersetzt werden könnten durch wünschenswerteren „pychiatric point of view". Konsequente Folge dieser Auffassung war, daß man versuchte, Re-Education-Programme zu entwerfen, um möglichst vielen Laien möglichst viel von dem Wissen zu vermitteln, das die (in sich zerstrittene) psychiatrische Profession zu diesem Zeitpunkt gerade für richtig hielt.

Gegen dieses Konzept müssen mehrere grundlegende Einwände erhoben werden:

a) Es kann nicht als empirisch bewiesen gelten, daß die Einstellung der Laien zu psychisch Kranken vorurteilsbehafteter ist als die der sogenannten Experten. In den wenigen Studien (z. B. der Arbeit von Stumme; aber auch Nunnally; Jaeckel u. Wieser), die auch diesen Forschungsaspekt mitberücksichtigten, zeigte es sich, daß die mit Einstellungsskalen gemessenen Unterschiede äußerst geringfügig sind. Daß einzelne Forscher schließlich ihre Werte nicht mehr als ähnliche „Attitüden" sondern eher als einen ähnlichen „Wissensstand" interpretierten, berührt die tatsächlich gefundenen Ergebnisse dabei nicht. Stumme, der sich in seiner, einem hohen methodischen Anspruch genügenden Untersuchung mit diesem Problem auseinandersetzt, geht sogar so weit zu sagen, daß „in bestimmten Situationen ... die Vorurteile der Laien zu psychisch Kranken fast bedeutungslos gegenüber diskriminierendem Verhalten von seiten der psychiatrischen Experten" sind.

b) Es gibt bis heute keinen ernst zu nehmenden Hinweis dafür, daß Stereotype und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken durch die zur Verfügungstellung bestimmter (positiver) Informationen verändert werden können. Eher noch scheint das Gegenteil der Fall zu sein.

c) Laien sind durchaus in der Lage, psychisch abweichendes Verhalten differenziert zu bewerten. Insbesondere vermögen sie in angemessener Weise abgestufte Sanktionsmöglichkeiten vorzuschlagen und in der Praxis auch einzuleiten. Ihr Urteil wird in fataler Weise jedoch bestimmt von der Frage, ob psychisch Kranke bereits einmal in einer Anstalt behandelt werden mußten oder nicht. Heilanstalten sind nach Auffassung des Laienpublikums fast ausschließlich schwerst gestörten Patienten vorbehalten. Dies hat zur Folge, daß alle diejenigen, die jemals in ein Landeskrankenhaus eingewiesen wurden, als extrem gestört, d. h. „geisteskrank" wahrgenommen werden. Das Laienpublikum orientiert sich also bei seinem Urteil an den praktischen Handlungsvollzügen der Experten.

d) Die Auffassung der Laien hinsichtlich psychiatrischer Großkrankenhäuser ist eindeutig negativ. Umgekehrt korrespondieren die Vorstellungen von Laien über ein modernes psychiatrisches Versorgungssystem mit differenzierten gemeindenahen sozialpsychiatrischen Konzepten.

Diese feststellenden Vorbemerkungen waren notwendig, weil sich aus ihrer Kenntnis und dem, was wir in den Teilen 2 bis 4 dieses Gutachtens ausgeführt haben, folgerichtig bestimmte Formen von Öffentlichkeitsarbeit ableiten lassen, während andere sich von daher verbieten.

5.2 Begründung

1. Öffentlichkeitsarbeit, die sich zum Ziel setzt, Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken zu begegnen, wird zunächst in Rechnung zu stellen haben, daß bestimmte Auffassungen über diese Gruppe sich ziemlich gleichmäßig in allen Bevölkerungsschichten finden und insbesondere, daß auch die „Experten" hiervon keine Ausnahme machen. Da wir weiterhin wissen, daß die Einstellung der Öffentlichkeit sich außerordentlich stark am Urteil und den praktischen Handlungsvollzügen der Experten orientiert, muß eine Form notwendiger Öffentlichkeitsarbeit darin bestehen, psychiatrisch-therapeutischem Personal aller Fachrichtungen eine Ausbildung zu vermitteln, die es den Betreffenden erlaubt, erst einmal selbst eine aufgeklärtere Form der Beziehung zu psychisch Kranken einzugehen. Solange kustodiale Prinzipien — von den Trägern der Einrichtungen nicht selten ausdrücklich in ihren Dienstanweisungen verlangt — bei der Behandlung psychisch Kranker noch immer weitgehend im Vordergrund stehen, wird jeder Versuch, die Öffentlichkeit ihrerseits zu einem Umdenken und verändertem Handeln zu bewegen von der Realität sofort wieder in Frage gestellt. Ausbildung allerdings kann in diesem Zusammenhang sicher nicht bedeuten, daß fernab von jeden praktischen Alltagsbezügen versucht wird, Wissen zu vermitteln und Einstellungen zu verändern, sofern die Überprüfung neuer Konzepte an der Wirklichkeit der Kranken nicht gleichzeitig

möglich ist. Dies aber setzt eine zumindest in Teilbereichen veränderte Praxis voraus *).

2. Um diese sukzessiv zu verändernde Praxis zu erreichen, hat Öffentlichkeitsarbeit dort anzusetzen, wo Entscheidungen fallen und jenen den Rücken zu stärken, die inhaltlich die psychiatrische Reform vertreten. Wir meinen hiermit all jene Schlüsselpersonen in der Gemeinde, die im psychiatrischen Bereich Veränderungen bewirken können. Wir haben im Teil 2 unseres Gutachtens bereits Beispiele für diese Form der Beeinflussung von Schlüsselpersonen genannt, an die wir an dieser Stelle nur zu erinnern brauchen. Am Beispiel Hannovers haben wir zu zeigen versucht, daß Öffentlichkeitsarbeit mit einem relativ geringen Aufwand schon dann möglich ist, wenn es gelingt, die wenigen entscheidenden Kommunalpolitiker dazu zu bringen, sich gemeindenahen psychiatrischen Konzepten nicht zu verschließen. Die Unterstützung durch die lokale Presse war uns zwar noch nicht zu Beginn (Errichtung einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus), sehr wohl aber später (Einrichtung von Beratungsstellen) von großem Nutzen. Dabei zeigte sich auch eine anfänglich geringe Vertrautheit der Journalisten mit den Problemen der Psychiatrie. Hier, z. B. mit Hilfe überregionaler Fortbildungstagungen für Journalisten Problembewußtsein bei denjenigen zu entwickeln, die ihrerseits lokale Gruppen in der Gemeinde, die sich für zeitgemäße therapeutische rehabilitative und vor allem institutionelle Konzepte einsetzen, wäre wirksame Öffentlichkeitsarbeit.

Einen anderen Weg der Heranbildung und Beeinflussung von Schlüsselpersonen in der Gemeinde sind die sozialen und sozialpolitischen (studentischen) Arbeitskreise in Tübingen und Freiburg gegangen. Auch dies wurde bereits dargestellt. Die publizistische und finanzielle Unterstützung derartiger Gruppen, von denen anzunehmen ist, daß ihre Mitglieder später einmal Schlüsselpositionen in den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen einnehmen werden, ist wahrscheinlich eine langfristig gar nicht hoch genug einzuschätzende Form von wirksamer Öffentlichkeitsarbeit. Voraussetzung ist allerdings, daß jene Gruppen sich nicht nur „theoretisch" mit abweichendem Verhalten von Menschen befassen, sondern konkrete Arbeit mit psychisch Kranken leisten.

Eine konkrete und erfahrungsgemäß auch außerordentlich wirksame Form, die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken zu verbessern, liegt darin, Einrichtungen zu entwickeln, die regelmäßige Kontakte zwischen Patienten und „Laien" erlauben. In diesem Zusammenhang sind die verschiedensten psychiatrischen Hilfsvereine zu nennen — sie haben die unterschiedlichsten Namen — die sich zum Ziel gesetzt haben, psychisch erkrankten Mitbürgern bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten zu helfen. Diese bürgernah angesiedelten Vereinsaktivitäten zu unterstützen muß Aufgabe jeder sich ernsthaft verstehenden Öffentlichkeitsarbeit sein. — In diesem Zusammenhang sei angemerkt, daß in der Zeit vor 1933 hunderte — meist auf lokaler Ebene operierende — Hilfsvereine existierten, die jedoch im Dritten Reich der Zwangsauflösung anheimfielen. Sie waren überregional in einem Dachverband, der Deutschen Gesellschaft f. psychische Hygiene zusammengefaßt. Nach dem 2. Weltkrieg und insbesondere in den letzten Jahren, entstanden erneut viele psychiatrische Vereine und Gruppierungen mit ähnlicher Zielsetzung. Im September 1974 galt erstmals eine fachöffentliche Tagung — das Weinsberger Colloquium — ausschließlich diesen Aktivitäten. Die Tagungsteilnehmer faßten den Entschluß, an die Tradition vor 1933 anzuknüpfen und die einzelnen Vereine in einem Dachverband zusammenzufassen. Die Gründung dieses Verbandes ist für das Frühjahr 1975 vorgesehen. Ein solcher Verband wird jedoch in seinen Wirkungsmöglichkeiten mehr als beschränkt sein, wenn er seine überregional koodinierenden Aktivitäten von den Mitgliedsbeiträgen finanzieren soll. Unterstützung dieser Vereinigung — deren Zielsetzung natürlich zuvor genau zu prüfen wäre — wäre wirksame Öffentlichkeitsarbeit, die eine Verbesserung der Situation psychisch Kranker nach sich zöge.

*) Nun existieren auch in der Bundesrepublik Deutschland eine Reihe von Einrichtungen, die diesen Forderungen genügen. In den letzten Jahren ist gelegentlich in Presse, Funk und Fernsehen darüber berichtet worden. Oft brachten diese Berichte auch kontrastierende Beispiele, wobei meist die Form der Gegenüberstellung vorzüglicher Therapieformen in Universitätskliniken und rückschrittlicher in den Landeskrankenhäusern gewählt wurde. Obwohl wissenschaftlich valide Auswertungen solcher Serien in der Bundesrepublik Deutschland nie vorgenommen wurden, haben sie wohl eher dazu beigetragen, die Fronten zwischen den Universitäts- und Landeskrankenhausangehörigen zu versteifen, als ein gemeinsames solidarisches Handeln aller Beteiligter zu fördern. Einer der Gründe hierfür dürfte sein, daß meist nicht auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen eingegangen wurde, unter denen die verschiedenen Gruppen zu arbeiten hatten, so daß der Eindruck entstand, in Landeskrankenhäusern würden nur schwere, letztlich unheilbare Fälle verwahrt, in Universitätskliniken dagegen kämen die weniger schwer gestörten Patienten. Ein Urteil, mit dem der Zuschauer die gegenwärtige Situation ziemlich genau traf. Wenn also auch in Zukunft daran gedacht wird — und dies wird sich wohl kaum verhindern lassen — Medien überregional einzusetzen, dann wäre es sicher sinnvoller, Gleiches mit Gleichem zu kontrastieren, ein therapeutisch fortschrittliches Landeskrankenhaus etwa mit einem therapeutisch rückständigen oder auch zwei sehr unterschiedlich arbeitende Universitätskliniken. Es wäre den Gründen nachzugehen, weswegen unter gleichen Bedingungen eine sehr differente Praxis existiert und es wären Wege aufzuweisen, der Öffentlichkeit — nicht zuletzt aber der Fachöffentlichkeit — zu zeigen, wie unter gegenwärtigen Bedingungen Psychiatrie zu praktizieren ist. Insgesamt gesehen ist jedoch die zuletzt genannte Form überregionaler Öffentlichkeitsarbeit wenig empfehlenswert, wenn nicht ganz konkrete Ziele „vor Ort" damit intendiert sind.

All diese letztgenannten Vereinsaktivitäten lassen sich in einem gemeindenahen psychiatrischen Dienst besser entwickeln als in gemeindefern placierten Großkrankenhäusern, was unmittelbar einleuchtet. Die Propagierung derartiger Dienste und Einrichtungen wäre demgemäß wirksame Öffentlichkeitsarbeit. Dabei könnte — wir verweisen auf die Hurt-Mind-Serie der BBC — Anlaß die Zuleitung des Enquete-Endberichts an die Bundesregierung bzw. den Bundestag sein. Wenn der Enquete-Endbericht, woran wohl nicht zu zweifeln sein wird, auf der Linie des „Zwischenberichtes" liegt, muß es die Aufgabe all derjenigen sein, die Öffentlichkeitsarbeit betreiben, für eine möglichst weite Verbreitung des Textes und der darin formulierten Zielvorstellungen zu sorgen. Dazu gehört sicherlich auch, daß der umfangreiche Bericht mühelos und zu einem Preis zugänglich gemacht wird, der es auch einer weniger gut verdienenden Krankenschwester und einem Laienhelfer erlaubt, ihn zu erwerben.

Wie die Hurt-Mind-Serie der BBC und ihre Auswertung durch Belson, Carstairs und Wing gezeigt hat, sind Widerstände von seiten der Öffentlichkeit gegen die Einführung gemeindenaher Behandlungsverfahren nicht zu erwarten. Stumme hat in seiner Untersuchung gezeigt, daß dies wahrscheinlich auch für die BRD zutrifft. Aus unserer eigenen Erfahrung können wir dies nur bestätigen. Während betroffene Laien also und der „Mann von der Straße" durchaus nicht jene Vorurteile haben, die ihnen die Vorurteilsforscher jahrelang nachzuweisen suchten, und die , bestünden sie, dazu führen könnten, daß sie Widerstände gegen die Einrichtung gemeindenaher Dienste entwickeln dürften, ist dies bei denjenigen, die gegenwärtig psychiatrische Einrichtungen betreiben oder sie als Träger unterhalten, durchaus nicht selten der Fall. Eine falschverstandene und unredliche Form von Öffentlichkeitsarbeit ist es beispielsweise, wenn die psychiatrischen Verhältnisse nicht so dargestellt werden, wie sie nun einmal sind. Aus Mangel an Zivilcourage oder sonstigen mancherlei Rücksichten neigen dazu gelegentlich sowohl die verantwortlichen Ärzte als auch die verantwortlichen Verwaltungsbeamten des jeweiligen Trägers, manchmal auch die zuständigen Politiker. Gegen entsprechende Darstellungen vermögen sich am ehesten lokale Gruppen zu wenden, falls diese zu Wort kommen und Unterstützung finden in den regionalen und überregionalen Medien. Seriöse regionale Gruppen — beispielsweise die Landesverbände der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP) oder der „Aktion psychisch Kranke" —, vielleicht auch die einzelnen Hilfsvereine, falls der o. a. Dachverband gegründet wird, sind u. E. am ehesten geeignet, entsprechenden Entwicklungen entgegenzutreten. Sie zu unterstützen ist eine Form wirksamer Öffentlichkeitsarbeit.

3. Der überregionale Einsatz von Massenmedien scheint uns nur unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll. Die Erfahrung vor allem in England hat gezeigt, daß nur dann ein bleibender (und gewünschter Effekt) zu erzielen ist, wenn überregionale Aktionen mit regionalen Zielen abgestimmt sind. Dies läßt sich jedoch nur in den seltensten Fällen realisieren. Eine mögliche, wissenschaftlich jedoch bisher nicht ausgewertete und wohl in ihren Auswirkungen nur schwer auswertbare Form überregionaler Einwirkung auf das Bewußtsein der Bevölkerung ist die Durchführung einer „National Mind Week", d. h. die Konzentration bestimmter überregionaler und regionaler Veranstaltungen in einem bestimmten Zeitraum. Der bewußtseinsverändernde Effekt solcher Großveranstaltungen ist aber nur schwer abzuschätzen. Wenn es allerdings gelänge, solche Wochen zu finanziellen Spendenaktionen für konkrete lokale Ziele zu nutzen (ähnlich der „Aktion Sorgenkind",, „Ein Platz an der Sonne" etc.) wäre der Aufwand wohl nicht vergeblich.

Jede gute Gesundheitspolitik beginnt mit einer umfassenden, nichts verschweigenden, weder verharmlosenden noch dramatisierenden, sondern wahrhaftigen und mutigen Aufklärung des betroffenen Bürgers. Betroffen aber sind wir alle — als Patienten, Angehörige, Freunde, Nachbarn, Mitbürger. Hierfür Verständigung zu wecken, ohne an den Tatsachen zu manipulieren, die Schwierigkeiten nicht zu verschweigen und doch dabei diejenigen nicht zu entmutigen, die sich dieser Aufgabe verschrieben haben, in eben diesem Spannungsfeld steht Öffentlichkeitsarbeit. Sie sollte sich davor hüten, von denen als Alibi sich benutzen zu lassen, deren Versäumnisse dazu beigetragen haben, daß selbst die Enquete-Kommission von „brutalen Realitäten" zu sprechen gezwungen war. Eine rückständige Psychiatrie mit werbetechnischen Tricks aufzuschminken und national oder international salonfähig machen zu wollen, wäre nicht gesundheitliche Aufklärung, sondern ließe eine Dunkelmänner-Mentalität erkennen, an der niemandem gelegen sein kann. „Nur die Realisierung zeitgemäßer therapeutischer, rehabilitativer und institutioneller Konzepte jedoch löst das Problem einer der Psychiatrie gegenüber sich skeptisch verhaltenen Bevölkerung — umgekehrt ist der Weg nicht gangbar." (Stumme)

5.3 Zusammenfassende Schlußfolgerungen

1. Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie hat die Tatsache in Rechnung zu stellen, daß Vorurteile gegenüber psychisch Kranken überwiegend der Angstabwehr dienen. Abbau von Angst aber gelingt weder durch Aufklärungsmaßnahmen, die vorwiegend über kognititve Prozesse laufen, noch durch solche Aktionen, die den emotionalen Bereich ansprechen sollen. Als klassisches, mißlungenes Mental-Health-Education-Programm muß das von Cumming und Cumming beschriebene Experiment gelten. Andererseits hat die sozialpsychologische Einstellungsforschung (siehe hierzu z. B. die noch immer gültige Untersuchung von LaPierre) ebenso wie die wenigen vorliegenden Erfahrungen mit gemeinsamen

Gruppenaktivitäten zwischen Laien und psychisch Kranken (z. B. die Tübinger studentischen Arbeitskreise) gezeigt, daß negative Einstellungen und distanzierte Haltungen am ehesten über gemeinsame Aktivitäten vermindert werden können. Aus diesem Grunde wird Öffentlichkeitsarbeit dann besonders wirksam werden können, wenn all diejenigen Gruppierungen eine Unterstützung erfahren, deren Ziel es ist, solche Kontakte zu vermitteln, herzustellen oder zu unterhalten. Auf lokaler Ebene zählen hierzu insbesondere psychiatrische Hilfsvereine, Laienhelferkreise und all diejenigen gemeindepsychiatrischen Dienste, die im Rahmen ihrer Vor- bzw. Nachsorgeaktivitäten auch Öffentlichkeitsarbeit leisten.

2. In einer zweiten Stufe leisten Öffentlichkeitsarbeit im genannten Sinne all diejenigen regionalen und überregionalen Vereine und Verbände, die die lokalen Gruppierungen beraten, *interprofessionelle* Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen durchführen sowie für eine Koordination der Aktivitäten auf regionaler Ebene sorgen. Prototyp einer derartigen Vereinigung ist die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), die sowohl regionale (über die Landesverbände) als auch überregionale (über den Bundesverband) Fortbildungsveranstaltungen für *alle* in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen durchführt. Die erste der beiden Bedingungen gilt wahrscheinlich auch für den Dachverband aller deutschen Hilfsvereine nach seiner beabsichtigten Gründung.

3. Während die unter 1 und 2 genannten Organisationen und Personen in einer eher zentripetalen (d. h. unmittelbar oder mittelbar auf die Kerngruppe psychisch Kranker und ihrer näheren Bezugspersonen gerichteten) Form Öffentlichkeitsarbeit leisten, ist dieses Konzept zweifellos dahingehend ergänzungsbedürftig, als hiermit meist nicht — oder zumindest nicht ausreichend — jene Schlüsselpersonen in der Gemeinde erreicht werden können, deren Entscheidung unmittelbar über die Güte des vorhandenen Versorgungssystems entscheidet. Eine überregionale Vereinigung, die ihrer Struktur und Satzung nach in der Lage sein könnte, diese eher zentrifugale Form von Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, ist die „Aktion psychisch Kranke", in der Angehörige des öffentlichen Lebens, Politiker aller im Bundestag vertretenen Parteien, zusammen mit reformwilligen Psychiatern sich zusammengefunden haben. Naheliegendes Ziel dieser Gruppierung könnte die Verbreitung und Verdeutlichung des Enquete-Endberichtes bei allen in Frage kommenden „Schlüsselpersonen" in den politischen Entscheidungsgremien auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sein.

4. Die unter 1 bis 3 genannten Formen der Öffentlichkeitsarbeit sollten von den Massenmedien Presse, Funk und Fernsehen publizistisch begleitet werden. Hierbei wäre es einerseits hilfreich, Konzepte gemeindenaher Psychiatrie der Bevölkerung und ihren Repräsentanten zu verdeutlichen (im Sinne überregionaler, rein informierender Berichte) andererseits Kontaktmöglichkeiten zwischen Bürgern und psychisch Kranken zu fördern, wie dies z. B. die Fernsehserie „Kontakte" des ZDF seit einiger Zeit praktiziert. Ob hierfür konzentriert im Jahr eine „Woche der ..." ins Leben gerufen werden sollte, wäre zu entscheiden anhand der möglicherweise vorliegenden Ergebnisse ähnlich gearteter Kampagnen.

5. Für den deutschen Sprachraum hat die Untersuchung von Schneider und Wieser gezeigt, daß insbesondere in der lokalen Presse die Thematik psychischen Krankseins meist mit kriminellen Handlungen, motivisch unklaren Ereignissen, besonders unverständlichen und unheimlichen Tatbeständen verknüpft wird, daß sie den Polizeiberichten entstammt. Daß die Gewaltkriminalität bei sogenannten Geisteskranken jedoch nicht höher, eher etwas niedriger liegt als in der psychiatrisch nicht gestörten Durchschnittsbevölkerung, hat die umfangreiche Studie von Böker und Häfner erwiesen. Obwohl empirisch gesicherte Erfahrungen hierzu nicht vorliegen — und in der Bundesrepublik Deutschland auch nicht vorliegen können — kann begründet vermutet werden, daß die Einrichtung einer Pressekorrespondenz, die sich dieser Thematik annimmt, dazu führen dürfte, daß sich die Berichterstattung über psychiatrische Fragen positiv verändert. Eine begleitende Untersuchung mit der Fragestellung, ob sich der erwartete Effekt auch tatsächlich einstellt, wäre sicher wünschenswert.

6. Abschließend sei noch einmal festgestellt, daß alle notwendigen öffentlichkeitswirksamen Initiativen lediglich zur Gewissensberuhigung der Verantwortlichen beitragen, wenn nicht mit allem Nachdruck der Versuch unternommen wird, das jetzige psychiatrische Versorgungssystem in Richtung dezentralisierter, gemeindeorientierter, stationärer, halbstationärer und ambulanter Dienste zu verändern. Im anderen Falle wäre Öffentlichkeitsarbeit nichts anderes als Alibi für unterlassene Reformen.

Wir gelangen daher zu folgenden *konkreten Empfehlungen:*

1. Finanzielle und publizistische Unterstützung lokaler psychiatrischer Hilfsvereine sowie Förderung aller Maßnahmen, die auf die Gründung und den Ausbau bürgernaher psychiatrischer Aktivitäten abzielen.
2. Förderung der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie" durch Bereitstellung von Mitteln für die Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen.
3. Finanzielle Förderung der „Aktion psychisch Kranke".
4. Einrichtung einer psychiatrischen Pressekorrespondenz.
5. Überregionale Propagierung der Empfehlungen der Enquete-Kommission.

Literaturverzeichnis

1. Bennet, D.: Persönliche Mitteilung
2. Benninghaus, A.: Soziale Einstellungen und soziales Verhalten. — Zur Kritik des Attitüdenkonzeptes, unveröfftl. Manuskr., Köln 1972.
3. Böker, W. und Häfner, H.: Gewalttaten Geistesgestörter, Springer-Verlag 1973
4. Carstairs, G. M. und Wing, J. K.: Attitudes of the General Public to Mental Illness, in: Brit. med. J. 2, 1958, 594—597
5. Cumming, E. und Cumming, J.: Closed Ranks. An Experiment in Mental Health Education. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press 1957
6. Cumming, E. und Cumming, J.: Affective Symbolism. Social Norms and Mental Illness. Psychiatry 19, 1956, 77—85
7. Davis, E. E.: Attitude Change. A Review and Bibliography of selected Research. Social Science Clearing House Documents, No. 19, Paris, UNESCO 1964
8. Dohrenwend, B. P. und Bernard, V. W.: The Orientations of Leaders in an Urban Area towards Problems of Mental Illness. Amer. J. Psychiat. 118, 1962, 688—691
9. Feldmann, H.: Einstellungen zu psychisch Kranken — Probleme, Methoden, Ergebnisse. Unveröfftl. Manuskr. f. d. Psychiatrie der Gegenwart, Springer 1975
10. Finzen, A. und Wiethölter, H.: Studentische Laienarbeit als wirksame Form langfristiger Öffentlichkeitsarbeit. In: Lauter, H. und Meyer, J. E. (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Stuttgart, Thieme 1971
11. Folkard, S.: Comparative Study of Attitudes to the Rehabilitation of Psychiatric Patients, Brit. J. prev. soc. Med. 14, 1960, 23—27

11. Freeman, H. E. und Kassebaum, G. G.: Relationship of Education and Knowledge to Opinions about Mental Illness. Mental Hygiene 44, 1960, 43—47
13. Goffman, E.: Interpersonal Persuasion. In: Schaffner, B. (Ed.): Group Processes. New York, Macy Foundation 1957
14. Halpert, H.: Public Acceptance of the Mentally III. Publ. Hlth Rep., Wash. 84, 1969, 59—63
15. INFO Nr. 22 (1974) Hannover
16. Insko, C. A.: Theories of Attitude Change. New York 1967
17. Jaeckel, M. und Wieser, S.: Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit, Stuttgart 1970
18. Janis, I. L. und Feshbach, S.: Auswirkungen angsterregender Kommunikationen. In: Irle, M. (Hrsg.): Texte aus der experimentellen Sozialpsychologie. Neuwied, Luchterhand 1973
19. Kessel, D.: Einstellungen ländlicher Bevölkerungsgruppen gegenüber Geisteskranken. Unveröfftl. Dipl.-Arbeit, Frankfurt 1968
20. Kisker, K. P.: In: Psychiatrie und Öffentlichkeit. Das ärztliche Gespräch. Köln, 1968 (Tropon-Werke)
21. Lafave, H. G., Rootman, I., Sydiaha, D. und R. Duckworth: The Ethnic Community and the Definition of Mental Illness. Psychiat. Quart. 41, 1967, 211—227.
22. LaPierre, R. T.: Attitudes vs. Actions. Soc. Forces 13, 1934, 230—237
23. Lammers, C. J.: Collective Attitudes towards Physical and Mental Illness in our Society. Mens en Mij 41, 1966, 87—104
24. Lemkau, P. V., Crocetti, G. M.: An Urban Populations Opinions and Knowledge about Mental Illness. Amer. J. Psychiat. 118, 1962, 692—700
25. Manis, M., Houts, P. S., Blake, J. B.: Beliefs about Mental Illness as a Function of Psychiatric Hospitalization. J. abn. soc. Psychol. 67, 1963, 226—233
26. Newcomb, T. M.: Attitude Development as a Function of Reference Group. In: Sherif, M. (Ed.): An Outline of Social Psychology. New York, Harper 1948
27. Nunnally, J. C.: Popular Conceptions of Mental Health-Their Development and Change, New York 1961
28. Nunnally, J. C.: What the Mass Media Present. In: Scheff, T. J. (Ed.): Mental Illness and Social Processes. New York, Harper & Row 1967
29. Philipps, D. L.: Public Identification and Acceptance of the Mentally III. Amer. J. Publ. Hlth 56, 1966, 755—763 (1966)
30. Ramsey, G. V. und Seipp, M.: Attitudes and Opinions Concerning Mental Illness. Psychiat. Quart. 22, 1948, 428—444
31. Redlich, F. C.: What the Citizen knows about Psychiatry. Ment. Hyg. 34, 1950, 64—79
32. Reimann, H.: Die Mental-Health-Bewegung. Tübingen 1967
33. Reimann, H.: Die Gesellschaft und der Geisteskranke. Sozialpsychiatrie 4, 1969, 87—94
34. Report of The Committee on Local Authority and Allied Personal: Social Services (Seebohm-Report), HMSO 1968
35. Rokeach, M.: Beliefs, Attitudes, and Values. San Francisco: Jossey-Bass 1968
36. Rootman, J. und Lafave, H. G.: Are Popular Attitudes towards the Mentally Ill Changing? Amer. J. Psychiat. 126, 1969, 261—265
37. Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency 1954—1957. HMSO 1957
38. Sack, F.: Die verhinderte Öffentlichkeit und ihre Funktionen, in: Lauter, H. und Meyer, J.-E. (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart 1971, 55—62

39. Schreiber, G.: In: Psychiatrie und Öffentlichkeit. Das ärztliche Gespräch. Köln, 1968, Tropon-Werke

40. Sherif, C. W., Sherif, M., Nebergall, R. E.: Attitude and Attitude Change. Philadelphia, Saunders 1965

41. Schneider, U. und Wieser, S.: Der psychisch Kranke in den Massenmedien. Fortschr. Neurol. Psychiat. 40, 1972, 136—163

42. Schulte, W.: Der seelisch Kranke und die heutige Gesellschaft. Therapiewoche 17, 1967, 1533—1539

43. Star, Sh. S.: The Public's Ideas about Mental Illness. Ann. Meet. Nat. Mennt. Hlth Chicago: Nat. Opin. Res. Center 1955

44. Stumme, W.: Die differenzierten Vorstellungen des Laien zum Problemkreis psychischer Erkrankungen. Diss. Köln, 1972

45. Stumme, W.: Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken — Vorurteil oder Urteil? In: Lauter, H., Meyer, J.-E. (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Stuttgart, Thieme 1971

46. Stumme, W., Faszination und Relevanz der Vorurteilsforschung. Psychiatr. Prax. 1, 1974, 4—10

47. Triandis, H. C.: Attitude and Attitude Change. New York, Wiley 1971

48. v. Cranach, M., Irle, M., Velten, H.: Zur Analyse des Bumerang-Effektes. Größe und Richtung der Änderung sozialer Einstellungen als Funktion ihrer Verankerung in Wertsystemen. In: Irle, M. (Hrsg.): Texte aus der experimentellen Sozialpsychologie. Neuwied, Luchterhand 1973

49. Whatley, C. D.: Social Attitudes toward Discharged Mental Patients. In: Spitzer, S. P., Denzin, N. K. (Hrsg.): The Mental Patient. New York, McGraw-Hill 1968

50. Wicker, A. W.: Attitudes vs. Actions: The Relationship of Verbal and Overt Behavorial Responses to Attitude Objects. J. soc. Issues 25, 1969, 41—78

Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten

von

A. Finzen

Fragestellung:

Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme zum Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung einer Enquete über die Lage der Psychiatrie u. a. auch mittelfristige Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung in den Aufgabenkatalog aufgenommen (siehe Punkt 20.1 der beigefügten Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973). Einen Teil der Aufklärungsmaßnahmen wird die Bundeszentrale vorbereiten; entsprechende Planungen sind im vollem Gange.

Gemäß der im Punkt 20.1 des Maßnahmenkatalogs gewählten Formulierung sind folgende drei generelle Zielsetzungen Leitlinien für die künftige Öffentlichkeitsarbeit auf diesem Sektor:

1. Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile in der Gesellschaft,
2. gesundheitliche Information des betroffenen Personenkreises,
3. Schaffung eines besseren Verständnisses und einer größeren Hilfsbereitschaft aller gegenüber psychisch Kranken und Behinderten.

Aufklärungsmaßnahmen aus den Zielbereichen 2 und 3 sollen durch ein Sofortprogramm in die Wege geleitet werden. Die zum Punkt 1 — sicherlich langfristig anzusetzenden — Maßnahmen sollen vorab durch gutachterliche Stellungnahmen einer differenzierteren Klärung zugeführt werden, damit an die Konzeption konkreter Maßnahmen mit mehr abgesicherter Kenntnis herangegangen werden kann.

Dabei geht es um Stellungnahme zu folgenden Fragebereichen:

a) Welche in- und ausländischen Maßnahmen zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen in der Bevölkerung gegenüber Behinderten sind Ihnen bekannt? (Behinderte, verstanden im weitesten Sinne: körperlich Behinderte, psychisch Kranke, geistig Behinderte).

b) Welche Zielsetzungen (möglichst bezogen auf die drei Variablen sozialer Einstellung: „Kognition", „Emotion", „Verhalten") hatten diese Aufklärungsmaßnahmen und auf welche Zielgruppen waren sie gerichtet?

c) Welche Methoden und Medien zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen wurden angewandt und — falls ermittelt — welche Effizienz zeichnete sich (kurz-, mittel-, langfristig) ab?

d) Welche Erfolgswahrscheinlichkeit schreiben Sie welchen Methoden und welchen konkreten Medien für die Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen zu? Welche davon beurteilen Sie im Sinne des medienmäßig Machbaren günstig (bzw. ungünstig) für den Einsatz bei der Realisation für den Zielbereich 1 des geplanten Aufklärungsprogramms?

Der Gutachter ist aufgefordert, seine Auffassung zu den Fragen „kurz und prägnant, d. h. ohne allzu differenzierte Ausführung" darzustellen. „Zu den Fragen a) und b) genügen u. U. auch Hinweise auf einschlägige Literatur, Material etc., während zu der Frage d) eine ausführliche begründete Expertenmeinung erforderlich ist."

A. Bekannte Maßnahmen und Versuche zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen

Vorbemerkung

Der Versuch, Stereotypen und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken in der Bevölkerung zu korrigieren, ist keineswegs neu. Solange man von Psychiatrie sprechen kann, hat es Ansätze dazu gegeben. Die Veränderung der Bezeichnung der psychiatrischen Einrichtungen im Laufe des vergangenen Jahrhunderts, darf als Hinweis u. a. auch darauf gewertet werden. Tollhäuser und Narrentürme der vorpsychiatrischen Aera wurden zu Irrenhäusern, zur Pflegeanstalt, schließlich zu Heil- und Pflegeanstalten und zu psychiatrischen Krankenhäusern. In neuester Zeit ist z. B. in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen die Tendenz zu beobachten, auch den Begriff „Landeskrankenhaus" durch Landesklinik zu ersetzen.

Wenn man darüber übereinstimmt, daß diese Tendenzen ein Stück Öffentlichkeitsarbeit bedeuten, muß man daraus schlußfolgern, daß die Bemühungen zur Überwindung von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken in der Bevölkerung ganz wesentlich mit der Selbstreflexion in der Psychiatrie zu tun haben. In welchem Maße das der Fall ist, hat Walter Schulte, der verstorbene Direktor der Tübinger Universitäts-Nervenklinik 1970 vor dem Deutschen Ärztetag ausgeführt. Er stellte nämlich

an die in der Psychiatrie Tätigen die Frage, ob es immer Vorurteile der Bevölkerung gegenüber der Psychiatrie seien, ob es nicht z. T. berechtigte Urteile über die psychiatrischen Institutionen und ihren derzeitigen Zustand seien, die die Psychiatrie, letztlich allerdings auch die politisch Verantwortlichen zu vertreten hätten. Schulte folgerte daraus, daß nur eine grundlegende Strukturreform die Situation der Psychiatrie und damit der psychisch Kranken verbessern könnte und daß eine solche Verbesserung letztlich auch zum Abbau von Vorurteilen beitragen könnte.

Diese Überlegungen müssen bei der Betrachtung von Maßnahmen zur Überwindung von Vorurteilen in Rechnung gestellt werden. Denn sonst könnte aus dem Ziel, Überwindung von Vorurteilen und Stereotypen allzu leicht die Tendenz erwachsen, die Psychiatrie der Bevölkerung nach modernen Methoden der Massenbeeinflussung zu verkaufen, ohne daß deren Mängel beachtet und beeinflußt würden.

Obwohl Öffentlichkeitsarbeit, spezifischer der Versuch, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken immer eine Rolle in der Psychiatrie gespielt haben, sind umfassendere Versuche, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken gezielt zu beeinflussen und diese sogar darüber hinaus wissenschaftlich zu kontrollieren, erst in neuerer Zeit durchgeführt worden.

1. Closed Ranks

Am bekanntesten ist das Projekt des amerikanischen Arzt-Soziologen-Ehepaars J. u. E. Cumming, das Anfang der 50er Jahre mit einem Team von Mitarbeitern eine umfassende Aufklärungsaktion über psychisch Kranke und psychische Krankheit in zwei kanadischen Gemeinden durchführte. Ihr Ziel war es, eine größere Aufgeschlossenheit und eine größere Duldsamkeit bei der Bevölkerung zu erreichen. Bei der wissenschaftlichen Kontrolle der Auswirkungen ihrer Aktion mußten sie jedoch feststellen, daß ihnen das nicht gelungen war. In ihrem Buch über ihre Untersuchung „Closed Ranks" berichten sie, daß zwar eine größere Sensibilität erreicht worden war, jedoch keine Änderung der Grundhaltung gegenüber den psychisch Kranken.

Zur ausführlichen Darstellung dieses Projekts sei auf die Monographie der Cummings verwiesen, zur kritischen Auseinandersetzung damit auf die Dissertation von Stumme (1972).

2. Die Hurt-Mind-Serie

Mitte der 50er Jahre strahlte die BBC eine fünfteilige Fernsehserie zum Problem der Psychiatrie und der psychisch Kranken aus, die in der Öffentlichkeit großes Aufsehen erregte. Die Auswirkungen dieser Serie wurden von mehreren Wissenschaftlern u. a. Belson, Carstairs und Wing analysiert.

Eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse aus Myre Sims Kapitel: „Die Einstellung der Öffentlichkeit" in seinem Grundriß der Sozialpsychiatrie soll hier wiedergegeben werden.

„Die Einstellung der Öffentlichkeit zu psychischen Krankheiten hat beträchtliche Bedeutung für die Toleranz der Umwelt gegenüber psychotischen Patienten. In einer demokratischen Gesellschaft kann sie außerdem den Rang beeinflussen, den die Regierung den mit psychischen Erkrankungen verbundenen Problemen beimißt. Carstairs und Wing haben 1958 eine fünfteilige Fernsehserie der BBC „The Hurt Mind" analysiert. Belson hatte bereits 1957 über eine Untersuchung zu diesem Thema berichtet, die im Rahmen eines kontrollierten Experiments Aufschluß über die Reaktion der Zuschauer geben sollte. Dabei wurde eine Gruppe, die das Programm gesehen hatte, mit einer Kontrollgruppe verglichen, die die Serie nicht kannte. Es bleibt offen, ob es zulässig ist, als Kontrollgruppe Personen aus einem anderen Landesteil heranzuziehen, die es vorgezogen hatten, eine Fernsehserie nicht anzuschauen, die immerhin 5 Millionen gesehen hatten. Belsons Ergebnisse sind jedoch nicht sehr überraschend. Er stellt fest, daß „ein bescheidenes, aber gut fundiertes Anwachsen des Vertrauens der Fernsehzuschauer auf die Fähigkeit der Ärzte festzustellen war, psychische Krankheiten zu heilen ... Die Bereitwilligkeit, etwa mit ehemaligen Patienten zu tun zu bekommen, war bei vielen geringfügig angestiegen."

Carstairs und Wing untersuchten 1267 Briefe, die die BBC als Reaktion auf die Fernsehserie erhalten hatte. Der Inhalt der Briefe war natürlich nicht repräsentativ. Trotzdem liefern sie nach Auffassung der Untersucher eindeutige Ergebnisse. Danach schien die Öffentlichkeit reif für eine Ausweitung der gemeindenahen psychiatrischen Krankenversorgung. Viele Briefschreiber baten um weitere Informationen und um Titel guter Bücher über die Psychiatrie. Sehr wenige (17) beschäftigten sich mit Fragen der Vererbung; und nur sieben unterstellten einen Glauben an organische Ursachen psychischer Krankheiten. Man könnte daraus folgern, daß Laien in mancher Hinsicht besser unterrichtet sind als Fachleute! Die mangelnden Möglichkeiten des praktischen Arztes, Hilfe zu leisten, und besonders seine Neigung, sich auf das Rezepte-Schreiben zurückzuziehen, wurden heftig kritisiert. Einige Briefschreiber schlugen sogar vor, in der Ausbildung der Ärzte sollte dem Unterricht in psychologischer Medizin mehr Beachtung geschenkt werden."

3. The Befrienders

In Großbritannien wurde vor kurzem eine weitere Untersuchung der Einwirkung von Massenmedien auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychischen Problemen durchgeführt. 1973 strahlte die BBC über 11 Wochen zur Hauptsendezeit am Samstag abend ein Programm mit dem Titel „The Befrienders" aus. Gegenstand dieser Sendung war die Arbeit der „Samariter", einer freigemeinnützigen Vereinigung, die es sich ähnlich der Telefonseelsorge in Deutschland zur Aufgabe gemacht hat, in menschlichen Krisensituationen zu helfen und Selbstmordprophylaxe zu betreiben.

T. R. Holding von der Universität Edinburg nahm die Programmserie zum Anlaß, ihre Auswirkungen sowohl auf die Arbeit der Samariter wie auf das regionale Entgiftungszentrum in Edinburg zu untersuchen (Brit. Journal of Psychiatry, 1974, 124, 470—72).

Die Auswirkungen waren tatsächlich beeindruckend. Während die Sendereihe lief, stieg die Zahl der Ratsuchenden bei den Samaritern um insgesamt 240 %. Die Zahl der mit Suizidversuchen behandelten Patienten stieg ebenfalls an, aber in ähnlicher Weise wie in den Vorjahren, in denen keine entsprechenden Fernsehprogramme gelaufen waren. Die aufgenommenen Patienten hatten bis zu 50 % eine oder mehrere Folgen der Fernsehsendung gesehen. Sie war nach Ansicht des Untersuchers jedoch ohne Einfluß auf ihren Entschluß geblieben, sich das Leben zu nehmen. Sie hatte sie auch nicht motiviert, bei den Samaritern um Hilfe nachzusuchen. Patienten mit Suizidversuchen hatten den Samariterdienst im übrigen schon zu über 80 % vor der Sendung gekannt. Nach Abschluß der Sendereihe war nur ein leichter Anstieg im Bekanntheitsgrad zu verzeichnen. Aber dieser Anstieg war bei den Suizidpatienten ohne Konsequenzen geblieben.

Holding folgert daraus, daß die Samariter zwar mit Erfolg in allgemeinen Lebenskrisen Hilfe leisten, daß sie auf der anderen Seite ihr Ziel, Selbstmordprophylaxe zu leisten, bisher nicht erreicht haben.

Hinsichtlich der Auswirkungen der Fernsehserie ist festzuhalten, daß sie öffentlich wirksam gewesen ist, daß sie aber eine andere Zielgruppe als beabsichtigt mobilisiert hat.

4. Die Mind Campaign

„Mind" heißt Geist oder Verstand, zugleich aber „sich kümmern, sich sorgen". Beide Bedeutungen will die „Mind Campaign" ansprechen, die die National Association for Mental Health, der mächtige englische Zweig des Weltverbandes für seelische Gesundheit 1971 begonnen hat. Dieser bisher umfassendste Versuch in der Geschichte der Medizin, in der Öffentlichkeit Verständnis für die Probleme von seelischer Gesundheit und seelischer Krankheit zu wecken, wurde von mehr als hundert überregionalen Verbänden unterstützt — u. a. vom Britischen Roten Kreuz, von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden, Studentenvereinigungen, Wohlfahrtsverbänden und Krankenhausgesellschaften.

In einer Erklärung an die britische Öffentlichkeit, im Mind-Manifest, heißt es:

„Menschliches Glück ist keine automatische Folge des Anstiegs des Bruttosozialprodukts. Die mühsam erarbeitete Verbesserung unseres Lebensstandards hat nur wenig dazu beigetragen, unser Wohlbefinden zu erhöhen. Dieses Manifest ist ein Plädoyer für jene, die unserer Hilfe und unseres Mitgefühls am dringendsten bedürfen: die psychisch Kranken und die geistig Behinderten, die beim Kampf ums Dasein auf der Strecke geblieben sind.

Es gibt keine klaren Grenzen zwischen seelischer Gesundheit und seelischer Krankheit. Die meisten psychisch Kranken erleben Perioden innerer Stabilität und Einsicht. Die meisten „normalen" Menschen leiden unter „unbegründeten Ängsten und depressiven Stimmungen". Die psychisch Kranken sind also keine besondere Rasse, die mit unserer Welt und unserer Erfahrung nichts zu tun hätten: sie sind wir und wir sind sie..."

Die Mind-Kampagne, die mit einer nationalen Mind-Woche ihren Auftakt nahm, versteht sich als Lobby für die psychisch Kranken. Sie fordert eine Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung im Sinne der Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, den Aufbau von gemeindenahen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen und das Verbot des Neubaus von traditionellen psychiatrischen Großkrankenhäusern. Sie verlangt präventive Maßnahmen zum Schutz gefährdeter Kinder und alter Leute, die Intensivierung von Forschung und Planung, die Bereitstellung von Mitteln zur Verbesserung der Personalsituation in psychiatrischen Einrichtungen und das Engagement der Öffentlichkeit sowie jedes einzelnen Bürgers zugunsten größerer sozialer Gerechtigkeit, menschlicher Lebensbedingungen für die psychisch Kranken, die ihre eigenen Interessen nicht vertreten können. *Die Qualität ihrer Versorgung zeige das Maß der Menschlichkeit einer Gesellschaft an.*

Zur ausführlicheren Darstellung der Unterlagen sei auf die Zeitschrift Mental Health verwiesen, insbesondere auf die Frühjahrsausgabe 1972. Diese kampagnenartigen Aktionen unter Führung der National Association of Mental Health sind seither jährlich wiederholt worden. Soweit mir bekannt, ist eine wissenschaftliche Auswertung ihrer Wirkungen jedoch nicht erfolgt.

5. Die Tübinger Woche der Psychiatrie

Im Sommer 1969 führten die Sozialen Arbeitskreise der Tübinger Hochschulgemeinden eine „Woche der Psychiatrie" durch, mit dem Ziel, Vorurteile zu überwinden und die Öffentlichkeit aufzuklären, gleichzeitig Mitarbeiter für die Laienaktivitäten der Tübinger Studentengemeinden in der Universitäts-Nervenklinik und im Landeskrankenhaus Zwiefalten zu gewinnen. Diese Aktion fand bei den Bürgern der Stadt und in der lokalen wie in der überregionalen Presse und im Rundfunk ein großes Echo. Die vier Veranstaltungen innerhalb dieser Woche wurden von mehr als 2 000 Bürgern besucht. Inwieweit Aufklärung geleistet wurde, die zur Überwindung von Vorurteilen beiträgt, läßt sich aus diesen Aktivitäten nicht abschätzen. Aber das Nebenziel, nämlich neben den Studenten auch noch Bürger für die Laienarbeit der Studentischen Hochschulgemeinde zu gewinnen, wurde nicht erreicht; lediglich zwei Schauspieler meldeten sich, die dann aber auch in die Laienarbeit nicht voll integriert werden konnten.

Langfristig hat sich jedoch gezeigt, daß die Woche der Psychiatrie in Tübingen Ausgangspunkt für eine heute noch andauernde enge Zusammenarbeit

zwischen den psychiatrischen Diensten der Stadt und der lokalen und überregionalen Presse sowie Südwestfunk und Süddeutschem Rundfunk gewesen ist.

Mindestens zwei Journalisten haben seit dieser Zeit und unter dem Einfluß der Zusammenarbeit mit uns die Psychiatrie zu einem ihrer Schwerpunkte und einem ihrer Spezialgebiete gemacht, auf dem sie jetzt hervorragende Sachkenner sind.

6. Freiburger Woche der Psychiatrie

Ein halbes Jahr nach der Tübinger Veranstaltung wurde in Freiburg von den Sozialpolitischen Arbeitskreisen der Hochschulgemeinden eine ähnliche Veranstaltungsreihe wiederholt. Hier waren die Auswirkungen anders. Hier wurden gezielter Bürger für die Mitarbeit in Laienaktivitäten gesucht und gefunden. Die Aktivitäten dauern trotz einiger Schwierigkeiten, die durch die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Landeskrankenhaus entstanden, heute noch an. Ergebnis dieser Aufklärungswoche war die Gründung eines Bürgerkreises, schließlich die Gründung eines therapeutischen Clubs, in dem Laienarbeiter und psychiatrisches Fachpersonal Nachsorge und soziale Unterstützung leisten. (Verweis auf Hans Gessner, Der freie Mitarbeiter in der Sozialpsychiatrie, 1971).

7. Frank Fischer — Irrenhäuser

1969 erregte das Buch von Frank Fischer „Irrenhäuser" in der Öffentlichkeit erhebliches Aufsehen. Das Buch wurde in fast allen Zeitschriften besprochen und z. T. unter großen Schlagzeilen herausgebracht. Das Buch bewirkte auch eine erhebliche Diskussion innerhalb der Psychiatrie. Eine Zeitschrift, die das Buch teilweise abdruckte, bekam zahlreiche Leserbriefe. Diese wurden von Mitarbeitern der Psychiatrischen Klinik Düsseldorf auf ihre Wirkung auf die Öffentlichkeit untersucht. (Quelle ist mir leider nicht bekannt, kann aber bei Bedarf mit etwas Mühe beschafft werden.)

8. Die Grafenberg-Kampagne

In Düsseldorf-Grafenberg wurden 1974 durch das zuständige Gesundheitsamt Mißstände aufgezeigt und der Öffentlichkeit bekanntgegeben. Diese öffentliche Stellungnahme des Gesundheitsamtes hatte eine heftige Reaktion in der regionalen Presse zur Folge. Im Zusammenhang damit kam es zu Diskussionen zwischen psychiatrischen Diensten und der Öffentlichkeit. Als Ergebnis wurden schließlich durch den verantwortlichen Träger Verbesserungen im Landeskrankenhaus selber durchgeführt. Direktor der Psychiatrischen Klinik Düsseldorf, Prof. Heinrich, berichtete anläßlich des Kongresses für Psychiatrie und Nervenheilkunde in München 1974 darüber (siehe außerdem Dokumentation der Zeitungsartikel im Pressespiegel des Landschaftsverbands Rheinland).

9. Laienarbeit als langfristig wirksame psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit

Laienarbeit bedeutet neben der praktischen Hilfe für psychisch Kranke auch eine Form der Öffentlichkeitsarbeit, die langfristig wirksam ist. Das gilt in besonderem Maße, wenn die Laienhelfer etwa aus studentischen Gruppen bestehen. Darauf haben Finzen und Wiethölter im Zusammenhang mit mehrjährigen Erfahrungen mit studentischer Öffentlichkeit an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen hingewiesen.

„Aber es ist ebensowenig verfehlt, anzunehmen, daß auf der anderen Seite zahlreiche Studenten in der Begegnung mit dem psychisch Kranken ein ähnliches Schlüsselerlebnis gehabt haben: „Die sind ja gar nicht so!" Sie alle werden es nach einem oder zwei Semestern Arbeit in der Klinik, nach einer gemeinsamen Stocherkahnpartie auf dem Neckar, bei einem gemeinsamen Tanzabend oder bei einer langen Diskussion nicht mehr fertigbringen, psychisch Kranke global als unberechenbar und gefährlich anzusehen und sie hinter möglichst hohe und dicke Anstaltsmauern zu wünschen. Sie haben mit eigenen Augen gesehen, daß selbst bei dem günstigen Personalschlüssel in unserer Klinik nicht alles vorbildlich ist, und haben gelernt, daß die Situation anderswo wesentlich ungünstiger, daß die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik verbesserungsbedürftig ist. Der Student, der bei uns Laienarbeit geleistet hat, kann die Erfahrungen, die er in der Begegnung mit psychisch Kranken gesammelt hat, später in seinem Beruf anwenden und weiterverbreiten. Er ist schlechthin der ideale Experte: Er weiß, wie es ist, denn er hat es gesehen und ist, anders als der Psychiater, nicht Partei.

Zudem hat seine Fähigkeit zugenommen, Symptome psychisch Kranker von anderem abweichenden Sozialverhalten zu unterscheiden. Die Wahrscheinlichkeit ist größer geworden, daß er in seinem Beruf als Lehrer, Richter oder Betriebsleiter, psychisch Kranke erkennen und zum Arzt schicken wird, statt sie sozialen Sanktionen auszusetzen.

Mit anderen Worten: das studentische Engagement in der Psychiatrie ist also eine langfristig wirksame Form der psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit (Finzen, 1969).

Die große Fluktion unserer Mitarbeiter, die uns immer wieder Sorge bereitet und die zeitweise die Kontinuität unserer Arbeit bedroht hat, zeigt also nicht nur Nachteile. Immerhin sind in den letzten fünf Jahren zwischen 400 und 500 Studenten Mitglieder unserer Kreise gewesen. Dieser Gesichtspunkt erscheint uns zunehmend als einer der wichtigsten Aspekte gerade der studentischen Laienarbeit."

B. Zur Zielsetzung von Maßnahmen zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten

Die Zielsetzung der einzelnen oben angeführten Aktionen zur Beeinflussung von Vorurteilen ergibt sich meist aus ihrer Schilderung. Bei den meisten dieser Aktionen ist es nicht ohne weiteres möglich, zwischen den drei Variablen sozialer Einstellung: „Kognition", „Emotion" und „Verhalten" zu unterscheiden.

Aufklärung im Sinne der Verbesserung der Information über Psychiatrie und psychische Krankheit war bei jeder dieser Aktionen ein Ziel. Soweit sie nicht skandalumwittert waren wie etwa die Veröffentlichung des Fischer-Buches oder die Stellungnahme des Düsseldorfer Gesundheitsamtes vor der Öffentlichkeit, waren sie auch darauf ausgerichtet, Angst abzubauen und letztlich auch Verhalten zu verändern.

Wie schwierig sich das gestaltet, zeigt sich auch bei dem Verhaltensaspekt bei der Untersuchung über die Telefonseelsorge in England, wo die erreichten Ziele sich am deutlichsten von den Zielsetzungen unterscheiden. Das gleiche gilt aber auch für die Woche der Psychiatrie in Tübingen, wo als einziges konkretes Ergebnis, das sich langfristig hielt, eine Zusammenarbeit mit der Presse erreicht wurde, während das erklärte Ziel, Mitarbeiter für die Laienhelfergruppen zu gewinnen, nicht erreicht wurde. Im Gegensatz dazu wurde in Freiburg das erklärte Ziel, Bürger aus der Stadt für die Mitarbeit zu gewinnen, erreicht.

Bei allen Aktionen zur Überwindung von Vorurteilen spielte die emotionale Ebene eine Rolle. Angstabbau war ein Ziel dieser Aktion. Aber der Angstabbau wurde durchaus nicht immer erreicht. Am deutlichsten wird das Projekt der Cummings, wo Ängste mehr aktualisiert als abgebaut wurden. Hinsichtlich Einzelheiten sei auf die Arbeit der Cummings verwiesen. Im Zusammenhang mit dem Buch von Frank Fischer und mit der Aktion des Gesundheitsamtes Düsseldorf trat erwartungsgemäß ein entgegengesetzter Effekt ein. Es wurden Ängste gegenüber den psychiatrischen Institutionen und im Zusammenhang damit wahrscheinlich auch gegenüber psychisch Kranken aktualisiert. Diese Aktualisierung von Angst läßt jedoch nicht ohne weiteres den Schluß zu, daß diese Aktionen negative Auswirkungen hatten. Das Buch von Frank Fischer trug wesentlich zu einer Intensivierung der Psychiatriediskussion in der Bundesrepublik bei. Es weckte das Interesse der Massenmedien an diesem Problem, das bis dahin mehr am Rande behandelt wurde. In Düsseldorf waren auf der anderen Seite konkrete Verbesserungen die Folge der Aktion des Gesundheitsamtes.

Am deutlichsten wird die gleichzeitige Einwirkung auf die Aspekte Kognition, Emotion und Verhalten an den Mitgliedern der Laienhelfergruppen in Tübingen, die von Finzen und Wiethölter als Beispiele langfristiger Öffentlichkeitsarbeit dargestellt wurden. Mitarbeiter dieser Arbeitskreise arbeiteten konkret daran, sich Informationen zu verschaffen und Informationen an andere weiterzugeben. Durch die praktische Arbeit mit psychisch Kranken veränderte sich ihre emotionale Haltung gegenüber psychisch Kranken im Sinne eines Angstabbaus. Im Rahmen der Mitarbeit in den Kliniken veränderte sich auch ihr praktisches Verhalten gegenüber psychisch Kranken.

Zwar sind von diesen Arbeitskreisen verhältnismäßg wenige Personen erfaßt worden (innerhalb von 5 Jahren 400 Studenten). Es ist jedoch zu bedenken, daß diese Studenten nach Beendigung ihres Studiums wichtige Schlüsselpositionen in der Gesellschaft wahrnehmen werden, daß sie die von ihnen gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse als Richter, Pfarrer, Lehrer oder Betriebsleiter verwerten und weitergeben werden. Sie sind also Schlüsselpersonen und Multiplikatoren zugleich.

C. Methoden und Effizienz

Die individuellen Ansätze und Methoden der oben geschilderten Projekte und Maßnahmen wurden bereits dargestellt. Soweit es möglich war, wurden auch ihre Auswirkungen diskutiert. Es ist jedoch außerordentlich schwierig, ihre Effizienz zu beurteilen, zumal ein langfristiger und kurzfristiger Aspekt unterschieden werden muß, und zumal die Auswirkungen, wie etwa die Tübinger Woche der Psychiatrie oder die Befriender-Serie der BBC gezeigt haben, anders sein können als die ursprüngliche Zielsetzung, ohne daß das bedeuten müßte, es seien keine oder negative Auswirkungen vorhanden gewesen. Schließlich muß festgehalten werden, daß die Effizienzkontrolle von Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit außerordentlich schwierig ist, daß sie ein methodologisch keineswegs bewältigtes Problem darstellt. Mit der Vielschichtigkeit dieser Problematik setzt sich vor allem Stumme auseinander. Zugleich sei jedoch auf die Untersuchungen von Star und Nunally in den Vereinigten Staaten verwiesen.

D. Welche Erfolgswahrscheinlichkeit haben welche Methoden und welche Medien für die Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen; welche sind im Sinne des medienmäßig Machbaren günstig bzw. ungünstig für den Einsatz bei der Realisation eines Aufklärungsprogramms zur Überwindung von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten zu beurteilen?

Die Frage, welche Erfolgswahrscheinlichkeit, welche Methoden und welche Medien beim Einsatz zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken haben, ist außerordentlich schwer zu beantworten. Denn nicht nur das „medienmäßig Machbare" ist zu berücksichtigen: jede Art psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit hat den gegenwärtigen Stand der psychiatrischen Versorgung und zugleich den Informationsstand und die

Vorurteile des psychiatrischen Fachpersonals in Rechnung zu stellen.

Gerade in der Bundesrepublik besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem, was die Psychiatrie leisten könnte, und dem, was sie tatsächlich leistet. Zugleich muß sich jede Art von Öffentlichkeit damit auseinandersetzen, daß die moderne Psychiatrie auch beim Personal eine veränderte Einstellung gegenüber dem psychisch Kranken voraussetzt und daß diese Einstellungsänderung aufgrund des Zustandes und der sozialgeschichtlichen Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland in den meisten psychiatrischen Einrichtungen bisher keineswegs erreicht ist. Unter diesen Umständen stellt sich die Frage, ob eine Öffentlichkeitsarbeit, die durch „Aufklärung" um Verständnis für die psychisch Kranken wirbt, überhaupt erfolgreich sein kann, wenn nicht zugleich die Psychiatrie verändert wird.

Stumme hat sich mit dieser Problematik in seiner Kritik der Vorurteilsforschung auseinandergesetzt:

„Besonders schwerwiegend ist es unseres Erachtens, daß Vorurteilsforscher in diesem Bereich immer wieder betonen, daß die von ihnen untersuchten Vorurteile durch die Bereitstellung ausgewählter Informationen zu verändern seien — obwohl es weder dafür eine Bestätigung gibt noch für den gewöhnlich mitgelieferten Hinweis, wonach man für vorurteilsverändernde Prozesse die Zeit von einigen Generationen in Rechnung stellen müsse. Durch die Übernahme dieser Ergebnisse seitens der Psychiatrie — vor allem auch, weil bei der Diskussion um die Veränderung von Vorurteilen die Situation der psychiatrischen Institutionen einmal mehr tabuisiert wird — kann dort der Eindruck entstehen, daß viele Reformvorhaben besser in die Wege zu leiten seien, wenn die Bevölkerung keinerlei negative Attitüden gegenüber „Geisteskranken" mehr habe. Dabei übersieht man ebenfalls die eigene, für psychisch Kranke allzu oft diskriminierende Praxis und läuft Gefahr, die Notwendigkeit dringender Veränderungen in den psychiatrischen Anstalten zu verdrängen."

„Dennoch erscheint uns eine Öffentlichkeitsarbeit ... sehr nützlich zu sein — nicht um ‚die allgemeine Öffentlichkeit zu Minipsychiatern zu machen, zu atomisierten Heilkundigen', sondern um diese Öffentlichkeit mit offenen Karten über alle Bereiche des psychiatrischen Versorgungssystems zu informieren ... Insbesondere um unverzüglich notwendige Veränderungen in die Wege zu leiten.

Wesentlich wichtiger als eine Öffentlichkeitsarbeit, die sich an eine breite Bevölkerung wendet, ... ist unseres Erachtens eine Informationspolitik, die sich direkt an die zu wenden hätte, die Veränderungen konzipieren und finanzieren können, vor allem aber an diejenigen, die letztlich die Qualität der zu praktizierenden Reformvorhaben entscheidend determinieren: das gesamte psychiatrische Personal in psychiatrischen Einrichtungen — denn dort gilt es vorrangig, den Schleier der Betriebsblindheit zu durchbrechen."

Diese Ausführungen von Stumme sind von außerordentlicher Bedeutung. Jede Öffentlichkeitsarbeit zur Überwindung von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken muß sie berücksichtigen und ein entsprechendes Maß an Differenzierung aufweisen.

Dazu gehört u. a.:

1. Berücksichtigung der brutalen Realität der psychiatrischen Krankenversorgung.
2. Berücksichtigung des noch vorhandenen verwahrenden Behandlungsstils in den meisten psychiatrischen Einrichtungen.
3. Darstellung der Möglichkeiten der modernen Psychiatrie bei optimalem Einsatz von Mitteln und Personal.
4. Überprüfung und Berücksichtigung der tatsächlichen Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken, wenn eine moderne rehabilitativ ausgerichtete Psychiatrie praktiziert wird (mit dem Ziel der Reintegration des psychisch Kranken in die Gemeinde; Rekommunalisierung der Psychiatrie).

Entsprechend vielfältig müssen die Ansätze zu einer Öffentlichkeitsarbeit sein, wenn sie nicht von vornherein zu Mißerfolg verurteilt sein soll.

1. Ist der Abbau von Vorurteilen überhaupt möglich, wenn die Öffentlichkeit in Stein und Eisen täglich vorgeführt bekommt, wie die Realität der psychiatrischen Krankenversorgung ist: nämlich Gefangenschaft, Isolation, Entmündigung, Bewachung.

   Ist es überhaupt möglich, Vorurteile abzubauen, solange man es mit keiner guten Psychiatrie zu tun hat, mit einer Psychiatrie zumindest, die nicht das leistet, was aufgrund der vorhandenen Kenntnisse über psychische Krankheiten und psychiatrische Krankenversorgung möglich wäre.

   Über die brutale Realität der psychiatrischen Krankenversorgung ist in jüngster Zeit viel geschrieben worden. Bei jeder Öffentlichkeitsarbeit muß es darum gehen, der Bevölkerung zu erklären, warum diese Brutalität so brutal ist, warum es im Zwischenbericht der Sachverständigenkommission heißen konnte, daß psychisch Kranke unter Zuständen leben, die „teilweise noch menschenunwürdig und unmenschlich" sind, warum so viele Patienten psychiatrischer Krankenhäuser zwangseingewiesen sind, warum die meisten psychiatrischen Krankenhausstationen noch geschlossen sind, warum psychiatrische Krankenhäuser so weit von den Wohnorten der Patienten entfernt sind, warum noch in den letzten Jahren psychiatrische Krankenhäuser in die Einöde gebaut worden sind.

   Es ist von allergrößter Bedeutung, eindeutig klarzustellen, daß das nicht an den Patienten liegt, sondern an der historischen und neueren Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung. Es ist eindeutig klarzustellen, daß das nicht so sein sollte. Es sind Erklärungen zu versuchen, warum die Änderung so schleppend verläuft.

Dabei sind schwerwiegende, kaum wieder gutzumachende Fehler zu vermeiden, die keine noch so intensive Öffentlichkeitsarbeit zur Überwindung von Vorurteilen korrigieren kann: Öffentlichkeitsarbeit zur Überwindung von Vorurteilen wäre es beispielsweise gewesen, wenn die Verantwortlichen bei der Übergabe der Landesklinik Nordschwarzwald klargestellt hatten, daß der Bau dieser Klinik ein Planungsfehler der 50er Jahre war. Daß sie der Presse und der Öffentlichkeit als „Jahrhundertereignis" verkauft wurde, läßt alle diejenigen leicht unglaubwürdig erscheinen, die sich um eine gemeindenahe psychiatrische Krankenversorgung bemühen, um die Behandlung des psychisch Kranken in der Nähe von Arbeitsplatz und Familie.

Denn die Ausgrenzung der psychiatrischen Kliniken aus den Siedlungsbereichen hat nicht nur Nachteile für die psychiatrische Behandlung. Sie ermöglicht zugleich die Ausblendung der Probleme der psychisch Kranken aus dem Bewußtsein der Öffentlichkeit. Stumme hat gezeigt, daß der Geisteskranke für die Öffentlichkeit weitgehend identisch mit dem psychiatrischen Krankenhauspatienten ist. Eine Konfrontation mit diesem Patienten ist wegen der gemeindefernen Lage der meisten psychiatrischen Behandlungseinrichtungen überhaupt nicht möglich. Die fehlende Konfrontation, die fehlende Begegnung bedeutet aber zugleich, daß keine realen Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern der Öffentlichkeit und den Geisteskranken möglich sind, die Vorurteile durch Erfahrung, durch In-Augenscheinnahme korrigieren könnten.

Dieser mangelnden Möglichkeit, zu erfahren, daß psychisch Kranke in Wirklichkeit „ganz anders" sind, steht die Erfahrung gegenüber, daß psychisch Kranke von Experten in diese Anstalten ausgegliedert werden: also muß an den eigenen Ängsten, Befürchtungen und Widerständen gegenüber diesen Kranken doch etwas Wahres dran sein.

2. Solange das therapeutische Personal überwiegend eine kustodiale Haltung gegenüber dem psychisch Kranken vertritt, wird man von der Öffentlichkeit kaum eine aufgeklärtere Begegnung mit dem psychisch Kranken erwarten können. Solange das psychiatrische Fachpersonal es für notwendig hält, den größten Teil der Patienten einzuschließen, wird jede Art der Öffentlichkeitsarbeit durch die Wirklichkeit unterlaufen. Dieser Gesichtspunkt ist ein Teilaspekt der brutalen Realität der psychiatrischen Krankenversorgung. Die Haltung des therapeutischen Personals wirkt in ähnlicher Weise auf die Urteilsbildung der Bevölkerung zurück wie die gemeindeferne Lage der psychiatrischen Krankenhäuser, wie ihr Ghettocharakter.

   Erst mit einer Änderung der Behandlungsstile mit einer offenen, rehabilitativen, auf Auseinandersetzung mit dem Patienten ausgerichteten Psychiatrie kann man erwarten, daß auch die Öffentlichkeit ihre Haltung gegenüber dem psychisch Kranken verändert.

3. Die Darstellung der Möglichkeiten der modernen Medizin bei optimalem Einsatz an Mitteln und Personal ist notwendig. Sie ist notwendig, um der Öffentlichkeit zu zeigen, was unter anderen Voraussetzungen möglich ist. Sie ist aber ebenso notwendig, um der Fachöffentlichkeit zu zeigen, wie sie eigentlich Psychiatrie treiben sollte. Das bedeutet in letzter Konsequenz, daß Öffentlichkeitsarbeit, die hier ansetzt, dann erfolgreich wäre, wenn sie die Fachleute zu einer Veränderung ihres Handelns motiviert oder wenn sie die Öffentlichkeit veranlaßte, Druck auf die Fachleute auszuüben, ihr Handeln zu verändern.

4. Im Anschluß an diese Überlegungen und in Anlehnung an Stumme muß man sich die Frage vorlegen, ob wir es in erster Linie überhaupt mit einem Vorurteil der Bevölkerung zu tun haben oder mit einer unzulänglichen Psychiatrie. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, daß dieser zweite Aspekt in der innerpsychiatrischen Diskussion und in der Diskussion um die psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit bisher nicht genügend berücksichtigt worden ist. Dazu ein Beispiel aus eigenen praktischen Erfahrungen in einem gemeindenahen psychiatrischen Dienst — einer rehabilitativ ausgerichteten Tagesklinik:

   Obwohl wir es in unserer Tagesklinik zu 70 % mit schwerbehinderten, chronisch rezidivierenden Schizophrenen zu tun haben, haben wir die Rehabilitation unserer Patienten während der vergangenen eineinhalb Jahre zunehmend nach außen verlagert: in die Betriebe, aus denen die Patienten zu uns kamen bzw. in jene Betriebe, in die wir sie rehabilitieren wollten, in denen sie nach der Entlassung arbeiten sollten. Wir nennen dieses Verfahren, das mannigfache therapeutische Vorteile hat, Arbeitstherapie am eigenen Arbeitsplatz. Im Verlauf dieser nach außen orientierten Arbeit konnten wir zahlreiche Beobachtungen machen, die über unsere engere Aufgabe der Rehabilitation hinausging und die die Einstellung der Mitbetroffenen, nämlich der Arbeitgeber, sowie der Kollegen am Arbeitsplatz betrafen.

   Unsere wesentlichen Erfahrungen laufen darauf hinaus, daß Vorurteile und Stereotypen dann nicht wirksam werden, wenn sich die psychiatrischen Dienste aktiv einschalten, wenn sie das Problem individualisieren, auf den einzelnen Fall abstellen, wenn sie zum Gespräch mit dem Partner in der Öffentlichkeit bereit sind, wenn sie ihm zusichern, bei Problemen und Krisen helfend einzuspringen. Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen waren bisher in jedem Fall die betroffenen Arbeitgeber, Personalabteilungen und Arbeitskollegen bereit, Mitverantwortung zu übernehmen.

   Ablehnung gegenüber dem Patienten wie wir sie eigentlich erwartet hatten und wie sie uns Patienten immer wieder berichten, wenn sie allein

ohne Unterstützung in den Betrieb zurückkommen, ist in keinem einzigen Fall aufgetreten, obwohl mannigfache Probleme und Schwierigkeiten zu überwinden waren.

Wenn es in Einzelfällen zu Situationen kam, wo die Arbeitstherapie im eigenen Betrieb abgebrochen werden mußte, dann lag das nicht an irgendwelchen Vorurteilen, sondern an objektiven Schwierigkeiten, die in der Verhaltensstörung des psychisch kranken Patienten begründet waren.

Dieser letzte Aspekt erscheint mit außerordentlich wichtig zu sein, denn eine amerikanische Untersuchungsgruppe aus Connecticut hat kürzlich herausgefunden, daß es offenbar nicht die psychische Krankheit selber ist, die zu Reaktionen und zu Aktualisierung von Vorurteilen gegenüber dem Patienten führt, sondern das konkrete Verhalten des Patienten in der jeweiligen Situation in der Öffentlichkeit oder am Arbeitsplatz. Mit anderen Worten, psychisch Kranke werden akzeptiert, wenn sie sich unauffällig verhalten, wenn sie nicht störend in das Gefüge des Betriebs eingreifen oder wenn immer diese Störung besteht. Das bedeutet zugleich, daß psychisch Kranke zunächst wie andere auch behandelt werden, daß bei Bekanntsein ihrer Störung erst im Nachhinein die psychische Krankheit als Begründung bzw. als Erklärung für das abweichende Verhalten herangezogen wird und dann als Vorurteil imponiert, obgleich es in diesem Fall wesentlich eine Beurteilung der Situation ist.

Konkrete Empfehlungen

Die komplexe Situation der psychiatrischen Krankenversorgung und die komplexe Problematik dessen, was als Vorurteile und Stereotype gegenüber psychisch Kranken erscheint, muß sich zwangsläufig auf alle Versuche zur Aufklärung der Allgemeinheit auswirken.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Problematik ist es beispielsweise unwahrscheinlich, daß Maßnahmen, die sich etwa bei der Verkehrsaufklärung bewährt haben, wie regelmäßig ausgestrahlte Fünf-Minuten-Spots oder ähnliches, sich für eine Öffentlichkeitsarbeit auf dem Gebiet der Psychiatrie nicht eignet. Sie können die schwierigen Sachverhalte nur oberflächlich berühren und laufen Gefahr, eher Ängste zu aktualisieren, als sie durch Informationen abzubauen. Auf der anderen Seite muß man damit rechnen, daß einzelne umfassende Darstellungen in Funk, Fernsehen oder Presse einen verhältnismäßig geringen Anteil der Bevölkerung erreichen. Dennoch scheint mir dieser Weg eher vertretbar zu sein, wenn der Weg über die Massenmedien überhaupt beschritten werden soll. Das heißt, Förderung der regelmäßigen Auseinandersetzung von Funk und Fernsehen mit Problemen der psychisch Kranken und ihrer Versorgung, Förderung entsprechender Beiträge in Tagespresse und Zeitschriften.

Zur Gewährleistung der Regelmäßigkeit von Informationen ist konkret zu empfehlen, eine Pressekorrespondenz wie etwa den Deutschen Forschungsdienst zu motivieren, sich mit Unterstüzung der Bundeszentrale einen Psychiatrieteil anzugliedern.

Einmalige Aktionen, etwa Aufklärungsaktionen großen Stils, werden weder als Broschüre noch als Fernsehsendung anhaltenden Erfolg haben, weil es nicht nur um Information, sondern vor allen Dingen um die Korrektur von Verhalten und die Änderung von emotionalen Haltungen geht. Beides sind längerfristige Prozesse, die eine dauernde Auseinandersetzung mit dem Problem voraussetzt.

Die oben (Teil A) angeführten Beispiele legen jedoch nahe, Formen der Öffentlichkeitsarbeit einzusetzen, die sich — möglicherweise mit überregionaler Unterstützung — auf regionaler Ebene abspielen: dort, wo sich Vorurteile und Stereotype gegenüber psychisch Kranken massieren und konkretisieren, dort, wo tatsächlich auch eine Begegnung mit dem psychisch Kranken möglich ist, wo der „gewöhnliche Bürger" ihn identifizieren kann.

Damit ist neben dem Personal der psychiatrischen Dienste in erster Linie die Bevölkerung in Betracht zu ziehen, die in unmittelbarer Umgebung psychiatrischer Einrichtungen lebt und die motiviert werden könnte, durch praktische Hilfe Erfahrungen zu sammeln, etwa durch Laienarbeit in den Institutionen oder durch aktive Hilfe bei der Rehabilitation und der Reintegration von psychisch Kranken.

Hier sind aber auch die unmittelbar Betroffenen zu nennen, d. h. außer den Patienten selber, die Angehörigen, Freunde und Nachbarn sowie die Arbeitskollegen des Patienten, des psychisch Kranken, die insbesondere bei chronischem Krankheitsverlauf ohnehin gezwungen sind, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen und deswegen für konkrete Öffentlichkeitsarbeit verhältnismäßig leicht erreichbar wären.

Letztlich bedeutet diese Empfehlung, daß neben oder statt der Information durch Massenmedien die konkrete Aufklärung der Bevölkerung eines überschaubaren Raumes und die konkrete Auswahl besonderer Zielgruppen ins Auge gefaßt werden muß.

Die Basis für solche Aktionen können die lokalen psychiatrischen Dienste sein, die ohnehin Öffentlichkeitsarbeit leisten bzw. leisten sollten, die aber der Unterstützung bedürfen, um diese Aufgaben sachgerecht und effektiv zu erfüllen. Koordiniert werden könnten solche Aktionen durch überregionale Vereingungen, die entsprechende Ziele verfolgen — etwa die Aktion psychisch Kranke, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, etwa in dem Sinne, wie die englische National Association of Mental Health das seit Jahren praktiziert.

Nur auf der regionalen Ebene wird es möglich sein, die genannten Zielgruppen direkt anzusprechen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Eine wesentliche Rolle dabei können spielen:

1. Auf dem Sektor des psychiatrischen Fachpersonals eine zeitgemäße Fort- und Weiterbildung unter dem Aspekt der Einstellungs- und Verhaltensänderung.

2. Auf der Ebene der Erfassung der Schlüsselpersonen in der Gemeinde, lokale Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen mit dem Ziel, Laienarbeitsgruppen und Hilfsvereinigungen zu gründen, die sich der Probleme der psychisch Kranken annehmen, mit ihren Einstellungen auf das Pesonal zurückwirken und zugleich als Schlüsselpersonen in der Gemeinde ihre Erfahrungen weitergeben und so als Multiplikatoren wirken.

3. Die Patienten selber sind ebenfalls eine wichtige Ansatzgruppe. Verschiedene Untersuchungen von Beuttenmüller, Hinz und Balke haben gezeigt, daß die Patienten im wesentlichen die Vorurteile der Gesellschaft gegen die psychisch Kranken teilen. Diese Arbeit zu leisten, ist intramural Aufgabe der psychiatrischen Dienste. Außerhalb kann sie aber auch Aufgabe von Clubs sein, die von Laien gesteuert werden.

   Das gleiche gilt für Aufklärung der Mitbetroffenen, nämlich der Angehörigen, der Freunde, der Nachbarn. Auch hier ist die Aufklärung primär Aufgabe der psychiatrischen Dienste oder sekundär sollten andere Gruppen wirksam werden. Auch hier muß es sich um konkrete Öffentlichkeitsarbeit, im Zweifelsfall auch um konkrete Unterstützung handeln. Denn das Reden von einer Sache und der Beweis, daß im konkreten Fall auch Hilfe und Unterstützung geleistet wird, sind zwei Dinge; und Vertrauen in die Psychiatrie wird nicht gewonnen werden, wenn das Hilfsversprechen nicht eingelöst wird.

4. Ein weiterer Faktor von allergrößter Bedeutung ist die Umstrukturierung der psychiatrischen Krankenversorgung im Sinne einer Rekommunalisierung, im Sinne einer Orientierung in die Gemeinde, etwa in dem Sinne, wie das am Tübinger Beispiel geschildert worden ist. Solche Ansätze sollten unter ihrem Öffentlichkeitsarbeitsaspekt gefördert werden.

5. Bei allen Aktionen zur Aufklärung der Öffentlichkeit ist es wichtig, daß nicht der Versuch unternommen wird, der Öffentlichkeit eine Wirklichkeit der Psychiatrie zu verkaufen, die es nicht gibt. Fehler, Lücken, Mängel müssen aufrichtig geschildert werden. Gleichzeitig ist es aber notwendig, um Angst abzubauen und um Änderungen zu erreichen, mögliche Alternativen aufzuzeigen. Dabei ist es besonders wichtig, die Öffentlichkeit, die Politiker oder wer immer angesprochen ist, nicht als Feind aufzubauen, der sich am psychisch Kranken schuldig gemacht hat, sondern auf die komplexen dynamischen Probleme von psychischer Krankheit hinzuweisen. Dabei ist es vor allen Dingen notwendig, nach außen und gegenüber der Psychiatrie deutlich zu machen, daß ein erfolgreich behandelter psychisch Kranker hervorragende Öffentlichkeitsarbeit ist, während ein vorzeitig entlassener, mit Medikamenten vollgestopfter und schon deswegen behinderter Patient an der Arbeitsstelle und zu Hause schlechte Öffentlichkeitsarbeit leistet.

6. Zur Ankurbelung solcher Aktionen auf regionaler Ebene können auch überregionale Kampagnen von großer Bedeutung sein. Das hat die englische Mind-campaign bewiesen. Solche Kampagnen sollten sich aber nicht nur auf Rundfunk und Fernsehsendungen sowie auf Pressemeldungen oder Broschüren stützen. In den letzten Jahren hat es sich in England bewährt, daß solche Aktionen in Presse und Rundfunk begleitet wurden von Aktionen der Verbände und der psychiatrischen Dienste auf regionaler Ebene. Das ist z. B. dadurch geschehen, daß man eine National-Mind-Week ausgerufen hat, in der sich Öffentlichkeitsaktivitäten, Tage der offenen Tür usw. konzentrieren, so daß die gesamte Öffentlichkeit nicht daran vorbeikommt, diese zur Kenntnis zu nehmen. Allerdings sind solche Veranstaltungen nur dann sinnvoll, wenn sie auf lokaler Ebene mit konkreten Zielen verbunden sind, z. B. der Aktivierung von Laienhelfern, von Bürgerinitiativen und Angehörigengruppen, von Nachsorgeclubs, der Werbung für teilstationäre Einrichtungen für Beratungsstellen.

   Psychische Krankheit und seelische Gesundheit sind keine absoluten Größen. Jeder Gesunde leidet zumindest zeitweise unter Ängsten und Beschwerden, die bei stärkerer Ausprägung als Symptome von psychischer Krankheit zu werten wären. Jeder Kranke hat Persönlichkeitszüge, in denen er sich nicht vom Gesunden unterscheidet. Die psychiatriesoziologische Forschung der vergangenen Jahrzehnte hat gezeigt, daß die Tendenz, psychisch abweichendes Verhalten zu „normalisieren" größer ist, als die Neigung es psychiatrisch zu kategorisieren. Jede psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit muß diese Tatsache zur Kenntnis nehmen. Nicht so sehr die psychische Krankheit selber wie das Verhalten des Gestörten ist Anlaß für negative Reaktionen der Umwelt. Nicht so sehr die Uneinsichtigkeit oder mangelnde Bereitschaft zur Auseinandersetzung sind die Hauptursache der bestehenden Vorurteile und Stereotype gegenüber psychisch Kranken, sondern die jahrzehntelangen Erfahrungen mit einer unzulänglichen psychiatrischen Krankenversorgung. Der verantwortlichen Fachöffentlichkeit dies deutlich zu machen, ist eine der wichtigsten Aufgaben psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit.

Schlußfolgerungen

Unter Berücksichtigung der angeführten Gesichtspunkte zum Inhalt und zur Art der Öffentlichkeitsarbeit werden folgende konkrete Maßnahmen empfohlen:

1. Förderung regelmäßiger Berichterstattung in Presse, Funk und Fernsehen über die Situation der Psychiatrie und die Probleme der psychisch Kranken durch qualifizierte Journalisten und journalistisch qualifizierte Psychiater.
2. Einrichtung und Förderung einer Pressekorrespondenz, die sich diesem Problemkreis widmet, vorzugsweise durch Attachierung an einen be-

stehenden Pressedienst wie etwa den von der DFG geförderten Deutschen Forschungsdienst.

3. Unterstützung von Öffentlichkeitsarbeit und Angehörigenarbeit auf lokaler Ebene, wie sich durch Laienhelferkreise, Hilfsvereine und einzelne psychiatrische Dienste geleistet werden.
4. Projektzentrierte Unterstützung überregionaler Organisationen, die sich psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit insbesondere Beeinflussung der Fachöffentlichkeit zum Ziel gemacht haben und die die regionale Öffentlichkeit koordinieren sollen.
5. Gegebenenfalls Initiierung von Aktionen analog der englischen Mind-Campaign, unter der Voraussetzung, daß diese mit konkreten Zielen auf lokaler Ebene verbunden sind.

Literaturverzeichnis

Balke, A. und Hinz, H.: Der Weg in die psychiatrische Institution — Urteile und Meinungen von psychisch Kranken über Psychiatrie und psychische Krankheiten. Werkstattschriften zur Sozialspychiatrie 10 Tübingen: Soziale Arbeitskreise, 1974

Belson: zitiert nach Sim, 1974

Beuttenmüller, U.: Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten einer psychiatrisch-neurologischen Poliklinik, Med. Diss., Tübingen, 1972

Carstairs, M. und Wing, J. K.: zitiert nach Sim, 1974

Cumming, E. und J.: Closed Ranks, Cambridge/Mass.: H. U. P. 1957

Finzen, A.: Psychiatrie und Öffentlichkeit, Tübingen, Fortbildungstage für Nervenärzte, Okt. 1969.

Finzen, A. und Wiethölter: Studentische Laienarbeit als wirksame Form langfristiger psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit. In: H. Lauter und Meyer, J. E. (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart: Thieme, 1971.

Fischer, F.: Irrenhäuser, München: Desch, 1969.

Heinrich, K.: Anatomie einer Psychiatrieanklage, Kongr. der DGPN, München, 11./12. Oktober 1974

Holding, T. A.: Brit. J. Psychiat. 124, 470—472 (1974).

Mental Health, London, Spring 1971, S. 2—8.

Nunnally, J. C.: Popular Conceptions about Mental Health, New York: Holt, Rinehart und Winston, 1961.

Schulte, W.: Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und psychisch Gefährdete, Deutsches Ärzteblatt, 2342 bis 2348 (1970).

Sim, M.: Hilfe für den psychisch Kranken; ein Grundriß der Sozialpsychiatrie. 2. Aufl., Stuttgart: EVW, 1974.

Star, S. A.: The Public Ideas about mental Illness National Opinion Research Center, Chicago, 1955.

Stumme, W.: Die differenzierten Vorstellungen des Laien zum Problemkreis psychischer Erkrankungen. Dissertation. Köln, 1972.

Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten — aus sozialpsychologischer Sicht

von

K. R. Scherer

Vorbemerkung

Die dem Titel des vorliegenden Gutachtenauftrages aufgeführte Zielvorstellung des Vorurteilsabbaus gegenüber einer gesellschaftlich benachteiligten Randgruppe läßt sich nicht auf sozialtechnologische oder psychologisch-methodologische Verfahrensfragen eingrenzen. Bei diesem Thema handelt es sich nicht lediglich darum, mit Hilfe gezielter Aufklärungsmaßnahmen bestehende Mißverständnisse zu beseitigen, sondern um das sehr viel komplexere Problem, die gesellschaftliche Integration einer aufgrund verschiedenster abweichender Verhaltensweisen als „abnormal" empfundenen Bevölkerungsgruppe neu zu überdenken. Obwohl die Informationen, Gefühle und Verhaltenstendenzen der Bevölkerung diesem Personenkreis gegenüber, in den Sozialwissenschaften gemeinhin als „Einstellung" bezeichnet, eine wesentliche Rolle in diesem Zusammenhang spielt, wäre, wie im folgenden zu zeigen sein wird, eine einseitig durch Informationsvermittlung und Sympathiewerbung auf Einstellungsänderung zielende Aufklärungsstrategie wenig erfolgversprechend.

Zunächst ist es eine bedenkliche Vereinfachung, das Bestehen von Vorurteilen vorauszusetzen, ohne gesicherte empirische Befunde über Art und Ausprägungsgrad solcher negativen Einstellungen vorliegen zu haben. Bevor Maßnahmen zum Abbau solcher Vorurteile erwogen werden, sollte mithin geprüft werden, welche Informationen uns über die Einstellungen der Bevölkerung zu psychisch Kranken und psychisch Behinderten vorliegen. Darüberhinaus ist zu fragen, wie diese Einstellungen entstanden sind und welche psychologischen Funktionen sie ausüben, da Versuche zur Einstellungsänderung ohne Berücksichtigung dieser Faktoren nicht selten zu sogenannten „Bumerangeffekten" führen und eine Verfestigung der negativen Einstellungen zur Folge haben können. Nach einer solchen Tatbestandsaufnahme ist sodann ein konkreter Zielkatalog in Bezug auf die gesellschaftspolitisch erwünschten Einstellungen aufzustellen, da es ja nicht mit einem Abbau von Vorurteilen im Sinne eines Wegräumens von Hindernissen getan ist, sondern es darum geht, negative Einstellungen durch positive Einstellungen mit sozial-integrativen Verhaltenstendenzen zu ersetzen. Hier ist insbesondere die Frage zu klären, inwieweit es lediglich um Einstellungsveränderungen geht, oder ob eine soziale Beeinflussung in bezug auf bestimmte Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten geplant ist. Besonders wichtig ist auch die Frage der Zielgruppen für die beabsichtigten Einstellungs- und Verhaltensänderungen, da sich sowohl Zielvorstellungen als auch Vorgehensweisen je nach der Zielgruppe stark unterscheiden können.

Erst nach Vorklärung von Ist- und Sollzuständen sind wir in der Lage, konkrete Maßnahmen zu diskutieren, wobei zunächst ein kurzer Überblick über die verfügbaren sozialpsychologischen Mechanismen des sozialen Einflusses erforderlich ist. Nach einer Darstellung der nicht sehr umfangreichen Literatur über einschlägige Erfahrungen in anderen Ländern mit Möglichkeiten der Einstellungsänderung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten, erfolgt eine Darstellung der möglichen Maßnahmen, die sich für bestimmte Ziele bei bestimmten Zielgruppen anbieten sowie eine Diskussion der Vor- und Nachteile verschiedener Methoden.

Das Gutachten orientiert sich mithin an folgendem Fragenkatalog:

1. Welche Einstellungen bestehen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten?
2. Wie sind diese Einstellungen entstanden und welche Funktionen haben sie?
3. Welche Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber dieser Bevölkerungsgruppe sind gesellschaftspolitisch wünschenswert?
4. Welche Zielgruppen sollten sozialen Einflußmaßnahmen besonders intensiv ausgesetzt sein?
5. Welche Erfahrungen wurden mit Einstellungsversuchen in diesem Bereich gemacht?
6. Welche konkreten Maßnahmen eignen sich für bestimmte Ziele und bestimmte Zielgruppen?

Es ist bereits an dieser Stelle zu betonen, daß es aufgrund der außerordentlich unzureichenden empirischen Forschung auf diesem Gebiet, vor allem in der Bundesrepublik, keine verbindlichen Antworten auf diese Fragen geben kann. Der Gutachter muß sich darauf beschränken, zumeist in den USA erhobenes empirisches Material zu diesem Themenbereich darzustellen und darüberhinaus Aussagen aufgrund allgemein-theoretischer Überlegungen in

der Sozialpsychologie und Extrapolationen aus anderen Untersuchungsgebieten zu treffen. Weder letzteres noch die Übertragung amerikanischer Befunde auf die Situation in der Bundesrepublik sind ungefährlich und lassen sich eigentlich nur durch die besondere Dringlichkeit des hier behandelten Problems rechtfertigen. Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß, wie hoffentlich im folgenden deutlich wird, Bemühungen in Richtung auf einen langfristigen Erfolg auf dem Gebiet der gesellschaftlichen Integration von psychisch Kranken und Behinderten durch eine erhebliche Intensivierung der sozialwissenschaftlichen Forschung auf diesem Gebiet in der Bundesrepublik begleitet sein müssen.

1. Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten

Im folgenden soll statt der Begriffe „Vorurteile" oder „Stereotypen" bevorzugt der übergeordnete Begriff der „Einstellungen" verwandt werden. Die Sozialpsychologie versteht unter einer Einstellung gegenüber Objekten, Begriffen, Personen oder sozialen Gruppen eine relativ stabile Tendenz eines Individuums, bestimmte Vorstellungen, Wertungen und Handlungsdispositionen dem Einstellungsobjekt gegenüber zu zeigen, denen im allgemeinen eine stark verhaltensprägende Wirkung zugeschrieben wird. Die Frage, ob Einstellungen wirklich als wichtige Determinanten konkreter Verhaltensweisen in sozialen Situationen anzusehen sind, ist jedoch noch weitgehend ungeklärt und wird auch bei der in diesem Gutachten zu behandelnden Problematik diskutiert werden müssen.

Häufig wird eine Unterscheidung zwischen kognitiven, affektiven und handlungsbezogenen Komponenten einer Einstellung getroffen, wobei die kognitive oder informationsbezogene Komponente das Wissen und die Vorstellungen über das Einstellungsobjekt, die affektive oder gefühlsmäßige Komponente eine Wertung desselben und die handlungsbezogene Komponente die Verhaltensdisposition gegenüber dem Einstellungsobjekt darstellen. Unter Stereotyp versteht man im allgemeinen eine kognitive Einstellungskomponente, die weniger auf tatsächlichen Informationen über das Einstellungsobjekt, sondern auf ungeprüft übernommenen, zumeist stark vereinfachten und wenig differenzierten Vorstellungen diesem gegenüber beruht, die nicht selten von nahezu allen Mitgliedern einer sozialen Gruppe geteilt und dementsprechend tradiert werden. Der Begriff des Vorurteils impliziert alle drei Einstellungskomponenten, wobei zu den stereotypen Vorstellungen eine negative gefühlsmäßige Wirkung, meist von Ablehnung begleitet, und eine auf Vermeiden oder Aggression gerichtete Verhaltenstendenz tritt. Der Begriff des Vorurteils ist in der Sozialpsychologie bislang nahezu ausschließlich für die negativen Einstellungen und Verhaltenstendenzen gegenüber Fremdgruppen, die durch eindeutige rassische, ethnische oder subkulturelle Unterschiede erkennbar sind, angewandt worden. Dies ist insofern sinnvoll, als die Bezeichnung „Vorurteil" impliziert, daß ein abwertendes Urteil über eine oder mehrere Personen schon allein aufgrund der Identifizierung ihrer Gruppenzugehörigkeit anhand entsprechender Hinweisreize erfolgt.

In der öffentlichen Diskussion über die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik wird nun häufig das Vorliegen von „Vorurteilen" der Bevölkerung gegenüber solchen Personen vorausgesetzt und es wird postuliert, daß einer Besserung der Lage dieser Personen ein Abbau solcher Vorurteile vorangehen muß. Diese Anschauung setzt voraus, daß 1) die „Gruppe" der psychisch Kranken und Behinderten von der Bevölkerung aufgrund eindeutiger Kriterien identifizierbar wäre, so daß man von Vorurteilen gegenüber einer Fremdgruppe sprechen könnte, und daß 2) tatsächlich extrem negative Einstellungen und Verhaltenstendenzen gegenüber diesem Personenkreis in der Bevölkerung vorliegen.

Obwohl das Vorliegen dieser beiden Voraussetzungen mitunter unter Berufung auf zumeist amerikanischen Forschungsergebnissen, in Tagungsbeiträgen, Denkschriften und programmatischen Aufsätzen häufig unwidersprochen angenommen wird, gibt es in der einschlägigen Fachliteratur erhebliche Kontroversen über beide Punkte. Besonders in Beziehung auf die Fähigkeit und Bereitwilligkeit der Bevölkerung abnormales und abweichendes Verhalten als „Geisteskrankheit" zu identifizieren, gibt es fundamentale Gegensätze zwischen den Standpunkten (und der Interpretation der einschlägigen Forschungsergebnisse) der Vertreter des soziologisch orientierten „Devianzmodells" und des sozialpsychiatrisch orientierten „Krankheitsmodells" für sozio-emotionale Störungen und Verhaltensabweichungen. Das in der Medizin und weitgehend auch im sozialpolitischen Bereich akzeptierte psychiatrische Modell geht davon aus, daß solche Affekt- und Verhaltensstörungen Ausdruck einer „Geisteskrankheit" sind und dem Patienten mithin alle der „Krankenrolle" angemessenen Rechte auf therapeutische Bemühungen und zumindest zeitweilige Suspendierung der sozialen Rollenanforderungen zu kommen. Insbesondere in der Sozialpsychiatrie wird dieses Modell durch Bestrebungen unterstützt, im Sinne der Förderung geistiger Gesundheit („mental health movement") Psychohygiene zu betreiben, in dem man die Bevölkerung über Ursachen und Ablauf psychischer Krankheiten zu informieren sucht, die Heilungsmöglichkeiten betont und die Akzeptierung psychisch Gestörter als kranker Mitglieder der Gesellschaft zu fördern versucht.

Fehlender Erfolg bei diesen Bemühungen wird von vielen Vertretern der Sozialpsychiatrie dafür verantwortlich gemacht, daß nur sehr langsame Fortschritte bei dem Versuch, das traditionelle psychiatrische Konzept der Isolierung von Geisteskranken in entlegenen Anstalten durch „offene", auf Rehabilitation und Integration gerichtete Behandlungseinrichtungen zu ersetzen, gemacht werden. Sie verweisen auf eine Reihe empirischer Erhebungen, vor allem in den USA, bei der Annahme, daß durch Furcht, Ablehnung und Stigmatisierung gekennzeichnete Vorurteile der Bevölkerung „unsichtbare

Schranken" zwischen Geisteskranken und der Gesellschaft darstellen. Ein neueres Sammelreferat (Rabkin, 1972) über die Einstellungen zur Geisteskrankheit kommt zu folgendem Schluß: „Das Stigma der Klassifikation als „Geisteskranker" ist weithin anerkannt und dokumentiert. Innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses, in das viele gegen ihren Willen eingewiesen werden, kommen die Patienten selten in den Genuß der gleichen Rechte, Freiheiten und Befriedigungen wie der normale Bürger, und nach ihrer Entlassung müssen sie häufig feststellen, daß sie es bei der Suche nach Wohnung, Arbeit und Bekannten noch schwerer haben als ehemalige Strafgefangene. Eine Reihe unserer Untersuchungen haben die insgesamt negativen und ablehnenden Einstellungen der meisten Amerikaner zu psychischen Krankheiten und zu psychisch Kranken aufgezeigt. Obwohl sich auch widersprechende Ergebnisse und Ansichten in der Literatur finden, so stellen diese jedoch eine Minderheit dar. (S. 157 bis 158, Übers. d. Verf.)

Die Vertreter des soziologisch orientierten Devianzmodells, die den Begriff der Geisteskrankheit nicht selten als Fiktion oder Mythos bezeichnen, interpretieren die empirischen Befunde größtenteils als Etikettierungsprobleme oder methodische Artefakte. Sarbin und Manusco (1970) bezeichnen diese Resultate als Anzeichen des gescheiterten Versuchs der sozialpsychiatrischen „Moralunternehmer", die Öffentlichkeit dazu zu bewegen, abweichendes Verhalten als Krankheit zu bezeichnen, und unabhängig von moralisch-ethischen und rechtlichen Richtlinien zu werten. Nach einer systematischen Literaturanalyse vertreten diese Autoren die Ansicht, daß die Bevölkerung 1) ungewöhnlichem und leicht abweichendem Verhalten keine übertriebene Aufmerksamkeit schenke und, anders als die diagnostische Praxis in der Psychiatrie, nur Personen mit ungewöhnlich schwerwiegenden Verhaltensstörungen als geisteskrank bezeichne, und 2) als „geisteskrank" etikettierte Personen mit Abneigung und Mißtrauen betrachte und von sich fernzuhalten suche. Letzteres führt Sarbin nicht zuletzt auf die negativen Einstellungen der Psychiatrie selbst gegenüber Geisteskranken und die Behandlungsbedingungen in den psychiatrischen Institutionen zurück, in denen der Patient weitgehend seiner sozialen Identität beraubt und als „Nicht-Person" behandelt wird.

Stumme, der in seiner Dissertation (1972) viele dieser Argumente aufnimmt, verweist darüberhinaus auf eine Reihe möglicher methodischer Artefakte bei vielen dieser Einstellungsuntersuchungen, wie beispielsweise eine Beeinflussung der Untersuchungsergebnisse durch die einseitige Erwartung der Forscher, negative Einstellungen finden und bestätigen zu können. Stumme verweist in diesem Zusammenhang wieder auf das Problem der Etikettierung: „... die bisher untersuchten Vorurteile der Laien gegenüber ‚Geisteskranken' (sind) nicht identisch mit deren Attitüden zu allen psychisch Kranken, denn aufgrund unterschiedlicher Designata bei Laien und Experten muß die durchgängig anzutreffende Interpretation zurückgewiesen werden, man habe die Vorurteile zu psychisch Kranken allgemein untersucht." (Stumme, 1972, S. 208).

Nach den bisherigen Ausführungen stellt sich die Lage der empirischen Forschung so dar, daß wenig Zweifel an den generell negativen Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Geisteskranken besteht, wobei die Anhänger des psychiatrischen Krankheitsmodells dies als Vorurteil gegenüber allen psychisch gestörten und behinderten Personen sehen, während die Anhänger eines soziologischen Devianzmodells dies nur für außerordentlich schwerwiegende Verhaltensstörungen annehmen und glauben, daß darüber hinausgehende Befunde auf methodischen Fehlern oder auf der Generalisierung der negativen Einstellung durch zu umfassende Verwendung des Etiketts „Geisteskrankheit" beruhen.

Die Schlußfolgerungen werden jedoch in der neusten und umfassendsten Publikation auf diesem Gebiet, dem 1974 erschienenen Buch „Contemporary Attituds toward Mental Illness" von Crocetti, Spiro und Siassi, mit gewichtigen Argumenten widersprochen. Die Autoren, die sich auf eine systematische Analyse, u. a. auch weniger bekannter, empirischer Arbeiten und auf zwei umfangreiche Meinungsumfragen stützen, sind der Meinung, daß sich die herrschende „Ablehnungstheorie", deren Attraktivität sie auf psychologische, standespolitische und wissenschaftssoziologische Faktoren zurückführen, empirisch nicht belegen läßt. Folgende Annahmen der „Ablehnungstheorie" werden systematisch geprüft:

1. Nur schwere Verhaltensstörungen, z. B. Paranoia, werden von Laien als „Geisteskrankheit" bezeichnet.
2. Die Bevölkerung ist nicht willens, psychisch Gestörte als „krank" und behandlungsbedürftig zu betrachten.
3. Es bestehen außerordentlich negative Stereotypen und Vorurteile gegenüber Geisteskrankheit und Geisteskranken.
4. Die Bevölkerung lehnt persönlichen Kontakt mit Geisteskranken ab und besteht auf ihrer Isolierung durch Einweisung in Anstalten.
5. Die Bevölkerung wünscht, daß sich der Anstaltscharakter auf Aufbewahrung der Eingewiesenen beschränkt und evtl. strafende Funktionen hat.
6. Die Bevölkerung leistet der Reintegration ehemaliger Geisteskranker in konventionelle soziale Rollen Widerstand und erhält maximale Sozialdistanz zu solchen Personen.

Die Schlußfolgerung der Autoren lautet: „Diese Annahmen wurden in unterschiedlicher Art und Weise überprüft. Seit 1960 findet sich in der Literatur kein empirisches Forschungsergebnis, das auch nur eine dieser Annahmen eindeutig stützen würde. Die meisten Forschungsberichte widersprechen diesen Annahmen. Es ist mithin empirisch nicht mehr zu rechtfertigen, diese Annahmen als Grundlage sozialpolitischer Entscheidungen, als Faktor bei sozialpsychiatrischen Aufgaben, und als Voraussetzung soziologischer Theorienbildung zu betrachten". (S. 145 bis 146, Übers. d. Verf.). Crocetti, Spiro

und Siassi wenden sich darüber hinaus vor allem gegen den Begriff des Vorurteils gegenüber einer „Gruppe der Geisteskranken" und der Gleichsetzung mit Vorurteilen gegen rassische und ethnische Minderheiten, da psychisch Kranke keine einheitliche Gruppe oder Schicht darstellen und nicht, wie ethnische Fremdgruppen, sichtbar sozial differenzierbar sind. Die Autoren sind der Ansicht, daß der in der Psychiatrie und bei sozialpolitischen Entscheidungsträgern vorherrschende Glaube an die Ablehnung der psychisch Kranken durch die Gesellschaft wahrscheinlich das wichtigste Hindernis auf dem Wege zu einer rational finanzierten, effektiven und umfassenden Versorgung der psychisch Kranken in den USA darstellt. Sie versuchen, an Hand eigener empirischer Befunde nachzuweisen, daß zumindest wesentliche Teile der Bevölkerung bereit sind, Personen mit Gemüts- und Verhaltensstörungen zeitweise die Krankenrolle mit allen ihren Implikationen — Sympathie und Suspendierung der moralischen Wertung des Verhaltens — zuzuweisen und plädieren dafür, Einstellungen gegenüber verschiedenen psychischen Störungen und Symptomen zu untersuchen, da es ja auch unterschiedliche Einstellungen zu verschiedenen organischen Krankheiten gibt, statt von einem globalen Konzept der „Geisteskrankheit" auszugehen.

Obwohl in dieser wichtigen Arbeit wesentliche neue Gesichtspunkte und empirische Daten vorgelegt werden, die zu einem Überdenken der bisherigen Positionen führen sollten, wird die Kontroverse über die Einstellungen der Öffentlichkeit zu psychisch Kranken hierdurch keineswegs beendet. Zum einen finden sich auch in den hier berichteten empirischen Untersuchungen, die 1960, 1968 und 1970 in Baltimore, teilweise an einer ausgewählten Subpopulation (Mitglieder der Automobilarbeitergewerkschaft) durchgeführt wurden, die methodischen Mängel, die Stumme (1972) sehr zu Recht an vielen dieser Untersuchungen kritisiert; zum anderen fehlt es noch immer an der nötigen Stringenz der Begriffsdefinitionen, die erforderlich scheint, um die Kontroverse zwischen Devianzmodell und Krankheitsmodell zu entscheiden.

Selbst wenn es gelänge, aufgrund amerikanischer Untersuchungen zu einer relativ präzisen Charakterisierung zu gelangen, so könnte dies in keinem Falle bedenkenlos auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik übertragen und zur Grundlage einer Aufklärungskampagne gemacht werden, da sich gerade bei Stereotypen und Vorurteilen gravierende interkulturelle Unterschiede, auf historischen, soziokulturellen oder politischen Faktoren beruhend, zeigen können. Die vorangegangene Diskussion der einschlägigen Forschung in den USA kann somit nur als Grundlage für die Diskussion empirischer Forschungsansätze auf diesem Gebiet in Deutschland dienen. Leider handelt es sich bei den meisten deutschen Veröffentlichungen zu diesem Thema um theoretische oder sozialkritische Aufsätze, die bestenfalls Anekdoten oder Verweise auf Sekundärliteratur als Belege für negative Einstellungen zu psychisch Kranken beisteuern. In den letzten Jahren sind vor allem drei empirische Arbeiten zu diesem Thema zu nennen: Jaeckel und Wieser (1970), Feldes (1971), Stumme (1972). Die in der DDR durchgeführte Untersuchung von Feldes ist stark methodisch orientiert und beschäftigt sich vor allem mit der Entwicklung einer sozialen Distanzskala, die bei 739 Probanden administriert wurde. Obwohl einige interessante Vergleiche mit ähnlichen Untersuchungen möglich sind, erscheint der Aussagewert dieser Arbeit sowohl für die Verhältnisse in der Bundesrepublik als auch für eine differenzierte Charakterisierung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken gering. Die häufig zitierte Umfrage von Jaeckel und Wieser (1970) bei 150 repräsentativ ausgewählten Bremer Bürgern bestätigt weitgehend die Ergebnisse der frühen amerikanischen Untersuchungen, an die sie sich anlehnt: „Das Bild vom Geisteskranken setzt sich also aus negativen Bewertungen seiner Person, einem ihm zugeschriebenen schwachen Potential und niedriger Aktivität zusammen, es enthält außerdem eine mangelnde Verstehbarkeit, die von ihnen ausgeht, und eine Unberechenbarkeit seiner Handlungsweisen" (Wieser, 1973, S. 83). Jaeckel und Wieser kommen zu dem Ergebnis: „Man wird also annehmen dürfen, daß es in der Praxis des Alltagslebens die sozialen Störwirkungen des Geisteskranken sind und insbesondere unverständlich erscheinende Schwierigkeiten bei seiner Sanktionierung, die die Basis seiner Beurteilung ausmachen, und die zu seiner Identifizierung führen" (1970, S. 76).

Die Untersuchung von Jaeckel und Wieser ist, ganz abgesehen von der recht geringen Basis von 150 Bremer Respondenten, jedoch nicht frei von methodischen Schwächen (vgl. Stumme, 1972). Besonders gravierend ist die ausschließliche Verwendung des Begriffs „Geisteskranker" in dieser Untersuchung, was, wie bereits oben dargestellt wurde, zu Übergeneralisierung von Extremeinstellungen durch Etikettierungswirkungen geführt haben könnte. Die Ergebnisse dieser Untersuchung können somit kaum als Grundlage für Einstellungsänderungsansätze dienen.

Die von Stumme 1969 bis 1971 in Köln und Düsseldorf bei einer Studenten- und einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe durchgeführten Umfragen sind sowohl theoretisch als auch methodisch aussagekräftiger, da Stumme seine Arbeit auf einer detaillierten Kritik des Einstellungskonzepts als auch der bisherigen psychiatrischen Vorurteilsforschung aufbaut. In einem von der üblichen Vorgehensweise abweichenden Fragebogenaufbau untersuchte Stumme die Bedeutungshaltigkeit verschiedener umgangssprachlicher Bezeichnungen „psychisch abweichenden Verhaltens" und der entsprechenden sozialen Sanktionen. Darüber hinaus ließ er typische Fallschilderungen und Symptombeschreibungen mit Hilfe des semantrischen Differentials und umgangssprachlicher Begriffe einschätzen sowie eine Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen vornehmen. Stumme (1972) interpretierte die Ergebnisse der Untersuchung dahingehend, daß der Laie — vor allem wenn er sich umgangssprachlicher Bezeichnungen bedienen kann — über sehr differenzierte Ansichten hinsichtlich des Problemkreises psychischer Erkrankungen verfügt, was den bisherigen Annahmen über starre negative Stereotypen gegen-

über der Gesamtheit der psychisch Kranken deutlich widerspricht.

Stumme untersuchte darüber hinaus eine Anzahl von Respondenten aus Berufsgruppen, die direkt oder indirekt mit psychischen Erkrankungen in Berührung kommen (Lehrer, Geistliche, Redakteure, Parlamentarier, Polizeibeamte), und stellte fest, daß sich die Einstellungen dieser Gruppen „so gut wie nicht" von denen der Bevölkerungsstichprobe unterschieden.

Trotz der wichtigen Ergebnisse dieser Untersuchung wurden hier — wie Stumme selbst bemerkt (S. 202) — keine handlungsrelevanten Einstellungen erhoben. Aufgrund der Zweifel, mit Umfragemethoden solche Einstellungen erfassen zu können, hatte Stumme die zentrale Fragestellung so modifiziert: „... etwas darüber in Erfahrung zu bringen, in welchem Ausmaß der Laie in der Lage ist, den Problemkreis psychisch abweichenden Verhaltens differenziert wahrnehmen". Da offensichtlich eine recht differenzierte Wahrnehmung vorliegt, wirft die Arbeit Stummes weit mehr Fragen auf als sie beantworten könnte. So wird man nicht umhin können, statt nach handlungsrelevanten Einstellungen gegenüber der Gesamtheit der psychisch Kranken, Vorstellungen und Verhaltensdispositionen gegenüber spezifischen Untergruppen zu erforschen und dementsprechend eine umgangssprachlich verfügbare Klassifikationsterminologie zu entwickeln. Aus dem hier vorgelegten Literaturüberblick geht hervor, daß es bislang der empirischen Sozialforschung, vor allem in der Bundesrepublik, nicht gelungen ist, eindeutig zu ermitteln, welche emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen von der Bevölkerung als Anzeichen einer psychischen oder auch andersgearteten „Krankheit" gesehen werden, welche alternativen Klassifizierungen für abweichendes oder abnormales Verhalten verwandt werden, und welche Einstellungen die Bevölkerung den so klassifizierten Personenkreisen gegenüber hegt. Hierbei sind differenzierte Kenntnisse über die kognitiven, affektiven und verhaltensgerichteten Komponenten der Einstellung erforderlich, sowie möglichst gesicherte Hinweise auf die Ursachen und Vermittlungsfaktoren dieser Einstellungen und ihrer soziokulturellen und psychischen Funktionen.

Auch wenn man bereit ist, zuzugestehen, daß es wenig wahrscheinlich ist, daß künftige empirische Untersuchungen positive Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zeigen, so kann die Annahme negativer Einstellungen allein nicht ausreichen, um erfolgversprechende Einstellungsänderungsmaßnahmen zu entwickeln.

Wie eine der ersten der außerordentlich wenigen experimentellen Einstellungsänderungsversuche in diesem Bereich, die von Cumming und Cumming (1957) in einer kanadischen Gemeinde durchgeführte Aufklärungskampagne zeigte, kann das Gegenteil der intendierten Einstellungsveränderung der Fall sein, wenn der Versuch gemacht wird, ohne Kenntnis der Einstellungsstrukturen und der gesellschaftlichen und psychischen Funktionen der spezifischen Einstellungen einen Einstellungswandel herbeizuführen: Die Bewohner der kleinen kanadischen Stadt fürchteten sich vor der Geisteskrankheit und bemühten sich, Anzeichen und Symptome möglichst von sich fernzuhalten. Die in der Aufklärungskampagne enthaltene Information, daß normales und abnormales Verhalten auf einen Kontinuum liegen und sich nicht qualitativ unterscheiden, mußte mithin bedrohlich wirken und zu Ich-Verteidigungs-Reaktionen führen. Dies Beispiel zeigt besonders deutlich, wie wichtig es ist, die Struktur der Einstellung, ihre psychische Funktion und ihre Einbettung in ein umfassendes soziokulturelles Wertsystem zu kennen, bevor ein Versuch zur Einstellungsänderung unternommen wird.

Abgesehen vom Vermeiden solcher Bumerangeffekte, scheint es kaum möglich, konkrete Ziele für den Prozeß des Einstellungswandels und konkrete Mechanismen und Maßnahmen zu entwickeln, ohne präzise Informationen über die jeweils vorliegenden Einstellungssysteme zu besitzen. Es wird daher empfohlen, vor der Entwicklung und Durchführung konkreter Aufklärungsmaßnahmen auf diesem Bereich, ein umfangreiches, mit Hilfe eines interdisziplinären wissenschaftlichen Teams entwickeltes Forschungsprogramm zur Erhebung der gegenwärtigen Einstellung der Bevölkerung der Bundesrepublik zu psychisch Kranken durchzuführen, wobei darauf zu achten ist, daß die oben angedeuteten methodischen Probleme vermieden werden und nicht wiederum lediglich die Konnotationen der Begriffe „Geisteskrankheit" und „Geisteskranker" untersucht werden.

Um im Rahmen dieses Gutachtens dennoch vor Vorliegen einer solchen Untersuchung zu Aussagen über mögliche Maßnahmen zur Einstellungsänderung kommen zu können, sollen im nächsten Abschnitt einige in einer solchen Studie zu erhebenden Einstellungskomponenten beschrieben und Hypothesen zu ihrer Verursachung und Vermittlung diskutiert werden, um sodann konkrete Möglichkeiten zur Veränderung dieser Einstellungskomponenten erwägen zu können.

2. Ursachen und Funktionen der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken

An dieser Stelle muß nochmals betont werden, daß in Anbetracht nur bruchstückhaft vorliegender und wenig zufriedenstellender empirischer Daten über die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken und Behinderten, vor allem in der Bundesrepublik Deutschland, an dieser Stelle lediglich Vermutungen geäußert werden können, die sich meist auf die einschlägige Literatur zu diesem Problembereich und allgemein anerkannte sozialpsychologische Annahmen stützen.

In bezug auf die kognitive oder informationsbezogene Komponente der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ist zu vermuten, daß eine weitgehende Unwissenheit der Bevölkerung über Vorbedingungen und Ursachen der psychischen Krankheiten, der Symptome und des Krankheitsverlaufes, wie auch der Heilungschancen und der zu einer Reintegration in die Gesellschaft erforderlichen sozialen Maßnahmen vorliegt. Durch diesen Mangel

an Informationen und konkretem Wissensbestand über psychische Krankheiten werden undifferenzierte stereotype Urteile und die unkritische Übernahme von Fehlinformationen erleichtert. Besonders gefördert wird durch solche Unwissenheit auch die Gefahr, aufgrund mangelhafter Informationen falsche Schlußfolgerungen (Fehlattributionen) über die Ursache ungewöhnlicher oder nicht unmittelbar verständlicher Verhaltensweisen anderer Personen zu ziehen.

Die Frage nach den Ursachen dieses weit verbreiteten Unwissens und der daraus folgenden Stereotypen und Fehleinschätzungen führt zu mehreren möglichen Faktoren. Eine der wichtigsten Ursachen ist zweifelsohne die Tabuisierung und Isolierung des psychisch Kranken, die sich in sehr vielen Kulturen und in verschiedenen geschichtlichen Perioden gezeigt hat. Diese Tabuisierung beginnt in der Familie des Kranken, die den Umstand, daß eines der Familienmitglieder psychisch krank oder behindert ist und alle damit zusammenhängenden Informationen möglichst von Nachbarn, Bekannten und Freunden fernzuhalten versucht, da es gemeinhin als Makel aufgefaßt wird, einen solchen Fall in der Familie zu haben. Das Problem wird dadurch besonders brisant, daß man sich angesichts der weit verbreiteten, allerdings kaum wissenschaftlich belegten Annahme der Vererbbarkeit der meisten psychischen Krankheiten nur schwer von einem kranken Familienmitglied völlig dissoziieren kann, wie es beispielsweise im Falle eines kriminellen Delikts eines Familienmitglieds möglich ist, in dem man sich in den eigenen Augen und den Augen der Mitbürger von jeder Verantwortung freisprechen kann. Wenn man berücksichtigt, daß die meisten Bürger, ähnlich wie die Sozialpsychiatrie, annehmen, daß ihre Mitbürger außerordentlich negative Einstellungen gegenüber psychisch Kranken haben, ist der Versuch des Verheimlichens von psychischen Krankheiten, indem man möglichst gar nicht darüber redet, durchaus verständlich.

Diese Einstellung wird verstärkt durch die Isolierung der psychisch Kranken durch die Gesundheits- und Ordnungsbehörden. Wie bereits weiter oben erwähnt, mag eine der Ursachen der negativen Einstellung gegenüber psychisch Kranken in der negativen Behandlung der psychisch Kranken durch die Gesellschaft zu suchen sein. Die Tatsache, daß psychisch Kranke meist in abgelegenen, zum Teil stark gesicherten Krankenhäusern und Heilanstalten „aufbewahrt" werden, bringt es ebenfalls mit sich, daß die meisten Bürger noch nie direkt mit psychisch Kranken und Behinderten zu tun gehabt haben, geschweige denn mit ihnen interagiert haben. Zu den Schwierigkeiten, überhaupt mit Fällen von Geisteskrankheiten direkt in Berührung zu kommen, kommt die ebenfalls weit verbreitete Bemühung, solchen Kontakt möglichst zu vermeiden. Beispiele dafür sind zum einen die mitunter sehr heftigen Proteste von Anliegern und Bürgerinitiativen, wenn neue Heil- oder Pflegestätten für psychisch Kranke in der Nähe eines Wohnviertels errichtet werden sollen. Dies gilt häufig besonders in Fällen von Institutionen für geistig gestörte oder behinderte Kinder und Jugendliche, da von seiten der Eltern ein Kontakt ihrer Kinder mit solchen Personen außerordentlich ungern gesehen wird. So zeigte es sich beispielsweise bei der Durchführung einer vom Verfasser betreuten wissenschaftlichen Untersuchung über die Interaktion normaler Kinder mit mongoliden und spastisch gelähmten Kindern an der Universität Gießen, daß es außerordentlich schwierig war, die Eltern der normalen Kinder davon zu überzeugen, daß ihrem Kind kein Schaden dadurch entstehen würde, für etwa eine Stunde mit einem der behinderten Kinder zu spielen. Die Tatsache, daß viele Eltern trotz des wissenschaftlichen Charakters dieser Interaktion nicht bereit waren, ihre Einwilligung zu geben, zeigt, wie wenig Möglichkeiten normale Kinder haben, im Verlaufe des Sozialisationsprozesses mit psychisch Kranken oder gestörten Kindern zusammen zu kommen und eine Einstellung zu diesen Personen aufgrund persönlicher Erfahrung zu entwickeln. Die wenigen Versuche, die in den vergangenen Jahren unternommen wurden, um normale und geistig behinderte Kinder in bestimmten Situationen gemeinsam zu unterrichten oder zumindest zusammen spielen zu lassen, scheinen als Ausnahme eher die Regel totaler Isolierung psychisch kranker, behinderter Kinder zu bestätigen.

Man kann also davon ausgehen, daß der Normalbürger weder im Verlaufe seiner Kindheit und Jugend, noch im Kollegen- oder Bekanntenkreis direkt mit psychischen Erkrankungen in Berührung gekommen ist. Das Wissen, das er über psychische Krankheiten, deren Ursachen und Heilungschancen hat, bezieht er mithin aus Sekundärquellen. Hier kommen zunächst die im primären Sozialisationsprozeß vermittelten Informationen im Elternhaus und in der Schule in Betracht. Da, wie bereits oben geschildert, der Bereich der psychischen Krankheiten weitgehend tabuisiert ist, kann man nicht damit rechnen, daß in den Familien ausführliche und sachliche Informationen über psychische Krankheiten vermittelt werden. Im Gegenteil ist anzunehmen, daß, wie weiter unten zu schildern sein wird, im Elternhaus und in den „peer groups" in erster Linie verbale Stereotypen zumeist derogierenden Charakters vermittelt werden.

Was die Informationsübermittlung über psychische Krankheiten in der Schule anbetrifft, so wäre auch hier eine umfangreiche empirische Untersuchung angebracht. Angesichts der im allgemeinen recht wenig zufriedenstellenden Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland ist kaum zu erwarten, daß in den Schulen, vor allem in den Grundschulen, Informationen über Ursachenformen und Behandlungsmöglichkeiten für Geisteskrankheiten besprochen werden. Während also im Verlauf der primären Sozialisation kaum sachliche Informationen über psychische Krankheiten vermittelt werden, liegt hier sicherlich dennoch die Quelle der kognitiven Vorstellungen der meisten Menschen über psychische Behinderungen. Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang die im Verlauf der Spracherlernung übernommenen Ausdrücke zu diesem Bedeutungsbereich und deren Konnotationen. Im Gegensatz zu sachlichen Informationen werden umgangssprachliche Bezeichnungen für psychische Krankheiten und

den betroffenen Personenkreis außerordentlich häufig vermittelt, da sie zu einem beliebten Mechanismus der Abwertung, Herabsetzung oder Beschimpfung des anderen dienen. So kann man in der Rangfolge der Schimpfmittel die auf das „Verrücktsein" oder die „Idiotie" des anderen bezugnehmenden Schimpfworte durchaus direkt vor den Analinjurien einreihen. Die Untersuchung dieser Form der Beschimpfung ist psychologisch außerordentlich interessant, da hier die verbreitete Tendenz, Ursachen für uns unverständliches oder unseren Interessen zuwiderlaufendes Verhalten einer Geistesgestörtheit des anderen zuzuordnen, zutage tritt. Da der Mensch, wie von der Psychologie häufig betont, eine sehr starke Tendenz hat, die Ursachen der Phänomene, mit denen er konfrontiert wird, zu kennen, um diese erklären und vorhersagen zu können, ist leicht zu sehen, warum es eine bequeme Lösungsmöglichkeit ist, im Falle unverständlicher Verhaltensweisen anderer ein „Irresein" sozusagen als Residualkategorie anzunehmen.

Aus psychologischer Sicht erscheint es unumgänglich, diese im Rahmen des durch Spracherwerb innerhalb des Sozialisationsprozesses erworbenen Konzepte und Sprachstereotypen bei dem Versuch der Einstellungsveränderung zu berücksichtigen. Stumme (1972) hat bereits in seiner Arbeit die große Bedeutung der Differenzierungsfähigkeit für verschiedene Symptome und Typen geistiger Erkrankungen und deren Ausprägungsgrad an Hand des dem einzelnen hierfür zur Verfügung stehenden Vokabulars hingewiesen. Hierbei ist wichtig, daß insbesondere im kognitiven Bereich der Einstellungen sprachliche Faktoren eine überragende Rolle spielen, da sich die Informationen zu einem bestimmten Themenbereiche an semantischen Markierungspunkten, in Begriffen und Konzepten, die den semantischen Raum bestimmen, orientieren. Es ist daher durchaus keine nebensächliche Frage, ob in Aufklärungsmaßnahmen, die in Richtung auf einen Vorurteilsabbau hin erwogen werden, Begriffe wie psychische Krankheit oder psychische Behinderung, Geisteskrankheit, Nervenkrankheit o. ä. mehr verwandt werden. Der psychologische Effekt dieser Wortwahl wird sehr stark von den existierenden Konnotationen dieser Begriffe und ihrer Beziehungen zu den von einem großen Teil der Bevölkerung verwandten verbalen Bezeichnungen abhängen.

Es erscheint somit dringend geboten, das Lexikon der populären Bezeichnungen für Geisteskrankheiten und deren Konnotationen in verschiedenen sprachlichen Kontexten zu untersuchen, um die psychologische Reaktion auf die Verwendung bestimmter Begriffe in diesem Zusammenhang voraussagen zu können. Ein zentraler Punkt in diesem Zusammenhang ist die Entscheidung zwischen dem Krankheitsmodell und dem Devianzmodell, wie oben angeführt, da eine Entscheidung für das eine oder andere Modell auch entsprechende sprachliche Konsequenzen mit sich bringen sollte. In Anbetracht der gegenwärtigen Lage der Psychiatrie in Deutschland ist jedoch von einer überwiegenden Akzeptierung des Krankheitsmodells auszugehen, wie es im übrigen auch dem internationalen Stand entspricht. Falls sich die offizielle Gesundheitspolitik für dieses Modell entscheidet, sollte man hieraus auch sprachliche und organisatorische Konsequenzen ziehen und den Bereich der psychischen Krankheiten und Behinderungen soweit wie möglich der Vorgehensweise bei somatischen Krankheiten anpassen.

Nach diesem Exkurs über die Bedeutung der sprachlichen Bezeichnungen für psychisch Kranke gilt es, zum Thema der Unwissenheit der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und deren Ursachen zurückzukehren. Wir haben festgestellt, daß im Rahmen der primären Sozialisation durch Elternhaus und Schule außerordentlich wenig Information über psychische Erkrankungen vermittelt wird. Eine zweite Möglichkeit der Information im Rahmen des sekundären Sozialisationsprozesses besteht in der Unterrichtung durch die Massenmedien. Obwohl auch hier bis auf ganz wenige Ausnahmen empirische Arbeiten fehlen, kann man doch annehmen, daß die Massenmedien zum überwiegenden Teil keine umfassenden, sachlichen Informationen über psychische Erkrankungen liefern, sondern im Gegenteil häufig die existierenden Stereotypen unterstützen oder gar aufgrund ihrer Berichterstattung oder durch bestimmte Unterhaltungssendungen selbst Stereotypen vermitteln. Systematische Inhaltsanalysen von Berichten über psychisch Kranke in der Presse, im Rundfunk und im Fernsehen durch Nunnaly in den USA (1961) und Schneider/Wieser (1972) in der Bundesrepublik Deutschland haben gezeigt, daß das Bild des Geisteskranken in den Massenmedien häufig noch sehr viel negativer und verzerrter ist, als man es aufgrund der Vorurteile der Bevölkerung erwarten würde. In der Tagesberichterstattung wird der psychisch Kranke häufig in reißerisch und sensationell aufgemachten Berichten als besonders verabscheuungswürdiger Triebtäter und als Gefahr für die Allgemeinheit dargestellt. Dieser Art der Berichterstattung läßt sich, wie Wieser (1973) meint, vor allem auf die Art der Berichterstattung bei aktuellen Anlässen, einem von einem psychisch Kranken begangenen Verbrechen oder einem Selbstmord zurückführen, da die Presse meist nur von solchen spektakulären Fällen, von Polizeidienststellen mitgeteilt und von Presseagenturen aufgegriffen, Notiz nimmt, und diese Fälle, da Kriminalberichterstattung im allgemeinen sehr publikumswirksam ist, groß aufmacht. Lediglich in Wochenzeitschriften und Illustrierten finden sich gelegentlich Berichte über psychische Erkrankungen, die weniger auf spektakuläre Einzelfälle als auf die gesellschaftliche Lage der psychisch Kranken, oder neuere wissenschaftliche Entwicklungen bei der Untersuchung der Genese und der Heilungsmöglichkeiten Bezug nehmen. Zu dem Problem, daß in der Tagesberichterstattung häufig nur negative, aufsehenerregende Berichte über psychisch Kranke veröffentlicht werden, kommt die Tendenz, auch in Fällen, in denen die Motive für ein Verbrechen nicht eindeutig sind, auf das Vorliegen von psychischen Erkrankungen zu spekulieren, wobei, wie die Analysen gezeigt haben, mit sehr zweifelhaften, negativ emotional geladenen Bezeichnungen wie „Verrückter, Idiot, Narr, Unhold, Blöder, Kindsverderber oder Blöd-

ling" (Wieser, 1973, S. 74) gearbeitet wird. Hinzu kommt, daß auch in fiktiven Darstellungen, vor allem in Horrorfilmen, das Element des Wahnsinns eine beliebte Rolle spielt. In nicht wenigen Kriminal- und Horrorfilmen findet man den geisteskranken Verbrecher, der schon vom Äußeren her mit irren Blicken, fratzenhaften Gesichtszügen, unzusammenhängender Sprechweise und ungewöhnlichem Verhalten völlig überzeichnet und karikiert dargestellt, eine wesentliche Rolle bei der Erzeugung des Gruselns zu spielen scheint. Eine wissenschaftliche Analyse des Bildes des Geisteskranken in solchen fiktiven Darstellungen wäre auch für die Untersuchung der Vorurteile und Ängste der Bevölkerung sehr aufschlußreich, da die Produzenten von Horrorfilmen natürlich nur dann Erfolg und volle Kassen erwarten können, wenn es ihnen gelingt, die tatsächlich vorhandenen Ängste und Befürchtungen des Publikums durch eine entsprechend überzogene Darstellung auf der Leinwand schon beim Zuschauen manifest zu machen.

Wenn man zu dem Schluß kommen muß, daß die Berichte der Massenmedien „ein Musterbeispiel an unsachlicher und tendenziös anmutender Berichterstattung" sind und sich das Bild des Geisteskranken in den Medien insgesamt als „wahrhaft inhuman" darstellt (Wieser, 1973, S. 75), so ist kaum anzunehmen, daß das mangelhafte Wissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen durch solche Darbietungen verbessert wird. Es ist im Gegenteil zu befürchten, daß viele der gängigen Stereotypen erst durch die ständige Wiederholung von Horrorgeschichten geprägt werden. Selbst wenn man annimmt, daß die Inhalte der Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken, die gemäßigter und den Stellungnahmen von Experten eher angenähert sind als die überzogenen Bilder der Massenmedien, durch solche Berichterstattung nicht übermäßig beeinflußt werden, so ist doch anzunehmen, daß die zum großen Teil unrealistischen Befürchtungen der Bevölkerung über die von den psychisch Kranken drohende Gefahr durch die Berichte in den Massenmedien ständig gestützt und durch lebhaftes Anschauungsmaterial verdeutlicht werden (Jäckel/Wieser, 1970, S. 54 bis 55).

Es ist zweifelsohne richtig, daß sich in einigen Massenmedien, vor allem in Wochenzeitschriften, im Rundfunk und auch im Fernsehen mitunter informative Beiträge zum Problem der psychischen Erkrankungen finden. Zum einen sind solche Sendungen jedoch wohl außerordentlich selten (vgl. Schneider/Wieser, 1972), zum anderen ist die von diesen Sendungen erreichte Zielgruppe wahrscheinlich recht klein, da solche Informationssendungen vielen Zuhörern und Zuschauern nicht unterhaltsam genug oder als Dokumentationssendung nicht attraktiv genug sind, wie etwa Berichte über Tiere. Man kann sich mithin des Eindrucks nicht erwehren, daß die öffentlich-rechtlichen Rundfunk- und Fernsehanstalten ihrer Informationspflicht auf diesem Gebiet nicht in dem Maße nachkommen, wie man es aufgrund der gesellschaftspolitischen Bedeutung dieses Themenkreises erwarten müßte. So wurde kürzlich in dem aus Gründen von Einsparungsmaßnahmen auf 30 Minuten Sendezeit geschrumpften Gesundheitsmagazin Praxis (ARD, 11. Januar 1975) eine Zuschauerfrage nach der Ursache und den Heilungschancen von Hebephrenie mit einigen wenig informativen Sätzen beantwortet und mit dem lakonischen Satz beendet, daß das größte Problem auf diesem Gebiet der Abbau von Vorurteilen in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken sei. Auf diese Weise und zu einer Sendezeit, zu der ohnhin nur außerordentlich wenige Geräte eingeschaltet sein dürften, ist eine Aufklärung der Bevölkerung wohl kaum zu erreichen. Daß es jedoch in den Fernsehanstalten vereinzelt Bemühungen gibt, die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Krankheiten und Behinderungen intensiver zu betreiben, zeigte die Sendung „Unser Walter", auf die weiter unten noch eingegangen werden soll.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß das Unwissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und psychisch Kranke mit dem Fehlen eines direkten Kontaktes zu diesem Bereich und dem entsprechenden Personenkreis sowie durch das Fehlen der Vermittlung geeigneter Informationen sowohl im primären als auch sekundären Sozialisationsbereich zu erklären ist. Die häufig anzutreffenden Fehlinformationen und Fehleinschätzungen beruhen auf einseitiger und verzerrter Berichterstattung, vor allem in der Tages- und Massenpresse und nicht zuletzt auf sprachlich vermittelten Stereotypen und Attributionsprozessen.

In bezug auf die affektive oder emotionale Komponente von Einstellungen haben die bisherigen Untersuchungen eindeutig ergeben, daß die Bevölkerung im allgemeinen häufig Abneigung, Furcht, Unbehagen und Unsicherheit in bezug auf den Problembereich psychische Krankheit empfindet. Die Gründe dafür sind zum wesentlichen Teil auf die oben geschilderten Ursachen für Unwissenheit und Mißverständnisse in bezug auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Zunächst einmal ist es ein allgemein bekanntes psychologisches Phänomen, daß alles Fremdartige und Unbekannte Furcht erregt, da es eine potentielle, nicht vorausberechenbare Gefahr in sich bergen kann. Da zu dem Fremdartigen und Unbekannten dieser Personengruppe, das in sich schon einen Faktor der Unberechenbarkeit ja eines der Kriterien für die Etikettierung eines Menschen als geisteskrank darstellt, ausgedrückt durch Verhaltensweisen, deren Motive und Ursachen sich nicht mit dem „normalen Menschenverstand" erklären lassen, erscheinen die Emotionen Furcht und Unbehagen und die sich daraus ergebende Abneigung durchaus verständlich. Die aus dieser Unberechenbarkeit resultierenden Probleme der mangelnden Vorhersagbarkeit und der mangelnden Erklärbarkeit der Verhaltensweisen von Geisteskranken werden durch die Tatsache verschärft, daß die üblichen Mechanismen der sozialen Kontrolle durch Sanktionierung im Falle des Verhaltens von Geisteskranken zu versagen scheinen (vgl. Jäckel/Wieser, 1970, S. 76). Solche Ängste und Befürchtungen werden natürlich durch die einseitige Presseberichterstattung, wie oben dargestellt, betont und konkret faßbar gemacht. Hinzu tritt die Möglichkeit, daß in nicht unwesentlichem

Maße das Gefühl der Furcht durch die bedrohliche Darstellung geisteskranker Verbrecher in Filmen und ähnlichen fiktiven Darstellungen konditioniert worden ist und sich mit der Bezeichnung Irrer oder Geisteskranker verbunden hat.

In bezug auf die Verhaltenskomponente der Einstellung gegenüber psychisch Kranken nimmt man im allgemeinen an, daß die Bevölkerung psychisch Kranke meidet, Schwierigkeiten hat, mit solchen Personen zu interagieren, sollte sich einmal die Gelegenheit dazu ergeben, und es möglicherweise versäumt, Hilfe zu leisten. Diese Verhaltensfaktoren äußern sich vor allem, wenn ein aus einer Heilanstalt Entlassener versucht, sich in der Gesellschaft zu reintegrieren, also bei der Suche nach Arbeit, Wohnung und neuen sozialen Beziehungen. Natürlich sind diese Verhaltensfaktoren in erster Linie durch die kognitiven und emotionalen Komponenten der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zu erklären. Hinzu kommt jedoch, daß selbst bei Personen, die relativ positive Einstellungen gegenüber psychisch Kranken haben, häufig aufgrund der fehlenden Erfahrung in der Interaktion mit diesen Personen mangelnde Interaktionskompetenz und dadurch hervorgerufene Unsicherheit besteht. Dieses Phänomen zeigt sich auch sehr deutlich bei der Interaktion von normalen mit behinderten Menschen, da man aufgrund des Andersseins des anderen annimmt, sich auch anders verhalten zu müssen, aber nicht weiß, wie. Durch die geringen Erfahrungen mit solchen Interaktionen und durch das Fehlen realistischer Modelle in der sozialen Umwelt oder in der Mediendarstellung sowie aufgrund fehlender Gruppenstandards oder Normen ergibt sich die fehlende soziale Geschicklichkeit in der Interaktion mit psychisch Kranken, die dann häufig zum Vermeiden jeglicher Interaktion führen und somit auch das Fehlen von Hilfeleistungen erklären kann.

Dies bedeutet, daß aufgrund der erwarteten Schwierigkeiten bei einer Interaktion bei psychisch Kranken auch nach einer Genesung die verhaltensgerichtete Einstellungskomponente ebenfalls negativ, auf Vermeiden des Einstellungsobjekts gerichtet, erscheint.

Abschließend sollen die psychischen Funktionen solcher negativen Einstellungen, deren Komponenten und Ursachen besprochen wurden, kurz erwähnt werden. Die in der Sozialpsychologie weitgehend akzeptierte Theorie der Einstellungsfunktionen von Katz (vgl. McGuire, 1969) postuliert vier Funktionen von Einstellungen: adaptive Funktion, Wissensfunktion, expressive Funktion und Selbstverteidigungsfunktion. Die Annahme einer adaptiven Funktion von Einstellungen beruht darauf, daß man Einstellungen als Anpassungsmechanismen an die soziale Umwelt sehen kann, mit Hilfe derer zum Beispiel die Identifikation mit anderen erreicht werden kann. Die Folge dieser adaptiven Funktion ist es, daß vor allem häufig eine Angleichung der Einstellungen von einander ähnlichen Personen in Untergruppen oder Subkulturen stattfindet. Aufgrund dieser adaptiven Funktion von Einstellungen ist es auch außerordentlich schwierig, die Einstellung eines einzelnen isoliert zu ändern, da seine Einstellung hierdurch in Gegensatz zu den Einstellungen seiner sozialen Umwelt geriete. Es ist somit wichtig bei dem Versuch der Einstellungsveränderung die Einstellungen möglichst großer Gruppen gleichzeitig zu verändern, wobei besonderer Wert darauf gelegt werden muß, die Einstellungen der Meinungsführer zunächst zu beeinflussen. Hierauf wird noch näher einzugehen sein.

Die Wissensfunktion von Einstellungen bezieht sich darauf, daß Einstellungen, wie wissenschaftliche Theorien, immer den Versuch der Erklärung von beobachtbaren Phänomenen beinhalten. Einstellungen, die ja häufig aufgrund der Beziehung oder des Kontaktes mit dem Einstellungsobjekt entstehen, stellen somit Theorien darüber dar, wie das Einstellungsobjekt zu erklären ist, wie es zu bewerten ist und wie man sich ihm gegenüber zu verhalten hat. Natürlich sind Einstellungen in diesem Sinne sehr simplifizierte Theorien für komplexe soziale Zusammenhänge, die jedoch gerade durch diese Simplifizierung eine relativ rasche Strukturierung und Einordnung neuer Informationen und somit die Fähigkeit, Stabilität in einer sich ständig verändernden Welt zu bewahren, gewährleisten. Aufgrund der Bedeutung dieser Stabilisierung, die durch die Simplifizierung der wahren Zusammenhänge durch Einstellungen erreicht wird, entsteht auch die häufig anzutreffende Intensivität der Einstellungen gegenüber neuen Informationen, die eigentlich eine Einstellungsänderung mit sich bringen müßten. Da Einstellungen ohnehin relativ grobe Raster darstellen, reichen wenige und nicht besonders eindrucksvolle Invalidierungen der Grundannahmen, auf der eine Einstellung beruht, nicht aus, um diese Einstellungen zu verändern. Dies wird erst dann der Fall sein, wenn sich die auf den Einstellungen basierenden Verhaltensentscheidungen als dysfunktional für die Anpassung an die Umwelt herausstellen, dann nämlich, wenn sie die soziale Realität über längere Zeiträume hinweg falsch widerspiegeln.

Die expressive Funktion oder Ausdrucksfunktion der Einstellungen bezieht sich auf die Tatsache, daß Einstellungen häufig dazu dienen, die Verhaltensweisen des einzelnen sozusagen im nachhinein zu rechtfertigen. Ein großer Teil der neueren sozialpsychologischen Theorien über Einstellungsänderungen beruht auf der Annahme, daß Einstellungen verhaltensunterstützende Wirkung haben, daß also Einstellungsänderungen erreicht werden können, indem man zuvor mit Hilfe subtiler Einflußnahme Änderung von Verhaltensweisen erzwingt. Mit Hilfe dieser Rechtfertigungsfunktion der Einstellungen erreicht der einzelne eine Selbstdefinition im Sinne von Erklärungsmöglichkeiten für die eigenen Verhaltensweisen.

Die letzte Einstellungsfunktion, die Selbstverteidigungsfunktion, beruht darauf, daß Einstellungen häufig in erster Linie nicht eine Beziehung zum Einstellungsobjekt ausdrücken, sondern es dem Individuum erlauben, im Sinne intrapsychischer Konfliktbewältigung innere Harmonie zu bewahren, indem beispielsweise Aggressionen auf Außengrup-

pen abgelenkt werden, gesellschaftlich akzeptable Wünsche und Vorstellungen für tabuisierte substituiert werden und ähnliches mehr.

Während manche Einstellungen nur eine dieser Funktionen erfüllen, wird von Vorurteilen angenommen, daß auf sie alle geschilderten Funktionen zutreffen (McGuire, 1969). Dies macht verständlich, warum der Abbau von Vorurteilen mit Hilfe von Einstellungsveränderungsversuchen solch große Schwierigkeiten bereitet.

Häufig, wie in dem oben geschilderten Beispiel von Cumming und Cumming (1957), berücksichtigt man die Funktionen der Einstellung, die man zu verändern sucht, nicht, und erreicht dann oft eine Verfestigung dieser Attitüden anstatt einer Veränderung. In bezug auf die Einstellung gegenüber psychisch Kranken ist anzunehmen, daß die adaptive Funktion dadurch erfüllt wird, daß man sich mit der großen Mehrzahl der Mitmenschen in der Beurteilung von Phänomenen der „Verrücktheit" oder des Wahnsinns einig weiß. Ein Mechanismus, mit Hilfe dessen man diese grundlegende Übereinstimmung der Einstellungen gegenüber diesem Bereich demonstrieren kann, ist der Irrenwitz, der es erlaubt, auf immer neue Weise das verbindende Element des Überlegenheitsgefühls gegenüber „den Irren" herauszustellen. Um die, die gegenwärtigen Einstellungen stützende Anpassungsfunktion zu umgehen oder für das Ziel der Einstellungsänderung einsetzen zu können, ist es somit erforderlich, dem einzelnen das Gefühl zu geben, daß sich die Einstellung der Gesellschaft um ihn herum wandelt, so daß eine Anpassung im Sinne einer positiveren Einstellung erforderlich wird. Eine wesentliche Rolle spielt hierbei die Behandlung des psychisch Kranken durch die entsprechenden Institutionen der Gesellschaft, da dies eine der Informationsquellen des einzelnen über die Bewertung dieser Personengruppen in der Gesellschaft, also eine Widerspiegelung der allgemeinen Attitüden, darstellt.

Bei der Wissensfunktion der Einstellung gegenüber psychisch Kranken muß gegenwärtig davon ausgegangen werden, daß die Informationen, die der Bürger über die Verhaltensweisen psychisch Kranker erhält (in erster Linie durch Berichterstattung in der Tagespresse) durch seine Einstellungen erklärt werden müssen, um das Gefühl, daß die eigenen Einstellungen eine Strukturierung und ein Verständnis der wahrgenommenen Informationen erlauben, zu bewahren. Diese Wissensfunktion der Einstellungen wird mithin solange keine Änderung erlauben, wie sich die Informationen über die Verhaltensweisen psychisch Kranker nicht ändern. Mit anderen Worten, man kann nicht erwarten, daß sich positive Einstellungen aufgrund von Aufklärungsmaßnahmen entwickeln können, deren Aufgabe es dann wäre, nach wie vor negative und furchterregende Berichte in den Medien verstehen und einordnen zu können. Erst wenn neue Informationen über psychisch Kranke und ihre Verhaltensweisen vorliegen, erscheint es aufgrund der Wissensfunktionen der Einstellungen möglich, positivere, diesen neuen Informationen angepaßte, Einstellungen entwickeln zu können.

Die expressive oder Selbstausdrucksfunktion von Einstellungen hat besonderes bei dem Versuch der Einstellungsänderung gegenüber psychisch Kranken potentiell außerordentlich große Bedeutung. Da anzunehmen ist, daß trotz negativer Einstellungen ein gewisses Schuldgefühl und Mitleid gegenüber dem Schicksal dieser Bevölkerungsgruppe vorliegt, würde ein durch eine Aufklärungskampagne erhöhtes Pflichtgefühl zur Hilfeleistung bei gleichzeitig bestehender Abneigung und mangelnder Möglichkeiten zur Hilfe u. U. eine Verstärkung der negativen Einstellungen mit sich bringen können, um das eigene Verhalten, also das Unterlassen von Hilfeleistungen und die weitgehende Abkapselung, zu rechtfertigen. Bei dem Versuch einer Einstellungsänderung sollte somit auch die Möglichkeit geprüft werden, Vorschläge für mögliche Verhaltensweisen anzubieten, die durch die veränderten Einstellungen eine Rechtfertigung erfahren könnten.

Bei der Selbst- oder Ichverteidigungsfunktion von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ist der Faktor der Abgrenzung des Selbst von solchen Personengruppen nicht zu unterschätzen. Je mehr es mir meine Einstellungen erlauben, die Gruppe der psychisch Kranken als abnorme Außenseiter zu sehen, desto unwahrscheinlicher wird die Annahme, daß man selbst oder ein Angehöriger der eigenen Familie von einer solchen Krankheit bedroht sein könnte. Wie die Untersuchung von Cumming und Cumming (1957) gezeigt hat, kann der Versuch einer Verharmlosung des Unterschiedes zwischen Normalen und psychisch Kranken ebenfalls zu einer Verhärtung negativer Einstellungen führen, da hier die schützende Schranke durchbrochen wurde, ohne andere Möglichkeiten der Ichverteidigung im Hinblick auf die Möglichkeit eigener Erkrankung bereitzustellen.

Die Schlußfolgerungen für einen Versuch, Einstellungen gegenüber psychisch Kranken aufgrund dieser theoretischen Analyse ihrer psychischen Funktionen zu verändern, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Einstellungsänderungen werden nur dann eintreten, wenn der einzelne das Gefühl hat, sich veränderten Gegebenheiten bei der Einschätzung und Behandlung von psychisch Kranken in der Gesellschaft und einem insgesamt positiveren Einstellungsklima, vor allem bei den Meinungsführern, anpassen zu müssen.
2. Veränderte Einstellungen gegenüber psychisch Kranken müssen es dem einzelnen ermöglichen, die ihm bekanntwerdenden Informationen über psychisch Kranke und ihre Verhaltensweisen einordnen und erklären zu können, d. h. die einstellungsbezogenen Annahmen und Bewertungen müssen Ursachen und Motive der Verhaltensweisen von psychisch Kranken und der mit ihrer Betreuung beauftragten Personen verständlich erscheinen lassen. Hier ist insbesondere darauf zu achten, daß die zu verarbeitenden Informationen nicht so einseitig negativ und verzerrt dargestellt werden wie gegenwärtig in der Massenpresse, um den Erfolg einer Einstellungsveränderung nicht zunichte zu machen.

3. Veränderte Einstellungen des einzelnen müssen mit seinen Verhaltensweisen konsistent sein. Bei dem Versuch, Einstellungen zu verändern, sollten somit Möglichkeiten für entsprechende praktikable Verhaltensänderungen aufgezeigt werden. Es ist zu prüfen, ob es nicht leichter ist, Verhaltensänderungen mit Hilfe verschiedener Strategien herbeizuführen und indirekt Einstellungsänderungen zur Rechtfertigung der neuen Verhaltensweisen zu erreichen.
4. Durch den Versuch der Einstellungsänderung darf keine Bedrohnung des intrapsychischen Gleichgewichts oder eine Verstärkung z. T. unbewußter Ängste und Befürchtungen herbeigeführt werden. Sollte diese Gefahr bestehen, sollte die Möglichkeit der Bereitstellung alternativer Ichverteidigungsmechanismen erwogen werden, um eine Verhärtung der ursprünglichen Einstellungen zu vermeiden.

Diese kurze Übersicht sollte zeigen, wie komplex die Ursachen und Funktionen der Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten sind. Dabei sollte besonders herausgestellt werden, daß blinde Aufklärungskampagnen im Stil von Werbefeldzügen in Anbetracht der Komplexität der psychologischen Hintergrundsfaktoren eher schaden als nützen können. Der Versuch einer isolierten Veränderung interpersonaler Einstellungen gegenüber einer gesellschaftlichen Randgruppe ohne eine *gleichzeitig* erfolgende oder zumindest in Ansätzen sichtbare Veränderung des gesellschaftlichen Stellenwerts, der Lebensbedingungen und der Wertschätzung dieser Gruppe, sowie der Informationsverbreitung über sie in den Massenmedien ist m. E. von vorneherein zum Scheitern verurteilt. Es ist zu hoffen, daß diese Diskussion gezeigt hat, in welchem Maße Einstellungen die Anpassung des Individuums an seine soziale Umwelt zur Aufgabe haben. Es ist daher nicht verwunderlich, daß Einstellungen sehr stark auf Veränderungen der sozialen Umwelt reagieren, um diese Anpassungsfunktion gewährleisten zu können. Überspitzt könnte man sagen, daß jede Gesellschaft die Einstellungen produziert, die sie verdient.

Darüber hinaus sollte deutlich werden, daß man nicht abstrakt von Vorurteilsabbau, Stereotypenbeseitigung und Verbesserung negativer Einstellungen sprechen kann, sondern verschiedene Aspekte der Einstellungskomponenten und ihre Ursachen in Betracht ziehen muß — wie etwa die Informationen über psychische Erkrankungen, die Bedeutung sprachlicher Phänomene bei der Differenzierung und Bezeichnung von Symptomen und Krankheitstypen, kognitive Aspekte der Motivsuche und Ursachenattributionen für abweichendes Verhalten, die emotionalen Reaktionen auf Fremdartigkeit und Unberechenbarkeit und die hierdurch, wie auch durch mangelnde Interaktionskompetenz zu erklärenden, auf Meidung dieser Personengruppe gerichteten Verhaltensdispositionen. Bei dem Versuch der Einstellungsänderung müssen somit geeignete Mittel gefunden werden, um alle diese Faktoren in entsprechender Weise zu beeinflussen. Es reicht nicht aus, wie bei der Waschmittelwerbung Bekanntheitsgrad und Sympathiewirkung zu steigern. Eine der wichtigsten Aufgaben ist daher die Formulierung eines detaillierten Zielkatalogs in bezug auf die gesellschaftspolitisch wünschenswerten Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten und der Berücksichtigung der verschiedenen Einstellungskomponenten und ihrer Interrelationen.

3. Allgemeine Ziele von Aufklärungsmaßnahmen und spezifische Zielgruppen

In diesem Abschnitt sollen, bevor konkrete Maßnahmen zur Einstellungsveränderung besprochen werden, einige allgemeine Ziele, die in bezug auf die Einstellung und Verhaltensdisposition der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten sozial- und gesellschaftspolitisch wünschenswert erscheinen, zusammengestellt werden. Ein solcher Zielkatalog in bezug auf Bevölkerungsreaktionen müßte, wie mehrfach erwähnt, durch ähnliche Zielkataloge in bezug auf die Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und ihrer Versorgung, Änderungen in der Berichterstattung der Massenpresse u. ä. m. ergänzt werden. Vorschläge in dieser Beziehung, vor allem von seiten der Sozialpsychiatrie, liegen bereits seit längerer Zeit vor, so daß man sich hier auf die im Hinblick auf die Reaktion der Bevölkerung anzustrebenden Ziele beschränken kann. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit kann man folgende Ziele von Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen aufstellen:

1. Kenntnis der wesentlichen Typen psychischer Erkrankungen und adäquater sprachlicher Bezeichnungen hierfür (Voraussetzung dafür ist natürlich, daß man sich zunächst in der Psychiatrie, in der Psychologie und im Gesundheitswesen auf eine eindeutige Terminologie festlegt). Wissen um die Problematik umgangssprachlicher Bezeichnungen und deren Konnotationen.
2. Kenntnis der wesentlichsten Symptome der wichtigsten psychischen Erkrankungen und Behinderungsformen, vor allem in bezug auf die Störung des sozialen Verhaltens und der Sanktionierbarkeit abweichenden Verhaltens, um entsprechende Verhaltensweisen besser verstehen und voraussagen zu können. Verständnis für die empirischen und rechtlichen Aspekte des Zusammenhanges zwischen psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und Kriminalität.
3. Einsicht in die möglichen Ursachen psychischer Erkrankungen, einmal durch Abbau hartnäckiger Falschinformationen (mit teilweise abergläubischem Charakter — z. B. Folgen der Onanie!), zum anderen Betonung der Multikausalität vieler Erkrankungen und der wichtigen Rolle sozio-emotionaler Ursachen. Aufzeigen und Objektivierung eigener Ängste über die Möglichkeit psychischer Erkrankung, Aufklärung über die Beziehungen zwischen Nervenleiden und psychischen Erkrankungen, Wissen um mögliche Vorbeugemaßnahmen.

4. Kenntnis der wesentlichen Behandlungsmethoden und Entmythologisierung des „Seelendoktors" (nicht zuletzt um auch eine positivere, sachlichere Einstellung zur Psychiatrie und den Psychiatern zu erreichen) und der Forschungsvorhaben in diesem Bereich (wie es in der somatischen Medizin, z. B. bei der Krebsforschung, teilweise ja schon der Fall ist). Weitergehende Informationen über die Zustände in psychiatrischen Krankenhäusern und Unterschiede in verschiedenen Versorgungsinstitutionen, ambulanter Behandlung, etc., Wissen um das Sozialverhalten von Patienten (z. B. Gruppentherapie, etc.). Realistischere Einschätzung von Erfolgs- und Rückfallquoten, Wissen um die Voraussetzungen eines langfristigen Heilerfolges.

5. Besseres Verständnis der Bedeutung der gesellschaftlichen Reintegration und der dieser entgegenstehenden Schwierigkeiten wie Stigma der Institutionalisierung, Schwierigkeiten bei Arbeits- und Wohnungsbeschaffung, Probleme in interpersonalen Beziehungen.

6. Einsicht in die eigenen emotionalen Reaktionen gegenüber Behinderten aller Art und Randgruppen im allgemeinen und der Ursachen hierfür (Fremdartigkeit, Unberechenbarkeit, etc.), Beseitigung unbewußter Schuldgefühle, die zu Ichverteidigungsreaktionen führen könnten.

7. Resistenz gegen den Einfluß von Medienstereotypen, Einsicht in den Prozeß der Berichterstattung und der Aufmachung von Nachrichten in der Massenpresse, Verdeutlichung der Attributionsprozesse, die aus einseitiger Nachrichtenvermittlung resultieren.

8. Familiarität mit Verhaltensweisen und Aussehen von Behinderten und dadurch Desensitivierung der emotionalen Reaktion. Wecken von Mitleid und Sympathie durch Betonung des Leidens und der menschlichen Schicksale.

9. Erhöhen der Interaktionskompetenz mit Behinderten durch Verminderung der Angst, etwas Falsches zu tun oder verletztend zu wirken.

10. Internalisierung sozialer Normen der Verantwortlichkeit und der Hilfsbereitschaft gegenüber behinderten Mitbürgern.

11. Bewußtheit über die Möglichkeiten, durch Änderung des eigenen Verhaltens zu helfen oder Verbesserungen zu erreichen (oder zumindest keine zusätzlichen Probleme zu schaffen, wie z. B. bei dem Protest gegen Heime und Behandlungsstätten). Verständnis für und Unterstützung der erforderlichen politischen Maßnahmen, evtl. Beeinflussung der politischen Entscheidungsträger.

Zusammenfassend kann man mithin sagen, daß durch Aufklärungsmaßnahmen in erster Linie bessere sachliche Informationen über Arten, Symptome, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten, neutrale emotionale Reaktionen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten und eine Betonung der sozialen Verantwortlichkeit und der Normen der Hilfsbereitschaft erreicht werden sollten. Wenn auch, wie eingangs argumentiert wurde, einer groß angelegten Aufklärungskampagne einer Untersuchung der empirisch aufweisbaren Einstellungen der Bevölkerung vorausgehen sollte, so kann man jedoch davon ausgehen, daß die hier skizzierten Ziele in jedem Falle erstrebenswert und wohl bislang auch nur sehr geringfügig erreicht sind.

Man sollte sich jedoch vor der Fiktion hüten, daß es möglich sei, mit Hilfe einer Serie von Aufklärungs- und Informationskampagnen in den Massenmedien kurzfristig eine tiefgreifende Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung in Richtung auf diese Ziele hin erreichen zu können. Wie unten noch ausführlich darzustellen sein wird, haben die bisherigen Erfahrungen mit sozialen Einflußversuchen über die Massenmedien nur außerordentlich selten den angestrebten Erfolg gezeitigt, und es hat sich immer wieder gezeigt, daß im Laborversuch durchaus erfolgreiche sozialpsychologische Mechanismen der Einstellungsveränderung in realistischen Felduntersuchungen wenig oder gar keine Wirkung hatten (Mc Guire, 1969; Weiss, 1969). Besonders deutlich wird dies im Falle der Wahlpropaganda, wo in Anbetracht der erheblichen Mittel, die hier aufgewendet werden, außer der Beeinflussung unentschiedener oder gleichgültiger Wähler, nur selten festgefügte Einstellungen verändert werden können (Sears, 1969).

Es ist daher zu erwägen, ob nicht statt einer breit gezielten Aufklärungskampagne für die Bevölkerung insgesamt, auf einzelne, besonders relevante Zielgruppen zugeschnittene Methoden der Einstellungs- und Verhaltensänderung eingesetzt werden sollten. Obwohl eine langfristige Verbesserung der Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten zur Verbesserung der Lage dieses Personenkreises wesentlich beitragen könnte, erscheinen Einstellungsänderungen bei gesellschaftlichen Gruppen, die mittelbar oder unmittelbar mit der Betreuung der Behinderten befaßt sind, kurzfristig wesentlich bedeutsamer als auch praktikabler. Im folgenden sollen einige konkrete Zielgruppen für solche Maßnahmen aufgeführt werden.

Besonders wichtig erscheinen solche Maßnahmen für die Gruppe des psychiatrischen Pflegepersonals, also der Schwestern, Pfleger und Helfer, die mit den psychisch Kranken und Behinderten in Institutionen für stationäre und ambulante Behandlung unmittelbar zusammentreffen, und deren Interaktion mit den Patienten wohl den größten Teil der Beziehungen dieser Personengruppe mit der Außenwelt ausmachen. Während es in den USA bereits eine sehr große Zahl von Untersuchungen der empirischen Einstellungen des Pflegepersonals zu den Patienten gibt, sind ähnliche Informationen für die Bundesrepublik Deutschland nur vereinzelt zu finden (De Carozzo, 1971). Die amerikanischen Untersuchungen, in denen bereits seit langem standardisierte Einstellungsmeßinstrumente verwandt werden

(vgl. Rabkin, 1972), zeigen, daß verschiedene Berufs- und Ausbildungsgruppen deutliche Unterschiede in ihren Einstellungen gegenüber den Patienten zeigen und daß Alter und Ausbildungsstand ebenfalls in Beziehung zu den Einstellungen des Personals stehen. Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die in vielen amerikanischen Untersuchungen getroffene Unterscheidung zwischen einer in erster Linie auf Rehabilitation und gesellschaftliche Reintegration gerichtete, humanitäre Einstellung („humanitarianism") und einer vorwiegend auf Aufbewahrung und Verschluß der Patienten gerichteten Einstellung („custodialism"). Viele dieser Befunde beziehen sich über die engere Gruppe des Pflegepersonals auch auf die Gruppe der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, etc., der „mental health workers" im allgemeinen. Wie auch die deutschen Untersuchungen gezeigt haben (Jaeckel/Wieser, 1970), ist auch die Einstellung der Experten der ihnen anvertrauten Gruppe gegenüber durchaus nicht immer positiv. Es erscheint somit von besonderer Bedeutung, zunächst einmal im Bereich der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten selbst, Einstellungsveränderungen bei den verschiedenen Gruppen der für die Betreuung und Behandlung zuständigen Personenkreise zu erzielen.

Dies muß in gleicher Weise auch für die in den Gesundheits- und Sozialverwaltungen tätigen öffentlichen Bediensteten gelten, in deren Tätigkeitsbereich Entscheidungen und Maßnahmen, die Behinderte betreffen, fallen. Auch hier existieren gegenwärtig für die Situation in der Bundesrepublik keinerlei empirische Anhaltspunkte. Unsystematische Beobachtungen und Erfahrungen, die im Verlauf einer Vorstudie des Gutachters und seiner Forschungsgruppe über Interaktionen von Bürgern und Beamten im sozialen Infrastrukturbereich im Rahmen eines Schwerpunktforschungsprogramms des Bundesministeriums für Forschung und Technologie gemacht wurden, deuten jedoch darauf hin, daß die Einstellungen und Informationen über die sog. „Nerven- und Gemütskranken" in diesem Bereich nicht sehr viel positiver sind als die der Bevölkerung insgesamt (vgl. auch Stumme, 1972), so daß auch hier systematische Einstellungsveränderungsmaßnahmen dringend geboten erscheinen. Maßnahmen dieser Art sollten jedoch nicht auf den unteren Verwaltungsbereich, etwa auf Gesundheitsämter und Sozialarbeiter beschränkt bleiben, sondern sich auch auf die Entscheidungsträger in der Sozialverwaltung, etwa die Träger der psychiatrischen Landeskrankenhäuser, die Ministerialbürokratie in den Sozialministerien, aber auch auf die Politiker in den Parlamenten erstrecken. Es ist anzunehmen, daß die Lage der psychisch Kranken und Behinderten in unserer Gesellschaft durch Einwirkung politischer Entscheidungen, die auf dieser Ebene getroffen werden, am schnellsten und nachhaltigsten beeinflußt werden können (vgl. Stumme, 1972).

Schließlich sind auch die Personenkreise, die außerhalb des öffentlichen Gesundheits- und Sozialverwaltungswesens in unmittelbarem Kontakt mit psychisch kranken und behinderten Menschen stehen, in die Reihe konkreter Einstellungsveränderungsmaßnahmen einzubeziehen. Eine besonders wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Einstellungen der Verwandten von psychisch Kranken und Behinderten, da anzunehmen ist, daß den aus solchen Einstellungen resultierenden Verhaltensweisen dieser Personen gegenüber dem Behinderten in einem intimen sozialen Kontext besondere Bedeutung für die Ausbildung und Verlaufsform seiner Krankheit, die Heilungschancen und die Reintegration in die alten sozialen Netzwerke zukommen. In Anbetracht dieser bedeutsamen Rolle der Einstellungen und Verwandten und Bekannten ist die außerordentlich geringe Zahl einschlägiger Arbeiten auf diesem Gebiet recht erstaunlich (Rabkin, 1972). Vor allem finden sich in der Literatur kaum Berichte über Versuche, die Einstellungen von Verwandten im Hinblick auf einen besseren und dauerhaften Heilerfolg zu beeinflussen.

Eine weitere Zielgruppe für Einstellungsveränderungsmaßnahmen, die sehr gezielt in Richtung auf konkrete Ziele bei der Reintegration von psychisch Kranken und Behinderten beeinflußt werden könnte, sind potentielle Arbeitgeber für Personen, die aus Heil- und Pflegeanstalten entlassen werden. Vor allem in Zeiten von Konjunkturschwächen und hohen Arbeitslosenzahlen sollten besondere Bemühungen darauf gerichtet werden, die Arbeitgeber davon zu überzeugen, daß Arbeitnehmer mit einer „klinischen Vergangenheit" nicht zuerst entlassen oder gar nicht erst eingestellt werden sollten. In diesem Zusammenhang sind besonders sorgfältige Informationen über die Symptome verschiedener Krankheits- und Behinderungsarten, der dadurch bedingten Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, der Behandlungserfolge und der Bedeutung einer erfolgreichen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß anzustreben.

Bislang wurden besonders Zielgruppen aufgeführt, bei denen Einstellungsveränderungen aufgrund ihrer unmittelbaren Beziehungen zu psychisch Kranken und Behinderten besonders bedeutsam erscheinen. Aber auch für relativ unbeteiligte Personengruppen lassen sich Kriterien angeben, die sie für eine vorrangige Behandlung im Verhältnis zur Bevölkerung insgesamt qualifizieren. Hier ist besonders die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, vor allem die Schüler in den verschiedenen Schultypen zu nennen. Angesichts der Tatsache, daß ein wesentlicher Teil der sozialen Einstellungen im primären Sozialisationsprozeß, vor allem auch in der Schulzeit und mit Hilfe von in der Schule vermittelten Informationen erworben wird, sollte man keine Zeit verlieren, im Hinblick auf die Gestaltung von Unterrichtsrichtlinien, etwa in den Fächern Sozial- und Gesellschaftskunde, aber auch für Biologie und Psychologie, Maßnahmen in Richtung auf die oben angeführten Ziele zu ergreifen. Auch den Gruppen der „Vermittler" einschlägiger Informationen, wie Lehrer, Pfarrer, Journalisten, Redakteure, etc. ist besondere Aufmerksamkeit bei Einstellungsänderungsmaßnahmen zu widmen.

4. Empirische Untersuchungen über die Erfolge von Aufklärungskampagnen

In Anbetracht der von der Sozialpsychiatrie bereits seit vielen Jahren vorgebrachten Forderung nach einer weitgehenderen Aufklärung der Bevölkerung über Symptome und Ursachen psychischer Krankheiten und möglicher Heilungschancen, würde man eine recht große Anzahl von empirischen Evaluationsuntersuchungen über die Erfolge solcher Aufklärungskampagnen, die vor allem in den USA unter der Bezeichnung „mental health education" unternommen worden sind, erwarten. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Selbst eine gründliche Durchsicht der relevanten Literatur fördert nur außerordentlich wenige empirische Untersuchungen über Aufbau, Anwendung und Erfolge von Maßnahmen für die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Krankheiten und zum Vorurteilsabbau zu Tage.

Seit der ersten umfassenden Untersuchung dieser Art im Jahre 1951 in Kanada (Cumming und Cumming, 1957) hat es keinen ähnlichen Versuch gegeben, die Auswirkungen von Informationskampagnen mit Hilfe experimenteller Techniken im Feld, d. h. in einer größeren Bevölkerungsgruppe, wie einer Gemeinde, und nicht im Labor, zu untersuchen. Die Cummings hatten ihre Studie als Feldexperiment in „mental health education" in zwei Kleinstädten in Kanada mit ca. 1 500 Einwohnern konzipiert, wobei die Bevölkerung in einer der kleinen Städte einer mit Hilfe der Massenmedien durchgeführten intensiven Informationskampagne (unter Verwendung von Aufklärungsfilmen und Gruppendiskussionen) ausgesetzt wurde, während die Bewohner der zweiten Stadt als Kontrollgruppe dienen sollten und keinerlei Informationen erhielten. Die Aufklärungsmaßnahme, die sich über einen Zeitraum von 6 Monaten erstreckte, sollte positivere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten herbeiführen, wobei vor allem zwei Dimensionen beeinflußt werden sollten: Die soziale Distanz gegenüber und die soziale Verantwortung für die psychisch Kranken in der Bevölkerung.

In den Filmen und Gruppendiskussionen wurde versucht, die Bevölkerung davon zu überzeugen, daß erstens die Variationsbreite normalen Verhaltens breiter ist als meist angenommen, zweitens, daß abweichendes Verhalten nicht zufällig ist, sondern analysierbar und modifizierbar ist und drittens, daß sowohl normale als auch anomale Verhaltensweisen auf einem Kontinuum angesiedelt und nicht qualitativ unterschiedlich sind. Die Einstellungen der Bevölkerung in den Kleinstädten wurden vor und nach der Aufklärungskampagne mit Fragebögen zu ihren Einstellungen über psychisch Kranke befragt, wobei die beiden Dimensionen der sozialen Distanz und der sozialen Verantwortung mit Hilfe von Guttmann-Skalen gemessen wurden. Die Ergebnisse zeigten, daß die Informationskampagne keinerlei Erfolg in Richtung auf Erzeugung einer positiven Einstellung hatte, sondern im Gegenteil, zu einer negativen Reaktion der Bevölkerung und einer Ablehnung der Kampagne führte.

Die Untersuchung ist häufig dahingehend interpretiert worden, daß die Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken in einem ausgedehnten Wertsystem verankert ist, so daß es fast unmöglich erscheint, eine einzelne Einstellung getrennt von diesem Wertesystem zu verändern. Ein Versuch in dieser Richtung, in dem wie in der Studie der Cummings zusätzlich die bedrohliche Möglichkeit aufgewiesen wird, daß das eigene Verhalten von dem psychisch Kranker gar nicht so weit entfernt sei, führt daher notwendigerweise zu dem oben bereits angeführten Bumerang-Effekt. Obwohl man methodische Schwierigkeiten dieser frühen Untersuchung (so wurden nur zwischen 50 bis 60 % der Bevölkerung in der „experimentellen" Kleinstadt befragt, wobei keine Informationen über die Charakteristika der Nicht-Befragten existieren) in neueren Untersuchungen mit modernen Sozialforschungstechniken durchaus vermeiden könnte, hat es bislang keine vergleichbare Feldsstudie gegeben, die versucht hätte, die Erfolge einer Aufklärungskampagne dieser Art zu untersuchen.

Eine ausführliche Literatursuche, zum Teil mit computergestützten Suchverfahren in den USA und in der BRD, in dieser Richtung war ohne Ergebnis. Gespräche mit Vertretern des Advertising Council in den USA und Anfragen an die Dokumentationsstelle des National Institute of Mental Health haben ebenfalls keinerlei Anhaltspunkte auf Feldexperimente dieser Art oder zumindest Versuche der sozialwissenschaftlichen Evaluation von Aufklärungskampagnen in diesem Bereich ergeben. In einschlägigen Fachzeitschriften finden sich lediglich einige wenige qualitative Schilderungen von Fernseh-Talkshows, in denen Probleme der Psychohygiene in gemeinverständlicher Sprache diskutiert werden, wobei Anrufe des Publikums möglich sind (vgl. Bohleber und Kenner, 1972).

Die mitunter anzutreffende Annahme, daß die in einigen neueren Meinungsumfragen im Verhältnis zu früheren Studien positiver erscheinenden Einstellungen der Bevölkerung auf die Erfolge von Aufklärungskampagnen der starken Mental-Health-Bewegung zurückzuführen seien (vgl. Reiman, 1969), ist sicher nicht als Nachweis des Erfolges solcher Kampagnen anzusehen. Einmal wird von verschiedenen Autoren darauf hingewiesen, daß aufgrund einer merkwürdigerweise auf den Nachweis negativer Einstellungen der Bevölkerung gerichtete Mentalität vieler Forscher in der Psychiatrie wie auch bei Vertretern der Gesundheitsbehörden, frühe Ergebnisse, in denen ebenfalls relativ positive Einstellungen berichtet wurden, nicht zur Kenntnis genommen wurden (Crocetti, Spiro, Siassi, 1974). Zum anderen erscheint es durchaus fragwürdig, selbst wenn solche positiven Veränderungen eingetreten sein sollten, diese im Laufe mehrerer Jahre oder gar Jahrzehnte aufgetretenen Einstellungsveränderungen auf konkrete Informationskampagnen, die nur vereinzelt und sporadisch durchgeführt wurden, zurückführen zu wollen und die große Zahl anderer historischer und gesellschaftlicher Faktoren zu vernachlässigen. Es existiert somit keine methodisch einwandfreie Untersuchung, in der die Auswirkungen einer mit Hilfe der Massenmedien be-

triebenen Informationskampagne auf die Einstellungen der Bevölkerung zu psychisch Kranken untersucht worden sind, so daß ein Nachweis des Erfolges solcher Aufklärungskampagnen eine den Anforderungen der modernen Feldforschung entsprechend konzipierten Studie erforderlich macht. Dies ist um so mehr erforderlich, als es auch in anderen Bereichen der Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen, z. B. bei dem Versuch des Abbaus von Vorurteilen gegenüber rassischen oder ethnischen Minoritäten, keine verbindlichen empirischen Daten über die Erfolge von Aufklärungs- oder Beeinflussungskampagnen gibt (McGuire, 1969; Weiss, 1969).

Wenn auch die Möglichkeiten zur Veränderung der Einstellung der Bevölkerung bislang nicht empirisch untersucht worden sind, so gibt es jedoch eine relativ große Zahl von Untersuchungen, in denen Versuche zur Veränderung von Einstellungen von Studenten oder von spezifischen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich, vor allem im psychiatrischen Bereich, untersucht wurden. Diese Untersuchungen lassen sich nach Art der verwandten Einflußmethode aufteilen, wobei unterschieden werden kann zwischen Untersuchungen, in denen lediglich Information vermittelt wurde, solchen, in denen Kontakt oder persönliche Erfahrungen mit der Gruppe der psychisch Kranken oder Behinderten geschaffen wurde, und solchen, in denen sowohl Information als auch Kontakt vorlag. Die Ergebnisse dieser Studien sind in zusammenfassenden Arbeiten von Rabkin (1972) und Anthony (1972) ausführlich dargestellt worden. Nach einem systematischen Überblick über die vorhandene Literatur kommen beide Autoren zu dem gleichen Schluß: Weder Information noch Kontakt allein können Einstellungsänderungen herbeiführen, nur eine Verbindung von Aufklärung durch Informationsvermittlung und emotionaler Erfahrung durch persönlichen Kontakt mit psychisch Kranken und psychisch und körperlich Behinderten kann positive Einstellungsveränderungen erzielen.

Rabkin (1972): „Zusammengefaßt kann man sagen, daß Einstellungsveränderungen gegenüber psychischen Krankheiten sich für mehrere Bevölkerungsgruppen einschließlich Krankenschwesternschüler, Krankenpfleger und anderer Berufsgruppen im Gesundheitsbereich als erfolgreich und möglich herausgestellt haben. Der kritische Faktor in solchen Versuchen scheint eine Interaktion zwischen persönlicher Konfrontation mit dem psychiatrischen Krankenhaus und dem Patienten und einem ergänzenden Informationsprogramm zu sein. In den hier dargestellten Untersuchungen führte direkter Kontakt mit den Patienten im allgemeinen zu toleranteren und verständnisvolleren Einstellungen gegenüber psychischen Krankheiten, wenn gleichzeitig bestimmte Arten formeller Ausbildung und Information bereitgestellt werden" (S. 166, Übers. d. Verf.).

Anthony (1972): „Die Einstellungen normaler Personen gegenüber behinderten Personen können dadurch positiv verändert werden, daß man nichtbehinderte Personen einer Erfahrung aussetzt, die sowohl Kontakt mit den behinderten Personen als auch Informationen über die Behinderung enthält. Keine dieser Bedingungen ist allein fähig, signifikante und andauernde positive Auswirkungen auf die Einstellungen gegenüber behinderten Personen auszuüben. Es scheint, daß ohne Informationsvermittlung persönlicher Kontakt nur einen sehr begrenzten positiven Effekt hat oder negative Einstellungen sogar verstärken kann. Information allein ohne Kontakt erhöht zwar das Wissen über die Behinderung, scheint aber nur wenig oder gar keinen Effekt auf die Einstellungen zu haben" (Übers. d. Verf., S. 123).

Anthony weist darauf hin, daß die Übereinstimmung der verschiedenen Untersuchungsbefunde um so bedeutsamer ist, wenn man bedenkt, daß der Literaturüberblick die Einstellungen gegenüber drei verschiedenen Gruppen von Behinderten (körperlich Behinderten, psychisch Behinderten und psychisch Kranken) und eine Vielzahl verschiedener Einstellungsmaße umfaßte. Hinzu kommt, daß die spezifische Form der persönlichen Kontakte in jeder Untersuchung anders aussah; bei einigen gab es kurze intensive Kontakte, bei anderen längerfristige Mitarbeit in einem Krankenhaus im Rahmen von freiwilligen Programmen. Dennoch sind diese Ergebnisse, die zum größten Teil mit Studenten oder allgemein in der Ausbildung befindlichen Personen durchgeführt wurden, solange als vorläufig zu betrachten, bis weitere Studien mit anderen Altersgruppen, mit Versuchspersonen, die sich nicht freiwillig zur Verfügung gestellt haben, und mit Berufsgruppen, die nicht im Gesundheitsbereich tätig sind, durchgeführt werden konnten. Anthony weist ebenfalls darauf hin, daß bislang sehr wenig darüber bekannt ist, in welchem Zeitraum eine Einstellungsveränderung möglich ist. Die von ihm besprochenen Untersuchungen variieren in der Länge von sechs Stunden bis zu zwei Jahren. Eine Untersuchung von Rusalem (1967), in der in einem Zeitraum von nur 6 Stunden sowohl Einstellungs- als auch Verhaltensänderungen gegenüber tauben und blinden Personen herbeigeführt wurden, läßt nach Anthony vermuten, daß eine sehr kurze, aber sehr intensive Erfahrung von Kontakt-plus-Information positive Einstellungsveränderungen herbeiführen kann.

Solche eindeutigen und konsistenten Ergebnisse vieler verschiedener Untersuchungen finden sich in der empirischen Evaluationsforschung wie auch in der Psychologie nur außerordentlich selten, so daß die Annahme, daß Kontakt plus Information erforderlich ist, um Einstellungsänderungen gegenüber einer vorurteilsbehafteten Gruppe herbeizuführen, auf eindrucksvolle Weise bestätigt wurde. Ein psychologisch interessantes, aber auch für die weitere Verwendung solcher Einstellungsveränderungsverfahren durchaus wichtiges Problem sind die psychologischen Mechanismen, die für den Erfolg dieser Einstellungsveränderungsmaßnahmen verantwortlich gemacht werden können. Im Sinne der oben aufgeführten Komponenten der Einstellungen scheinen Informationen plus Kontakt im kognitiven Bereich zu einer Korrektur von unzutreffenden Vorstellungen und Meinungen zu einer Differenzie-

rung des Urteils sowie zu einer besseren Fähigkeit, Ursachen und Konsequenzen von Krankheiten und Behinderungen zu erkennen und die jeweiligen Symptome und Verhaltensweisen somit weniger fremdartig und „berechenbarer" erscheinen lassen. In bezug auf die emotionale Komponente ist sicher der Kontakt die wichtigste Variable, durch den sowohl eine Desensitivierung und dadurch eine Neutralisierung von Furcht und Abneigung durch die Gewöhnung an das Phänomen erfolgt. Zusätzlich ist durch die Interaktion mit Kranken und Behinderten das Entstehen von Mitleid und Sympathie über das Schicksal und die Leiden dieser Menschen möglich.

Im Bezug auf die Verhaltenskomponente erscheint im Rahmen der Kontakte mit solchen Personen eine Schulung der Interaktionskompetenz und vielleicht auch eine Modellwirkung des Verhaltens des bei vielen dieser Kontakterfahrungen ebenfalls anwesenden Pflegepersonals dringend erforderlich. Ein besonders wichtiger Gesichtspunkt ist in diesem Zusammenhang die Beziehung zwischen Verhalten und Einstellung im Sinne der Rechtfertigungsfunktion der Einstellungen. Man kann annehmen, daß das Individuum seine negative Einstellung revidieren muß, um die Tatsache seiner Interaktion mit der Personengruppe, gegen die ein Vorurteil bestand, sich selbst gegenüber rechtfertigen zu können. Im Sinne der Dissonanztheorie Festingers könnte eine Einstellungsänderung dadurch herbeigeführt werden, daß man ohne allzu starken Zwang solche Kontakte herbeiführt und somit durch die unzureichende Rechtfertigung dieses Kontakts eine Einstellungsänderung erreicht, die die Konsonanz des kognitiven Systems des einzelnen wahrt.

Es läßt sich zeigen, daß eine Reihe psychologischer und sozialpsychologischer Theorien der Einstellungsänderung die positiven Auswirkungen von Information und Kontakt vorhersagen und somit auch theoretisch absichern können. Hinzu kommt, daß diese Verfahrensweise auch allen o. a. Funktionen der Einstellung Rechnung trägt und somit, bei richtiger Dosierung von Information und Kontakt, keine „Bumerangeffekte" zu erwarten sind.

5. Konkrete Methoden der Einstellungsänderung und ihre Erfolgswahrscheinlichkeit

Es war in den vorangegangenen Abschnitten wegen der Komplexität des Themenbereichs erforderlich, relativ weit auszuholen, um die psychologischen Faktoren, die die Erfolgswahrscheinlichkeit von Maßnahmen zur Einstellungsänderung bestimmen, darstellen zu können. Aus dieser Diskussion ergeben sich nun Vorschläge und Überlegungen zur Einsatzfähigkeit bestimmter Methoden zur Einstellungsänderung. Es sollte bisher deutlich gemacht werden, daß, nach Ansicht dieses Gutachters Versuche zur positiven Änderung der Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken und Behinderten nur dann erfolgreich sein können, wenn sie mit einer gesamtgesellschaftlichen Verbesserung der Lage dieser Personengruppe, einer Versachlichung der Berichterstattung in den Medien, einer Aufklärung bereits in den Schulen, einer Informationsvermittlung, die nicht zu psychischen Verteidigungsreaktionen führt, und möglichst mit Kontakt zu psychisch Kranken und Behinderten, wenn auch u. U. nur mittelbar durch die Identifizierung mit Mediendarstellungen, einhergeht.

Ein bislang vernachlässigter, wesentlicher Faktor bei der Diskussion geeigneter Methoden zur Einstellungsänderung ist die Frage der Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten. Da es bei der angestrebten sozialreformerischen Maßnahme der Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und Behinderten letztlich darum geht, die Verhaltensweisen der Bevölkerung im allgemeinen und insbesondere einiger spezieller Zielgruppen gegenüber diesem Personenkreis zu verändern, muß die Verhaltenskomponente weitaus stärker als bisher bei der Überlegung geeigneter Möglichkeiten zur Einstellungsänderung bedacht werden. Im Gegensatz zu der in den Sozialwissenschaften häufig anzutreffenden Annahme, daß Einstellungen Verhaltensweisen direkt bedingen und vorhersagen können, haben eine Reihe empirischer Untersuchungen in den letzten Jahren ergeben, daß Attitüdenmaße höchstens ca. 10 % der Verhaltensvariationen erklären können, und daß andere persönliche und situationale Faktoren einen sehr starken Einfluß auf die konkreten Verhaltensweisen, die mitunter sogar den Einstellungen widersprechen können, ausüben (Wicker, 1969).

Dieses Problem der Diskrepanz oder zumindest der Unabhängigkeit von Einstellungen und Verhalten hat sich auch im Bereich der Betreuung psychisch Kranker und Behinderter gezeigt. In ihrem Übersichtsreferat über Untersuchungen in diesem Bereich stellt Rabkin (1972) fest, daß die Beziehungen zwischen den Einstellungen, mit Fragebögen gemessen, und den Verhaltensweisen von Personen, die häufig mit psychisch Kranken interagieren, (gemessen durch Beurteilung von Patienten oder Vorgesetzten) nur sehr schwer nachzuweisen sind. Sie schildert eine Reihe von Untersuchungen, in denen positive Einstellungsänderungen zu keinen nachweisbaren Verhaltensänderungen führten. Anderseits zeigen Untersuchungen von Ellsworth (1968), daß Angehörige des Krankenhauspersonals mit autoritären Einstellungen sich aus der Sicht der Patienten stärker kontrollierend, restriktiver und dominanter verhalten als weniger autoritär eingestellte Personen. Es wäre eine unzulässige Vereinfachung, den Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen völlig abzustreiten, da sich sowohl theoretisch als auch empirisch zeigen läßt, daß interpersonale Einstellungen eine wichtige Determinante des sozialen Verhaltens ist. Diese Lageeinschätzung muß jedoch dazu führen, dem Versuch der Messung und der Veränderung konkreter Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Versuchen zur Einstellungsänderung sehr viel größere Bedeutung beizumessen als bisher. Bei den nun folgenden Vorschlägen zu konkreten Vorgehensweisen wird daher sehr viel Wert auf Möglichkeiten zur Messung und Beeinflussung des Verhaltens gegenüber psychisch Kranken und Behinderten gelegt.

Die möglichen Ansätze zur Einstellungs- und Verhaltensänderung, die erfolgversprechenden Verfahren sowie die sich hierzu anbietenden Medien sollen nach Zielgruppen getrennt besprochen werden, da unterschiedliche Methoden und Medien je nach Art der Zielgruppe eingesetzt werden müssen, um eine maximale Wirkung zu erzielen. Einstellungs- und Verhaltensänderungsmaßnahmen sollten vorrangig für den Personenkreis der Therapeuten und Betreuer im weitesten Sinne entwickelt werden. Hierzu gehören Ärzte und Psychologen, Pfleger und Schwestern in Krankenhäusern, Sozialarbeiter und Beamte in den Sozial- und Gesundheitsämtern, aber auch Verwandte von psychisch Kranken und Behinderten, also alle Personen, die in unmittelbarer Interaktion mit psychisch Kranken und Behinderten stehen. Gerade hier erscheint es besonders wichtig, die Effizienz von Einstellungsänderungsmaßnahmen und Verhaltensschulung zu messen, um den Erfolg verschiedener Maßnahmen mit Hilfe von Vor- und Nachuntersuchungen angeben zu können. Hierzu wäre es erforderlich, mit Hilfe empirischer psychologischer Forschungsmethoden geeignete standardisierte Maße zur Messung von Einstellung und Verhalten dieses Personenkreises zu gewinnen, wobei letzteres vor allem auch (über Papier- und Bleistiftmethoden hinaus) mit den modernen Methoden der Verhaltensanalyse, z. B. der Mikroanalyse von Interaktionsverhalten (vgl. Scherer, 1974 a, b) untersucht werden müßte. Die Ergebnisse dieser Vorarbeiten würden sowohl die für die Erarbeitung der Aufklärungs- und Einstellungsveränderungsmaßnahmen wesentliche Angaben über die konkreten Ziele (z. B. die besonders der Korrektur bedürfenden Einstellungsbereiche) liefern, sowie die nötigen Mittel zu einer methodisch einwandfreien Evaluationsforschung zur Verfügung stellen.

Die Informationsvermittlung für diese Gruppen könnte einmal durch Broschüren, in denen sowohl didaktisch geschickt als auch wissenschaftlich abgesichert, das erforderliche Wissen über psychische Krankheiten, wie oben im Zielkatalog geschildert, vermittelt würde. Vor allem aufgrund sozialpsychologischer Untersuchungen über sozialen Einfluß erscheinen jedoch Versuche wichtiger, über eine solche Einzelaufklärung hinaus mit Hilfe von Gruppendiskussionen sehr viel intensivere und persönlich involvierendere Einflußsituationen zu schaffen, von denen sowohl stärkere Wirkungen als auch anhaltendere Veränderungen erwartet werden können. Im Bereich der Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen wären darüber hinaus in verstärktem Maße Schulungsfilme und Video-Kassettenprogramme einzusetzen, die mit Hilfe audiovisueller Techniken die Informationsvermittlung erheblich erleichtern können. Darüber hinaus wird hierduch bereits eine gewisse Desensitivierung und Familiarisierung mit den Phänomenen der psychischen Krankheiten und Behinderungen erreicht und somit ein späterer Kontakt erleichtert.

Obwohl diese Personen natürgemäß sehr viel Kontakt zu psychisch Kranken und Behinderten haben, wäre es wünschenswert, bei der Ausbildung des Personals verschiedener Bereiche wie auch bei der Ausbildung von Berufsgruppen, die zwar Entscheidungen über einen Personenkreis treffen müssen, mit diesen Personen aber nicht viel Kontakt haben, — man denke etwa an Beamte der verschiedensten Dienststellen — Möglichkeiten zu intensiverem Kontakt und damit zur weiteren Informationsvermittlung zu schaffen. In diesem Zusammenhang ist die Frage nach der Praktikabilität solcher Kontakterfahrungen, vor allem im Hinblick auf die institutionellen Bedingungen, zu stellen. Es ist sicher in sehr vielen psychiatrischen Krankenhäusern nicht zumutbar, die relativ abgeschlossene Atmosphäre des Krankenhauses mit allzu vielen, ständig wechselnden Besuchern zu belasten. Aus diesem Grunde sollten, da man auf die Forderung Informationsvermittlung und Aufklärung durch persönliche Kontakte zu ergänzen, aufgrund der theoretischen Überlegungen und der empirischen Befunde nicht verzichten kann, Modelleinrichtungen zu diesem Zweck geschaffen werden. Diese Modelleinrichtungen sollten weitestgehend nach den zum Teil ja bereits vorliegenden Vorstellungen der Sozialpsychiatrie als halboffene Anstalten geplant sein, in die sich die verschiedenen Kontaktprogramme und Praktika optimal eingliedern ließen. Hierbei muß natürlich gewährleistet sein, daß solche Programme nicht zu unerträglichen Belastungen für die Patienten in diesen Anstalten werden, sondern sehr behutsam institutionalisiert werden.

Schließlich ist gerade bei dieser Gruppe, die ständig mit psychisch Kranken und Behinderten interagiert und deren Verhaltensweisen somit direktem Einfluß auf die Lage dieser Personengruppe wie auch ihre Rehabilitätschancen haben, besondere Beachtung des Verhaltens erforderlich. In diesem Zusammenhang ist auf die in der Sozialpsychologie immer wichtiger werdenden Ansätze zur Schulung der sozialen Interaktionskompetenz oder der sozialen Fertigkeiten hinzuweisen, die gerade in diesem Bereich besonders wesentlich erscheinen. Argyle (1972) hat zu Recht darauf hingewiesen, daß es in Anbetracht der hohen Bedeutung, die der Ausbildung allenthalben zugemessen wird, sehr merkwürdig ist, daß gerade die in publikumsintensiven Bereichen arbeitenden öffentlichen Berufe für die reibungslose Interaktion mit ihren Klienten bislang überhaupt nicht geschult werden. Es ist sicher darauf zurückzuführen, daß gemeinhin davon ausgegangen wird, daß wir alle ohnehin immer in sozialen Interaktionen stehen, deshalb dafür keine besondere Ausbildung erforderlich ist. Es zeigt sich jedoch immer deutlicher, daß wir uns keineswegs in diesen Interaktionen immer richtig verhalten, sondern daß soziale Geschicklichkeit im Umgang mit anderen Menschen durchaus erlernbar und trainierbar ist. Man sollte annehmen, daß gerade in einem Bereich, wo Patienten häufig aufgrund von Kommunikations- und Interaktionsstörungen aus der Gesellschaft ausgestoßen werden, besondere soziale Interaktionsfertigkeiten von seiten der Betreuer vorhanden sein müssen, um mit diesen Personen interagieren und ihre Rehabilitation herbeiführen zu können. Die zwei wesentlichen Fähigkeiten, die es im Rahmen eines solchen Interaktions- und Verhaltenstrainings zu schulen gilt, sind die soziale Wahrnehmungsgenauigkeit, insbesondere

die nonverbale Sensitivität, die im Bereich von Verhaltens- und Kommunikationsstörungen eine besondere Rolle spielt , und die Interaktionssteuerungskompetenz. Eine im Rahmen eines Forschungsprogramms des Bundesministeriums für Forschung und Technologie durchgeführte Vorstudie des Gutachters und seiner Forschungsgruppe hat ergeben, daß es hier eine ganze Reihe von praktikablen Möglichkeiten zur Schulung sozialer Geschicklichkeit gibt (Scherer, 1974 c).

Natürlich sind die hier vorgeschlagenen Vorgehensweisen je nach Art der zu beeinflussenden Gruppe abzuwandeln. So wird man beispielsweise bei dem Versuch, die Verwandten und Bekannten von psychisch Kranken und Behinderten zu positiveren Einstellungen zu veranlassen, zum Teil mit ganz anderen Verfahren und anderem Material arbeiten müssen als bei der Interaktionsschulung von Krankenpflegern. Andererseits ist es durchaus denkbar, daß man die Methoden und Materialien in diesem Bereich kombinieren kann und zum Teil sogar gemeinsame Veranstaltungen, z. B. Gruppendiskussionen mit Ärzten, Psychologen, Pflegern, Verwandten von Patienten u. a. erproben kann.

Die zweite große Kategorie von Zielgruppen für Einstellungsveränderungsmaßnahmen ist der Personenkreis der Vermittler von Informationen über psychisch Kranke und Behinderte, wie beispielsweise Lehrer, Pfarrer, Journalisten, Pressereferenten usw. Auch in diesem Bereich wäre es sehr wünschenswert, mit Evaluationsuntersuchungen den Erfolg von entsprechenden Aufklärungsmaßnahmen untersuchen zu können. In diesem Falle erscheint es nicht praktikabel, persönliche Einstellungs- und Verhaltensmessungen durchzuführen. Es erscheint jedoch durchaus möglich und sinnvoll, empirische Felduntersuchungen zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach Beeinflussungsmaßnahmen durchzuführen, aufgrund derer man beispielsweise durch Inhaltsanalysen von Presseberichten und durch ähnliches Material wie auch durch gezielte Einstellungsuntersuchungen bei bestimmten Berufsgruppen zu Anhaltspunkten für den Erfolg der Einflußmaßnahmen kommen könnte.

Die Informationsvermittlung für diese Zielgruppe müßte auf einem relativ hohen Niveau erfolgen, da anzunehmen ist, daß viele der angesprochenen Personen als Meinungsführer auf diesem Gebiet gelten können und somit bereits einen relativ hohen Wissensstand haben. Die Informationen sollten also sehr stark an den neuesten Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung orientiert sein und darüber hinaus Möglichkeiten zur Weiterbildung bieten. Für diesen Zielgruppenbereich scheint es besonders sinnvoll, Tagungen zu veranstalten, auf denen sich ebenfalls im Rahmen von Gruppendiskussionen sozialpsychologisch wirksame Einflußprozesse erzielen ließen. Über solche allgemeinen Maßnahmen hinaus könnte man sehr konkrete informative Hinweise für die Tätigkeit dieser Zielgruppen geben, z. B. detaillierte Leitfäden für Lehrer für Unterrichtsveranstaltungen in Biologie und Sozial- und Gesellschaftslehre, die sich mit dem Phänomen der psychischen Krankheiten und Behinderungen befassen, kurzgefaßte Nachschlagebroschüren für Journalisten, die bei der Abfassung von Berichten über Verhaltensweisen psychisch Kranker zu Rate gezogen werden könnten (auch terminologisch) u. a. m. Bei diesen Zielgruppen wird die Frage der Bereitstellung von Kontakterfahrungen mit psychisch Kranken und Behinderten natürlich bereits sehr schwierig. Es wäre jedoch zu prüfen, ob es möglich ist, sehr kurze intensive Programme der Art zu entwickeln, wie sie beispielsweise Rusalem (1967) mit Erfolg verwandt hat. Auch hier würden natürlich die bereits oben erwähnten Modelleinrichtungen zur Gewährleistung einer effizienten Durchführung solcher Kontaktprogramme erforderlich sein. Wie in letzter Zeit mitunter in der Presse zu lesen war, haben sich jedoch schon einige Initiativen in verschiedenen Städten, wie z. B. eine Party mit psychiatrischen Patienten in Essen, ergeben. Es erscheint durchaus möglich, hier zu neuen Lösungen zu gelangen, was allerdings, wie bereits mehrfach erwähnt, voraussetzen würde, daß sich die Organisation der psychiatrischen Anstalten und die Lage der Patienten in diesen Anstalten weitgehend verändert.

Eine weitere Zielgruppe, die mit besonderen Techniken zu beeinflussen wären, ist die Gruppe der Besitzer von Ressourcen, die für die Rehabiltiation psychisch Kranker wichtig sind. Hierzu gehören z. B. insbesondere Politiker und führende Verwaltungsbeamte, öffentliche und private Arbeitgeber wie auch Wohnungsvermieter. Aufgrund der Heterogenität dieser Gruppen und der zu erwartenden Probleme bei dem Versuch, Vertreter dieser Gruppen zur Teilnahme an organisierten Veranstaltungen zu gewinnen, lassen sich keine allgemeingültigen Vorgehensweisen angeben. Daß gerade hier aber Maßnahmen erforderlich sind, zeigen auch Überlegungen in anderen Ländern. So ist Anthony (1972) der Meinung, daß man beispielsweise Schulungsveranstaltungen für die Personalleiter von Behörden durchführen könne und daß man versuchen könne, die Einstellungen privater Arbeitgeber dadurch zu ändern, daß man behinderte oder rehabilitierte Personen dazu ausbildet, mit Arbeitgebern oder Personalchefs Informationsgespräche im Auftrage des Arbeitsamtes oder ähnlicher offizieller Stellen zu führen, um somit auch für diese Arbeitgeber eine Information-plus-Kontakterfahrung bereitzustellen. Im Falle von Politikern und hohen Verwaltungsbeamten im Bereich der Sozial- und Gesundheitsverwaltung ließe sich darauf hinwirken, daß diese Rollenträger nicht nur zu Grundsteinlegungen oder Jubiläumsfeiern in psychiatrische Anstalten reisen, sondern auch einmal einen Routinetag in einem solchen Krankenhaus erleben.

Schließlich stellt sich die Frage nach geeigneten Einstellungsänderungsmaßnahmen für die Bevölkerung insgesamt. Zunächst wäre konkret anzugeben, welche Verhaltensweisen man über eine allgemein positive Einstellung hinaus für gesellschaftlich wünschenswert hält. Es ist außerordentlich wichtig, vor dem Entwurf einer groß angelegten Aufklärungskampagne, Überlegungen darüber anzustellen, welche Verhaltenswirkungen angestrebt werden.

Als Beispiel lassen sich zwei Dimensionen des Verhaltens aufweisen: die Hilfsbereitschaft gegenüber psychisch Kranken, insbesondere aber gegenüber Behinderten aller Art im öffentlichen Leben, z. B. bei Unfällen, und der Wille zur politisch-gesellschaftlichen Förderung der betroffenen Personengruppe, also z. B. Zustimmung zum Einsatz von Steuermitteln für die Rehabilitation, der Bau von menschenwürdigen Krankenhäusern, das Tolerieren von „offenen Anstalten", usw. Es erscheint wenig sinnvoll, die Erfolge von Einstellungsänderungsmaßnahmen auf diese Verhaltensweisen lediglich mit Fragebögen untersuchen zu wollen. Im Hinblick auf die bei allen Versuchen zur Beeinflussung von Personengruppen erforderliche Evaluationsforschung ist hier daran zu denken, auch mit Hilfe von Felduntersuchungen, z. B. im Stil der Altruismusforschung in der Sozialpsychologie, zu arbeiten.

Aus den bisherigen Ausführungen geht hervor, daß es aufgrund der bisherigen Forschung auf dem Gebiet der sozialen Beeinflussung in der Sozialpsychologie außerordentlich schwierig ist, präzise Angaben, sowohl theoretisch als auch empirisch, über die Erfolgswahrscheinlichkeit von Aufklärungsmaßnahmen mit Hilfe von Massenmedien zu machen. Dies gilt insbesondere für den Versuch der Beseitigung von Vorurteilen gegenüber Randgruppen und Minoritäten. Ein umfassender Überblick von Harding u. a. (1969) zeigt, daß es außer einigen Untersuchungen in den vierziger jahren in letzter Zeit fast überhaupt keine empirische Untersuchung über die Möglichkeit, mit Hilfe von Massenmedien zum Abbau von Vorurteilen gegenüber Bevölkerungsgruppen zu kommen, gegeben hat. Die frühen Ergebnisse zeigen, daß lediglich die Vorführung emotional wirksamer Propagandafilme zu Einstellungsveränderungen führten, vor allem bei Verwendung mehrerer solcher Filme in bestimmten Zeitabständen. Bei diesen frühen Untersuchungen handelte es sich allerdings in fast allen Fällen um Laboratoriumsstudien, in denen zum Teil sehr atypische, homogene Bevölkerungsgruppen als Versuchspersonen verwandt wurden.

Trotz dieses Mangels an ausreichenden empirischen Befunden ist der Gutachter der Ansicht, daß aufgrund theoretischer Überlegungen im Rahmen der sozialpsychologischen Forschung und der wenigen frühen empirischen Befunde die Darbietung von Filmen oder Fernsehfilmen mit Informationen über eine Bevölkerungsgruppe, gepaart und emotionalen Inhalten, vor allem der Möglichkeit der Identifizierung mit bestimmten Personen und Gruppen, zu erfolgreichen Einstellungsveränderungen führen kann. Hierbei wird insbesondere angenommen, daß durch die Identifizierung mit einer Person in einer filmischen Darstellung einer Art „vicarious contact", also ein mittelbarer, psychologisch empfundener Kontakt zu der dargestellten Person entsteht. Wenn die durch diesen emotionalen Prozeß entstehende positive Einstellung zu der Person nicht mit dem Stereotyp oder dem Vorurteil gegenüber der Bevölkerungsgruppe, der diese Person angehört, übereinstimmt, so ist die Möglichkeit für eine Veränderung des Vorurteils, eine positive Einstellungsänderung, gegeben. In einer frühen Untersuchung konnte der Gutachter zeigen, daß die Verwendung von dunkelhaarigen, jüdisch aussehenden Hauptdarstellern als Helden und germanisch-blonden Schurken in Fernsehfilmen in Sendungen einer westdeutschen Fernsehgesellschaft zu positiven Einstellungsänderungen gegenüber dem dunkelhaarigen schwarzäugigen Typ führte (allerdings wiederum nur in einer kleinen im Labor getesteten Gruppe von Fernsehzuschauern) (Scherer, 1971). Wenn über diesen positiven Identifizierungsmechanismus hinaus Informationen in einen solchen Film aufgenommen werden, so kann man annehmen, daß die empirisch als erfolgreich ausgewiesene Kombination von Information-plus-Kontakt mit einer Person oder Gruppe zumindest annährungsweise erfüllt ist und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einstellungsänderung vorliegen.

Aufgrund dieser Überlegungen wird vorgeschlagen, statt der üblichen, zumeist kognitiv auf Informationsvermittlung ausgerichteten Aufklärungskampagnen mit Broschüren oder anderen Material eine Serie von Fernsehfilmen zu entwickeln, in der über einen längeren Zeitraum hinweg im Rahmen einer Spielhandlung Informationen über psychisch Kranke und Behinderte im Sinne des o. a. Zielkataloges vermittelt werden. Hierbei ist das Format einer Serie auch aus dem Grunde wichtig, daß sich eine sehr viel andauerndere Einstellungsänderung erreichen läßt, wenn ähnliche Inhalte mehrfach über einen längeren Zeitraum hinweg vermittelt werden. Als Beispiel für eine Fernsehserie dieser Art ist die in den letzten Monaten ausgestrahlte Sendung „Unser Walter", in der das Schicksal eines mongoloiden Kindes in verschiedenen Altersstufen in einer Familie, die von bekannten Schauspielern dargestellt wurde, gezeigt wurde.

Für die durch den Einsatz von Massenmedien erreichbaren Ziele, Aufmerksamkeit und Verständnis des Rezipienten, Einstellungsänderungen, Konstanz dieser Veränderung und Verhaltensänderung, erscheint die Form der Fernsehserie ebenfalls ein optimales Mittel zu sein. Durch eine attraktive und interessante, mit guten Schauspielern besetzte Serie wäre einmal die Aufmerksamkeit der Zuschauer für dieses Thema zu erreichen, was bei ausschließlicher Behandlung des Themas psychische Krankheit oder Behinderung sicher kaum der Fall sein dürfte. Zusätzlich zu dem Aufmerksamkeitswert einer solchen Sendung könnte man durch begleitende Fernsehspots (etwa im Sinne von „Der 7. Sinn") und Anzeigen in Tageszeitungen auf den Themenbereich selbst und die Beziehung zur Sendung hinweisen. In bezug auf das Verständnis der dargebotenen Informationen ist zu hoffen, daß durch die lockere Darstellung der Informationen in einer Spielhandlung ein sehr viel höherer Verständnisgrad erreicht werden kann als in dokumentarischen oder halbwissenschaftlichen Darstellungen, die für den Durchschnittszuschauer meist zu komplex ausfallen. Es ist zu hoffen, daß eine Einstellungsänderung durch die oben angeführten Faktoren, vor allen Dingen durch den emotionalen Charakter der Beziehung zu einer Person oder Gruppe und durch Desensitivierung und Familiarisierung mit einem The-

ma dieser Art, erfolgt. Durch den Seriencharakter wird gewährleistet, daß es sich nicht um eine einmalige und kurzfristige Einstellungsreaktion handelt, sondern durch ständige Erinnerung und Verstärkung zu einer andauernden Einstellungsänderung wird. Schließlich ist es durchaus denkbar, daß durch eine solche Sendung auch Verhaltensänderungen wahrscheinlicher werden, da durch das Modellverhalten der Darsteller den Zuschauern ebenfalls mögliche Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten gezeigt werden könnten. Da das Lernen am Modell in diesem Falle, in dem ein Lernen durch Verstärken positiver Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken nahezu ausgeschlossen scheint, die einzige Möglichkeit ist, die sehr stark verhaltensprägenden Wirkungen von Lernprozessen auszunutzen, erscheint die Verwendung einer solchen Vorgehensweise psychologisch sehr vorteilhaft.

Es wäre zu erwägen, Sendungen dieser Art mit einer Lotterie (etwa im Stile der „Aktion Sorgenkind" u. ä.) zu verbinden, in der die Möglichkeit von Geld- und Sachgewinnen mit der Bereitstellung von Mitteln für die Rehabilitation von psychisch Kranken und Behinderten verbunden werden könnte. Die positiven Auswirkungen einer solchen Lotterie wären einmal zu sehen in dem Aufmerksamkeitswert, den eine solche Veranstaltung im Zusammenhang mit einer Sendung der geschilderten Art hätte. Darüber hinaus gibt es jedoch eine Reihe von interessanten sozialpsychologischen Überlegungen. Es ist anzunehmen, daß die Tatsache, daß man eventuell nur wegen des möglichen Gewinnes an der Lotterie teilnimmt, in den Hintergrund tritt, wenn, beispielsweise nach Einsendung des Einsatzes, die mit diesem Geld finanzierten Ziele sehr stark betont werden. Der Zuschauer, der 5 Mark zu diesem Zweck beigesteuert hat, muß dann im Sinne der expressiven Einstellungsfunktion sein Verhalten, nämlich die Spende, durch seine Einstellung rechtfertigen, was mit einer negativen Einstellung gegenüber der Gruppe, der geholfen werden soll, nicht möglich ist. Es handelt sich hier natürlich um die Extrapolation einer bislang nur in sozialpsychologischen Laborexperimenten verwandten Verfahrensweise, die jedoch durchaus im Rahmen des hier behandelten Vorhabens erprobenswert erscheint.

6. Zusammenfassung

Abschließend sollen noch einmal die wesentlichen Anregungen, die in diesem Gutachten zum Ausdruck kommen sollten, zusammengefaßt werden:

1. Es erscheint dringend geboten, vor Durchführung umfassender Maßnahmen zur Veränderung von Einstellungen und zum Abbau von Vorurteilen Ort und Funktion der Einstellungen der Bevölkerung in der BRD zu psychisch Kranken und Behinderten empirisch zu untersuchen, um eine Aufklärungskampagne optimal auf die Anforderungen zuschneiden zu können und um mögliche Bumerangeffekte zu vermeiden.
2. Einstellungsänderungen in der Bevölkerung aufgrund von Aufklärungsmaßnahmen ohne gleichzeitige Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und Behinderten erscheinen wenig wahrscheinlich.
3. Eine positive Einstellungsänderung durch sachliche Informationen und emotionale Appelle ist so lange nicht möglich, wie solchen Ansätzen negative, unsachliche und Furcht produzierende Darstellungen der Verhaltensweisen von psychisch Kranken in den Massenmedien entgegenstehen.
4. Es gilt, einen konkreten Zielkatalog in bezug auf die gesellschaftspolitisch wünschenswerten Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung und insbesondere eine Reihe von für diesen Bereich wesentlichen Zielgruppen in der Bevölkerung zu entwickeln.
5. Eine Übersicht über die Literatur zeigt, daß bei der Bewertung der Verhaltensweisen psychisch Kranker und Behinderter ein Krankheitsmodell gemeinhin als sinnvoller erachtet wird als ein Devianzmodell. Die Versuche, die Einstellung der Bevölkerung zu diesen „Krankheiten" positiver zu gestalten, haben in nahezu allen Fällen gezeigt, daß sachliche Informationsvermittlung mit persönlichem Kontakt mit den betroffenen Personengruppen kombiniert werden muß, um eine Einstellungsänderung herbeizuführen.
6. Es ist anzunehmen, daß die Entwicklung von Kursen, Veranstaltungen und ähnlichen Maßnahmen, die eine optimal auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtete Kombination von Informationsvermittlung und Kontakterfahrung beinhalten, einer sehr sinnvolle und erfolgversprechende Vorgehensweise ist, wobei großer Wert auf wissenschaftliche Begleituntersuchungen im Sinne von Evaluationsforschung gelegt werden sollte.
7. In bezug auf das Herbeiführen von Einstellungsänderungen in der Bevölkerung mit Hilfe der Massenmedien wird vorgeschlagen, Information-plus-Kontakt durch psychologische Identifizierungsmechanismen (mit Darstellern in Spielhandlungen) und in diesem Zusammenhang vermittelte Informationen im Rahmen einer Fernsehserie herzustellen. Darüber hinaus sollten mit Hilfe gegeigneter Verfahrensweisen die sozialpsychologisch für Medienkampagnen wesentlichen Faktoren wie Aufmerksamkeitserregung, Gewährleistung des Verständnisses der dargebotenen Inhalte, Erleichterung von Einstellungsänderungen, Hinarbeiten auf das Beibehalten von Einstellungsänderung und Darbietung von Möglichkeiten zur Verhaltensänderung bedacht werden.

Abschließend ist zu sagen, daß aufgrund der vielen Faktoren, die bei Aufklärungsmaßnahmen der hier angesprochenen Art zu erwägen sind, ein grundlegender Fehler darin zu sehen wäre, ohne Berücksichtigung aller Faktoren und vor allen Dingen der möglichen Gefahren der Verfestigung oder gar negativen Verstärkung von Einstellungen Aufklärungskampagnen in Angriff zu nehmen, die wenig durch-

dacht, nicht auf ihre Effizienz hin überprüfbar und nicht durch, andere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Lage der psychisch Kranken und Behinderten begleitet sind. Es ist zu hoffen, daß es in diesem Falle möglich sein wird, in einer auf praktische Aufklärungsziele bezogenen Vorgehensweise mit Hilfe wissenschaftlicher Begleituntersuchungen zu fruchtbaren und empirisch abgesicherten Erkenntnissen über die Möglichkeiten des Abbaus von Vorurteilen gegenüber gesellschaftlichen Gruppen und positiver Verhaltensänderungen zu kommen.

Literaturverzeichnis

Anthony, William A.: Societal Rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and mentally disabled. Rehabilitation Psychology, 1972, 19, 117—126 (PA 50: 5001).

Argyle, M.: Soziale Interaktion. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1972.

Bohleber, M. E., Kenner, R.: Weekly Television program answers questions about mental health. Hospital & Community Psychiatry, 23 Suppl: 10—1, Oktober 1972.

Crocetti, G. M., Spiro, H. R., & Siassi, J.: Contemporary Attitudes toward Mental Illness. Pittsburgh: Univ. of Pittsburgh Press, 1974.

Cumming, E. & Cumming, J.: Closed Ranks. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1957.

De Carozzo, G. C.: Ein Versuch zur Erforschung der Einstellungen gegenüber psychiatrisch Kranken. Social Psychiatry (Berlin): 1971, 6 (1), 34—39.

Ellsworth, R. B.: Nonprofessionals in psychiatric rehabilitation. New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.

Feldes, Dieter: Untersuchungen zur sozialen Stellung ehemaliger psychiatrischer Patienten. In: Schwartz, B. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft. Leipzig: Georg Thieme, 1971, 103—142.

Harding, J. u. a.: Prejudice and Ethnic Relations. In: Lindsay, G. & Aronson, E. (Hrsg.) Handbook of Social Psychology, Vol. V. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1969.

Jäckel, M. & Wieser, S.: Das Bild der Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Stuttgart: Thieme, 1970.

Mc Guire, W.: The Nature of Attitudes and Attitude Change. In: Lindzey & Aronson, op. cit., Vol. III.

Nunnally, J. C. Jr.: Popular Conceptions of Mental Health, Their Development and Change. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1961.

Rabkin, J. G.: Opinions about mental illness: a review of the literature. Psychological Bulletin: 1972, 77 (3), 153—171.

Reimann, H.: Die Gesellschaft und der Geisteskranke. Social Psychiatry (Berlin): 1969, 4 (3), 87—94.

Rusalem, H.: Engineering changes in public attitudes toward a severely disabled group. Journal of Rehabilitation, 1967, 33, 26—27.

Sarbin, Th. & Mancuso, J.: Failure of a moral enterprise: attitudes of the public toward mental illness. Journal of consulting and clinical psychology, 1970, 35 (2), 159—173.

Scherer, K. R.: Stereotype change following exposure to counterstereotypical media heroes. Journal of Broadcasting, 1970/71, 15, 91—100.

Scherer, K. R.: Beobachtungsverfahren zur Mikroanalyse nonverbaler Verhaltensweisen. In: Koolwijk, J. & Wieken-Mayser, M.: Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 3. München: Oldenburg, 1974 (a).

Scherer, K. R.: Methoden der empirischen Sprachforschung. In: Koolwijk & Wieken-Mayser, op. cit. (b).

Scherer, R. K. u. a.: Der menschliche Faktor in der Sozialforschung: Untersuchungen zum bürgernahen Verhalten öffentlicher Bediensteter. Unveröff. Vorstudien-Manuskript, Univ. Gießen, 1974 (c).

Sears, D. O.: Political Behavior. In: Lindzey & Aronson, op. cit., Vol. V, 1969.

Schneider, U. & Wieser, St.: Der psychisch Kranke in den Massenmedien: Ergebnisse einer systematischen Inhaltsanalyse. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete (Stuttgart): 1972, 40 (3), 136—163.

Stumme, W.: Die differenzierten Vorstellungen des Laien zum Problemkreis psychischer Erkrankungen. Eine Kritik der Vorurteilsforschung. Dissertation, Seminar für Soziologie, Univ. Köln, 1972.

Weiss, E.: Effects of Mass Media of Communication. In: Lindzey & Aronson, op. cit., Vol. V.

Wicker, A.: Attitudes vs. actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. Journal of Social Issues, 1969, 25, 41—78.

Wieser, St.: Isolation: Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall. Hamburg: Rowohlt, 1973.

Gutachten zu Problemen einer differenzierten Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

von

W. Stumme

Gliederung

I. Vorstellungen der Bundesregierung zur Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie

II. Implizite Prämissen bei den Konzepten der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie

III. Zur Notwendigkeit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung

IV. Folgerungen für die Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie

1 Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung

2 Kategoriale Öffentlichkeitsarbeit (reformbegleitende und reformunterstützende Öffentlichkeitsarbeit)

2.1 Kategoriale Öffentlichkeitsarbeit: Personal in psychiatrischen Institutionen

2.2 Kategoriale Öffentlichkeitsarbeit: Politische und in der Verwaltung tätige Persönlichkeiten mit Psychiatrie-relevanter Entscheidungsbefugnis

3 Notwendigkeit begleitender Forschung

I. Vorstellungen der Bundesregierung zur Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie

In den vergangenen Jahren hat die Bundesregierung sich wiederholt mit Problemen der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie befaßt.

So hat der Bundesminister für Gesundheitswesen am 12. Juni 1968 gefordert: „Im Rahmen der allgemeinen Psychohygiene soll die Öffentlichkeit über psychische Leiden aufgeklärt werden. Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und psychiatrischen Institutionen müssen abgebaut werden. Das gegenseitige Verständnis für emotionale Probleme und die Hilfsbereitschaft auch bei sozialabweichendem Verhalten sind zu fördern." 1)

Am 28. Juni 1968 hat der Bundesminister für Gesundheitswesen erklärt: „Die Bundesregierung sieht die Notwendigkeit einer intensiven Aufklärung der Bevölkerung über alle Fragen, die mit psychisch Kranken zusammenhängen, wobei unter psychisch Kranken nicht nur die Psychosen im engeren Sinn (Schizophrenie und manisch-depressives Irrsein), sondern auch Psychosen während der Schwangerschaft, im Klimakterium und im Alter sowie Psychoneurosen, Charakterstörungen und psychosomatische Störungen verschiedener Formen zu verstehen sind.

Psychisch Kranke werden immer noch von Teilen der Bevölkerung abgelehnt und ignoriert, die damit zusammenhängenden Probleme verdrängt. Dies gilt auch für geistig und seelisch kranke Jugendliche.

Nach Meinung der Bundesregierung muß die Gesellschaft lernen, nicht nur mit den psychisch Kranken zu leben, sondern auch die Verantwortung, die sie gegenüber ihren psychisch Kranken trägt, zu übernehmen und ihr gerecht zu werden. Um diese Aufgaben besser ins Bewußtsein der Bevölkerung

[1]) Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD, Drucksache V/2675, vom 12. Juni 1968. Zitiert nach: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Materialsammlung II zur Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1973, S. 38.

zu rücken, gehören hierzu die Unterrichtung über das Wesen psychischer Krankheit, über die modernen Behandlungsmöglichkeiten, die Behandlungsdauer und die Heilungsaussichten.

Die Angehörigen, die Mitarbeiter am Arbeitsplatz und die Umwelt müssen erkennen und akzeptieren, daß der psychisch Kranke genauso ein Kranker mit Aussicht auf Genesung wie jeder andere Kranke und auch nicht anders zu werten ist. Dabei geht es darum, das überkommene Tabu von den psychisch kranken oder psychisch krank gewesenen Menschen zu nehmen, sie in ihrer Persönlichkeit anzuerkennen und zu würdigen. Nur aus einer solchen veränderten Einstellung gegenüber diesen Menschen läßt sich ihre Rehabilitation im Sinne einer Wiedereingliederung in das Gesellschafts- und Erwerbsleben verwirklichen. Hier muß sich die Aufklärung über die Familie und die Ärzteschaft hinaus an die breite Öffentlichkeit wenden.

Es ist das Bestreben der Bundesregierung, durch intensive Aufklärungsarbeit u. a. durch die Einschaltung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Bevölkerung darüber zu unterrichten." [2])

Am 27. Februar 1969 erläutert der Bundesminister für Gesundheitswesen: „Die Bundesregierung hofft, vor allem auch durch Aufklärung der Öffentlichkeit zu einem Wandel der gesellschaftlichen Anschauungen, einem Abbau des Mißtrauens und der Vorbehalte gegenüber psychisch Kranken beitragen zu können." Gleichzeitig wird bekannt, daß „das Bundesministerium für Gesundheitswesen ... einen Forschungsauftrag über das Verhalten der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken vergeben hat, um Angaben für den Abbau von Vorurteilen der Gesellschaft gegenüber den psychisch Kranken zu erhalten." [3])

Im Gesundheitsbericht der Bundesregierung vom 18. Dezember 1970 heißt es: „Notwendig ist die verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Leiden, um zu einem Abbau des Mißtrauens und der Vorurteile gegenüber dem psychisch Kranken aber auch gegenüber den psychiatrischen Institutionen zu kommen." [4]) An anderer Stelle des Gesundheitsberichtes heißt es, daß die Bundesregierung „auf der Grundlage der Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 die gesundheitliche Aufklärung in der Bundesrepublik Deutschland wesentlich intensivieren und verbessern (werde). Die dafür bestehenden Einrichtungen des Bundes werden ausgebaut." [5])

Aufgrund des Antrages der Abgeordneten Picard, Dr. Martin, Dr. Jungmann, Köster und der Fraktion der CDU/CSU zur Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik [6]) erfolgten zwei öffentliche Informationssitzungen des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit. [7]) Der Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit begründet am 9. Juni 1971 seine Empfehlung, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland erstellen zu lassen, u. a. damit, daß die Anhörungen insbesondere die Notwendigkeit bestätigen, den „Abbau der Vorurteile gegen den psychisch Kranken in unserer Gesellschaft" zu bewirken. [8])

Die 1971 berufene Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland hat 1973 einen Zwischenbericht [9]) vorgelegt. In der Stellungnahme der Bundesregierung zu diesem Zwischenbericht vom 19. Oktober 1973 heißt es zu den auf Bundesebene vorgeschlagenen Maßnahmen an erster Stelle:

„20. Von der Bundesregierung vorgesehene mittelfristige Maßnahmen

20.1 Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile der Gesellschaft, gesundheitliche Information des betroffenen Personenkreises, Schaffung eines besseren Verständnisses und einer größeren Hilfsbereitschaft aller gegenüber psychisch Kranken und Behinderten." [10])

Am 13. August 1974 fragte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ob der Verfasser ein Gutachten über die Problematik der „Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile in der Gesellschaft" erstellen könne. Dabei sollte vorrangig zu folgenden Themen Stellung genommen werden:

„A. Welche in- und ausländischen Maßnahmen zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen in der Bevölkerung gegenüber Behinderten sind

---

[2]) Schriftliche Antwort von Frau Bundesminister Strobel auf die Frage 148 der Drucksache Nachtrag zu V/3054 des Abg. Picard, 5. Wahlperiode — 184. Sitzung, S. 10026. Zitiert nach: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Materialsammlung I zur Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1973, S. 195.

[3]) Antwort von Frau Bundesminister Strobel auf die Kleine Anfrage der Abg. Picard, Dr. Martin, Prinz zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein und Kollegen, Drucksache V/3805 und V/3908, vom 27. Februar 1969. Zitiert nach: Materialsammlung I ..., a. a. O., S. 202 f.

[4]) Gesundheitsbericht der Bundesregierung, Drucksache VI/1667, vom 18. Dezember 1970. Zitiert nach: Materialsammlung II ..., a. a. O., S. 79.

[5]) Ebenda, S. 78.

[6]) Vgl. Protokoll der Beratung der Drucksache VI/474 im Deutschen Bundestag, 6. Wahlperiode — 44. Sitzung, S. 2263 bis 2278.

[7]) Vgl. hierzu: Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit in Bonn zu Drucksache VI/474, Protokoll Nr. 17, vom 8. Oktober 1970 und Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit in Emmendingen, Landeskrankenhaus, zu Drucksache VI/474, Protokoll Nr. 37, vom 23. April 1971.

[8]) Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit vom 9. Juni 1971, Drucksache VI/2322. Zitiert nach: Materialsammlung I ..., a. a. O., S. 179.

[9]) Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Zwischenbericht, in: Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973.

[10]) Unterrichtung durch die Bundesregierung, in: Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973, S. 5.

Ihnen bekannt? (Behinderte, verstanden im weitesten Sinne: körperlich Behinderte, psychisch Kranke, geistig Behinderte)

B.. Welche Zielsetzungen (möglichst bezogen auf die drei Variablen sozialer Einstellung: „Kognition", „Emotion", „Verhalten") hatten diese Aufklärungsmaßnahmen und auf welche Zielgruppen waren sie gerichtet?

C. Welche Methoden und Medien zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen wurden angewandt und — falls ermittelt — welche Effizienz zeichnete sich (kurz-, mittel-, langfristig) ab?

D. Welche Erfolgswahrscheinlichkeit schreiben Sie welchen Methoden und welchen konkreten Medien für die Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen zu? Welche davon beurteilen Sie im Sinne des medienmäßig Machbaren günstig (bzw. ungünstig) für den Einsatz bei der Realisation für den Zielbereich 1 (gemeint ist die Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile der Gesellschaft, d. Verf.) des geplanten Aufklärungsprogramms?

... Zu den Fragen A und B genügen unter Umständen auch Hinweise auf einschlägige Literatur, Material etc., während zu der Frage D Ihre ausführlich begründete Expertenmeinung gefordert ist."

II. Implizite Prämissen bei den Konzepten der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie

Im folgenden soll zunächst versucht werden, auf einige Prämissen einzugehen, die bei der Erörterung einer für zweckmäßig gehaltenen Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie fast nie explizit gemacht werden.

1. Prämisse

Wer die seit Jahren geführten Diskussionen über eine Psychiatrie-bezogene Öffentlichkeitsarbeit bei der Aktion psychisch Kranke, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) oder der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) sowie bei verschiedenen Träger-Organisationen oder psychiatrischen Institutionen kennt, wird wissen, daß man — in der allerbesten Absicht — mit den Mitteln der gesundheitlichen Aufklärung ein höheres Informationsniveau über psychische Erkrankungen zu erstreben hofft und daß man *zugleich* die immer wieder als verwerflich angesehenen Vorurteile gegenüber psychisch Kranken überwinden will, um somit den Weg für Reformen frei zu machen.

Bei derartigen Diskussionen wird normalerweise nicht problematisiert, ob und in welchem Ausmaß Öffentlichkeitsarbeit zur Erzielung besserer Kenntnis über psychische Erkrankungen und Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel des Abbaus von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken in Zusammenhang zu bringen sind.

D. h. gewöhnlich geht man davon aus, daß mit ein und derselben Öffentlichkeitsarbeit diese divergierenden Ziele zu erreichen seien.

Wenngleich es Bereiche gibt, in denen sich Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung einerseits und Bestrebungen, Vorurteile abzubauen, andererseits überschneiden und in den Zielen gleichgerichtet sind, kann dennoch davon ausgegangen werden, daß es sich um zwei grundlegend verschiedenartige Problemkreise handelt. Daraus kann gefolgert werden, daß Methoden und Inhalte — entsprechend der jeweiligen Zielsetzung — zum Teil erheblich voneinander abweichen.

Ohne den Anspruch zu erheben, den Aufgabenkatalog der Gesundheitserziehung und der gesundheitlichen Aufklärung vollständig erfaßt zu haben, mag es für die Zwecke der hier zu führenden Diskussion ausreichen, wenn die wesentlichen Inhalte wie folgt umschrieben werden: Ein besonderes Ziel ist es, zu einem Verhalten zu motivieren und ein gesundheitsförderndes Verhalten zu bestärken, welches einerseits dahin tendiert, gesundheitsgefährdende Aktivitäten zu unterlassen und andererseits dahin zielt, gesundheitsfördernde Maßnahmen (Nikotin- und Alkoholabstinenz, Maßnahmen gegen Übergewicht, Prävention, Psychohygiene etc.) einzuüben und beizubehalten. Ferner ist im Rahmen der Gesundheitserziehung die Wissensvermittlung über die Organe des menschlichen Körpers und ihre Funktionen, die Informierung über Krankheitsvorgänge und -symptome („individuelle" Früherkennung) wie auch die Verdeutlichung der Zusammenhänge zwischen körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden von großer Bedeutung. Die Bereitstellung von Informationen über Einrichtungen der medizinischen Versorgung (incl. des Angebotes von Vorsorge- und Beratungseinrichtungen für Gesunde), die im Krankheitsfall aufgesucht werden können, ergänzen den Aufgabenkatalog der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitserziehung.

Die zuvor beschriebenen Aufgaben orientieren sich an Individuen oder Gruppen von Individuen, die von Krankheit befallen oder bedroht sind, mit dem Ziel, deren Verhalten so zu beeinflussen, daß gesundheitsfördernde Maßnahmen erwogen und in Anspruch genommen werden.

Grundsätzlich an einen anderen Personenkreis wenden sich jedoch Maßnahmen, die geeignet erscheinen, Vorurteile gegenüber sozialen Randgruppen abzubauen. Insbesondere heben sich die Ziele (und Methoden) von der Gesundheitserziehung und der gesundheitlichen Aufklärung ab. Während sich im einen Fall die zu ergreifenden Maßnahmen darauf konzentrieren, ein Verhalten zu erzielen, von dem angenommen wird, daß es der Gesundheit der Betroffenen dient und somit Nutzen stiftet bzw. positiv sanktioniert wird, orientieren sich letztlich alle Maßnahmen, die ergriffen werden, um Vorurteile gegenüber psychisch Kranken abzubauen, an dem Wohl der psychisch Kranken und *nicht* primär am Wohlergehen derjenigen, an die sich diese Maßnahmen wenden. Erfolgversprechende Maßnahmen zum Abbau von Vorurteilen — hier: Vorurteile ge-

genüber psychisch Kranken, seelisch und geistig Behinderten — zielen darauf ab, negative Sanktionen von sozialen Randgruppen fernzuhalten oder diese zumindest zu vermindern. Mit anderen Worten: Es wird eine Verbesserung der Situation angestrebt, in der sich diese Randgruppen befinden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sich die Ziele der Gesundheitserziehung und der gesundheitlichen Aufklärung im Bereich der Psychiatrie grundlegend von den Zielen unterscheiden, die verfolgt werden, um Vorurteile gegenüber psychisch Kranken abzubauen. Im ersten Fall orientieren sich die zu ergreifenden Maßnahmen am Gesundheitsverhalten der *Zielgruppe*; im anderen Fall sind die zu ergreifenden Maßnahmen auf eine Verbesserung der Situation *anderer* abgestellt, wobei — vereinfachend ausgedrückt — die zu erreichenden Zielgruppen nur als Katalysator wirken sollen.

2. Prämisse

Eine weitere, bei der Diskussion um eine adäquate Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie nicht explizit gemachte Prämisse besagt, daß die Vorurteile gegenüber psychisch Kranken ein bedrohliches Ausmaß angenommen haben. Hierbei wird oft übersehen, daß die ausschließliche Konzentrierung auf die Vorurteile gegenüber psychisch Kranken das Problem gravierender erscheinen läßt, als es in der Realität anzutreffen ist.

Die Problematik der vorurteilsvollen Einstellungen relativiert sich, wenn man in Betracht zieht, daß beispielsweise ca. 250 000 Entlassungen pro Jahr aus psychiatrischen Krankenhäusern erfolgen und daß das Gros dieser Patienten — die tatsächliche Zahl dürfte wegen der wiederholten Aufnahmen („Drehtürpsychiatrie") und der sich daraus ergebenden wiederholten Entlassungen niedriger anzusetzen sein — ohne auf spürbare Ablehnung zu stoßen, wieder in die sozialen Gruppen (Familie, Nachbarschaft, Arbeitswelt) aufgenommen werden, aus denen heraus sie zur stationären psychiatrischen Behandlung geschickt wurden.

Die Zahl derjenigen, die ambulant psychiatrisch versorgt werden und die dennoch nicht auf eine ablehnende Haltung der Bevölkerung mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen stoßen, dürfte weitaus größer sein.

Das hier in die Diskussion gebrachte Argument der Quantität soll nicht davon ablenken, daß zahlreiche psychisch Erkrankte in der Tat mit Schwierigkeiten konfrontiert werden, die vorrangig dann zum Tragen kommen, wenn sie aus psychiatrischen Krankenhäusern entlassen werden und — allzu oft ohne qualifizierten Rat und ohne fachliche Hilfe und ohne darauf adäquat vorbereitet zu sein — bemüht sind, sich wieder Wohnung und Arbeit zu besorgen und in einen (evtl. neuen) Freundeskreis hineinzuwachsen. (Daß dies Probleme mit sich bringt, die auch psychisch „Gesunde" nicht immer auf Anhieb bewältigen können, sei am Rande erwähnt.) Es scheint notwendig, darauf hinzuweisen, daß eben *nicht jeder* psychisch Kranke ausschließlich auf vorurteilsvolles Handeln der Gesellschaft stößt — einen derartigen Eindruck jedoch hinterlassen regelmäßig die vielfältigen Diskussionen um eine geeignete Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel des Abbaus von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken.

Im Zusammenhang mit der Erörterung dieser Thematik wird — wenn auch nicht beabsichtigt — regelmäßig verschwiegen, daß es (allerdings nur dort, wo Initiativen vom jeweiligen psychiatrischen Krankenhaus ausgehen oder unterstützt werden) zahlreiche freiwillige Helfer gibt, die sich intra- wie auch extramural um (ehemalige) Patienten aufopfernd kümmern, daß Bürgervereine mit dem Ziel gegründet wurden, psychisch Kranken zu helfen, daß es Spendenaktionen zugunsten psychisch Kranker gibt, daß es zahlreiche Hauseigentümer gibt, die Wohnungen für ehemalige Patienten zur Verfügung stellen, und daß die Zahl der Arbeitskollegen und auch Arbeitgeber, die eine Zusammenarbeit praktizieren, die Zahl derjenigen übersteigen dürfte, die nicht zur Kooperation bereit sind. Erfahrungen mit Patientenclubs, organisiertem Urlaub von Patienten in Hotels oder Besuche von öffentlichen Veranstaltungen relativieren ebenfalls das Problem und vermitteln einen Eindruck von dessen Umfang. „Wenn vielfach behauptet wird, die Gesellschaft wolle von unseren Patienten nichts wissen, sie wolle sie nur ausgliedern, so ist auch das ein Vorurteil. Gewiß gibt es diese Tendenzen, aber das Interesse und die Bereitschaft mitzutun, ist größer, als man gemeinhin darstellt." [11])

3. Prämisse

Bei der Erörterung der mit dem Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken verbundenen Problematik wird immer wieder deutlich, daß eine weitere, nicht explizit gemachte Prämisse die Diskussion entscheidend strukturiert: Die genaue und ausreichende Kenntnis der tatsächlich anzutreffenden Vorurteile gegenüber psychisch Kranken wird als bekannt vorausgesetzt. — Gerade das ist jedoch nicht der Fall, zumindest nicht, soweit es die als wissenschaftlich erforscht geltenden Vorurteile betrifft.

Wenngleich es weit über einhundert Studien gibt, die sich mit der Erforschung der Vorurteile der Laien gegenüber psychisch Kranken befaßt haben, so ist der erreichte Wissensstand höchst unbefriedigend. Untersuchungen dieser Art sind in Entwicklungsländern und in Industriegesellschaften, in östlichen und in westlichen Gesellschaftssystemen, in vorwiegend städtischen, aber auch in ausgeprägt ländlichen Gegenden durchgeführt worden. Dabei wurden junge und alte Menschen, Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Personen mit unterschiedlicher formaler Schulbildung und Angehörige verschiedener Berufsgruppen, Frauen wie auch Männer, psychisch Kranke selbst und Besucher psychiatri-

[11]) W. Schulte als Sachverständiger bei der öffentlichen Informationssitzung des Bundestagsausschusses ..., a. a. O., vom 23. April 1971.

scher Krankenhäuser, Zeitungsleser und Fernsehzuschauer, Mitglieder verschiedener ethnischer, rassischer und religiöser Gruppen zu ihren negativen Attitäden zu ‚Geisteskranken' befragt. [12])

Zu den Ergebnissen dieser Studien kann zusammenfassend gesagt werden, daß sie als *Artefakte* bestimmter Methoden der empirischen Sozialforschung und unterschiedlicher Bezeichnungen des zu erforschenden Sachverhalts betrachtet werden müssen. [13])

Bedingt durch die weitgehende Tabuisierung des gesamten Problemkreises psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, fehlt eine von Laien und Experten gleichermaßen akzeptierte Kommunikationsebene; ähnliches gilt für den Sprachgebrauch zur Beschreibung des Sexualverhaltens. Neben der psychiatrischen Nomenklatur, die der Laie so gut wie nicht kennt, gibt es in der Umgangssprache eine Fülle von Begriffen zur Kennzeichnung psychisch abweichenden Verhaltens, die der Experte zu vermeiden sucht. [14])

Untersuchungen über die Vorurteile der Laien gegenüber psychisch Kranken wurden entweder von Psychiatern oder in enger Zusammenarbeit mit diesen durchgeführt. Das hatte zur Folge, daß der Begriff „geisteskrank", mit dem der Psychiater ein breites Spektrum psychisch abweichenden Verhaltens abdeckt, auch bei Umfragen verwendet wurde — ohne hierbei jedoch zu bedenken, daß der Laie damit nur extreme psychische Störungen bezeichnet. [15]) Da aber nur nach den Einstellungen zu ‚Geisteskranken' gefragt wurde, äußerte sich der Laie entsprechend nur zu extrem psychisch Gestörten, die — und das weiß der Laie — von Experten selber innerhalb psychiatrischer Krankenhäuser in geschlossenen Abteilungen behandelt werden. Bei der Auswertung der Umfrage-Daten beachtete man diesen Umstand nicht und war davon überzeugt, daß der Laie ausgeprägte negative Vorstellungen nicht nur zu extrem psychisch Gestörten, sondern gegenüber allen psychisch Kranken habe. So interpretiert z. B. Reimann die Ergebnisse: „Der Mangel an Unwissenheit, die Unfähigkeit, bei psychisch Gestörten verschiedene Verhaltensmuster zu unterscheiden, führt dazu, in jedem Geisteskranken eine Bedrohung zu sehen, obwohl ernste Aggressionen nur von einer Minderheit unter besonderen Bedingungen zu erwarten sind." [16]) — Daß jedoch der Laie nur nach dieser „Minderheit" gefragt wurde, die Interpretation der Daten aber unzulässigerweise auf das gesamte Spektrum psychisch abweichenden Verhaltens ausgedehnt wurde, wird nicht bedacht.

Daß der Laie hingegen sehr wohl in der Lage ist, den Problemkreis psychischer Erkrankungen sehr differenziert beurteilen zu können, zeigen die intensiven und umfangreichen Erhebungen zu dieser Problematik, die in Köln und Düsseldorf in den Jahren von 1969 bis 1972 durchgeführt wurden.

Zu den semantischen Problemen kommt, daß die bislang vorliegenden Umfrage-Daten einer methodenkritischen Analyse nicht standhalten. Denn Einstellungs-Skalen, die in den meisten Untersuchungen Anwendung fanden, provozieren ‚Antwort-Stile', die weitgehend als Reaktionen auf das Meßinstrument, nicht jedoch als Reaktionen auf die vorgegebenen Inhalte angesehen werden müssen. Die Erscheinungsformen des ‚response-set' lassen sich am deutlichsten anhand der bislang am intensivsten erforschten ‚Antwort-Stile' dingfest machen: So läßt sich zeigen, daß die Ergebnisse der Untersuchungen zu den Vorurteilen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken zu einem nicht unerheblichen Teil beeinträchtigt sind durch die Neigung der Befragten, *sozial erwünschte* Antworten zu geben [17]) und durch die Tendenz (vor allem bei Befragten mit geringer formaler Schulbildung), auf vorgegebene Aussagen in Interview-Situationen *zustimmend zu reagieren.* [18]) Dadurch jedoch verlieren die anhand von Skalen erhobenen Einstellungen und Vorurteile weitgehend jede Aussagefähigkeit.

4. Prämisse

Bei einer weiteren Prämisse, die bei den Erörterungen um den Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken nicht expliziert und somit auch nicht problematisiert wird, handelt es sich darum, daß ausschließlich von Vorurteilen auf der Seite der Laien gesprochen wird, während das Verhalten der psychiatrischen Experten — wenn es in diesem Kontext überhaupt aktualisiert wird — von vornherein als von Vorurteilen unbelastet akzeptiert wird.

Die Studien über Vorurteile zu psychisch Kranken leiden darunter, daß man a priori bestrebt war, ausschließlich die Vorurteile der Laien zu erforschen. (Daß ein umgekehrter Forschungsansatz genauso

---

[12]) Ein ausführlicher Überblick zu diesen Studien findet sich bei W. Stumme, Die differenzierten Vorstellungen des Laien zum Problemkreis psychischer Erkrankungen — eine Kritik der Vorurteilsforschung, Diss., Köln 1972, und Ders., Psychische Erkrankungen — Im Urteil der Bevölkerung, München, Berlin, Wien 1975.

[13]) Vgl. hierzu: W. Stumme, Zur Relevanz eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25, 1973, S. 386 bis 402 und Ders., Die differenzierten . . ., a. a. O.

[14]) Vgl. hierzu: W. Stumme, Was heißt ‚Geisteskrankheit'?, in: Der Nervenarzt 41, 1970, S. 294 bis 298.

[15]) Vgl. hierzu besonders: W. Stumme, Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken — Vorurteil oder Urteil?, in: H. Lauter und J.-E. Meyer (Hrsg.), Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart 1971, S. 43 bis 50.

[16]) H. Reimann, Die Gesellschaft und der Geisteskranke, in: Sozialpsychiatrie 4, 1969, S. 89.

[17]) Vgl. hierzu: D. L. Phillips, Rejection of the Mentally Ill: The Influence of Behavoir and Sex, in: American Sociological Review 29, 1964, S. 679—687 und Ders., Knowledge from What?, Chicago 1971.

[18]) Vgl. hierzu: L. G. Carr, The Srole Items and Acquiescence, in: American Sociological Review 36, 1971, S. 287 bis 293. H. Esser, Soziale Regelmäßigkeiten des Befragtenverhaltens, Diss. Köln 1973. W. Stumme, Die differenzierten . . ., a. a. O.

zu rechtfertigen wäre, kann den Erörterungen zu Prämisse 2 entnommen werden). Bei dieser unausgewogenen Forschungskonzeption fällt besonders ins Gewicht, daß die für den Laien erkennbare Realität psychiatrischen Handelns nicht in die Untersuchungen einbezogen wurden.

„Die wenig kooperative Haltung der Bevölkerung ist überall da spürbar geworden, wo — zum ersten Mal in der Geschichte der Psychiatrie — der Versuch unternommen wurde, Patienten in nennenswertem Umfang in eine darauf nicht vorbereitete Umwelt zu entlassen. Daß die Bevölkerung in der unmittelbaren Umgebung der wenigen Kliniken, die derartige Rehabilitationsversuche starteten — in einer psychiatrischen ‚Landschaft', in der ringsum eine kustodiale Anstaltspsychiatrie das Bild noch entscheidend gestaltete — nicht sofort mit fliegenden Fahnen zur (intramural postulierten) Mitarbeit bereit war, wurde *einseitig* dem Vorherrschen vorurteilsvoller Haltungen der Bevölkerung den psychisch Kranken gegenüber zugeschrieben.

Daß auch die „Drehtürpsychiatrie" weit mehr eine bedauerliche Auswirkung noch in der Entwicklung steckender therapeutischer und rehabilitativer Bemühungen ist denn eine Konsequenz der bei Laien vermuteten Vorurteile, bleibt im Rahmen der Vorurteilsforschung undiskutiert. Ebenso unerwähnt bleibt auch die Tatsache, daß all das, was heutzutage der Bevölkerung mit Entrüstung als ein durch nichts gerechtfertigtes Vorurteil vorgehalten wird, über lange Zeit zum gesicherten Repertoire der Wissenschaft zählte, wobei die Psychiatrie in der Vergangenheit möglicherweise nur unkritisch die bei Laien vorhandenen Vorstellungen artikulierte. Mit einer geringen zeitlichen Verzögerung wurden dann die von der Wissenschaft ‚autorisierten' Erkenntnisse vom Laien rezipiert und gehören noch immer zu seinem festen Erfahrungssatz.

Im Brennpunkt der Bemühungen der Vorurteilsforscher haben immer die Ansichten der Bevölkerung zu ‚Geisteskranken' gestanden, wobei die sich dem Laien darüber hinaus bietende *Realität* — wie beispielsweise das Fehlen adäquater Einrichtungen, die Situation innerhalb psychiatrischer Großkrankenhäuser oder die unzureichenden therapeutischen und rehabilitativen Anstrengungen — im Rahmen der Umfragen nie thematisiert wurde. Durch das Ausblenden der Problematik unzureichender psychiatrischer Versorgung konnte so — mit Hilfe der Vorurteilsforschung — der Eindruck erweckt und bestärkt werden, daß die Unzulänglichkeiten psychiatrischen Handelns fast ausschließlich ein Problem verbal artikulierter Ansichten von nicht zuständigen Laien seien." [19])

In diesem Zusammenhang wären ferner all die katastrophalen Mißstände zu nennen, die die Psychiatrie in der letzten Zeit zunehmend zu einem ‚sozialen Problem' haben werden lassen und die letztlich auch zu der Initiative politischer Gremien geführt haben, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie erstellen zu lassen. Daß die Situation innerhalb psychiatrischer Großkrankenhäuser den Laien jedoch bekannt ist, haben die Studien in Düsseldorf deutlich gemacht. [20]) In diesem Zusammenhang sei noch einmal daran erinnert, daß ca. eine Viertel Million Bürger jährlich aus psychiatrischen Einrichtungen entlassen werden und „draußen" erzählen, was sie „drinnen" erlebt haben.

Dafür, daß für die Psychiatrie selbst das Postulat der Heilbarkeit — zumindest bei den schweren psychischen Störungen wie z. B. den Demenzen und Defekten — noch weitgehend unerfüllbar ist, geben die Stationen mit chronisch Kranken in psychiatrischen Krankenhäusern ein beredtes Beispiel. Wenn aber die Laien auf die Frage, ob extrem psychisch Gestörte als unheilbar gelten, in den meisten Fällen zustimmend reagieren, dann wird das der Bevölkerung als ein Vorurteil angelastet. Tabuisiert wird dabei beispielsweise, daß die Forderung nach einer „Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens" nicht von den so vorurteilsvollen Laien, sondern vom damaligen Ordinarius für Psychiatrie in Freiburg, A. Hoche, zusammen mit dem Kreisgerichtspräsidenten Binding erhoben wurde. Unter maßgeblicher Beteiligung der Psychiatrie wurden zunächst aufgrund des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" von 1933 an Zwangssterilisationen durchgeführt und ab 1939 sind ca. 80 000 bis 100 000 psychisch Kranke, Anfallskranke und geistig Behinderte und ca. 5 000 hirngeschädigte Kinder getötet worden. [21]) — Aktionen dieser Art wurden sicher nicht ausgelöst von den Vorurteilen der Laien, die auf die Euthanasie-Aktion keinen Einfluß hatten, sondern es ist wahrscheinlicher, daß der Laie diese Kapitulation der Psychiatrie als eine wissenschaftlich begründete und — da unter Beteiligung von Experten durchgeführt — notwendige Maßnahme zur Kenntnis genommen hat.

„Die ‚geschlossenen Stationen' in psychiatrischen Krankenhäusern sind ein beredtes Beispiel dafür, daß die psychiatrische Praxis (noch?) nicht in der Lage ist, das idealtypische humane Denkmodell zu realisieren, an dem man sich nur allzu gerne orientiert, wenn man auf die Vorurteile in der Bevölkerung verweist. Die bei Laien anzutreffenden Vorstellungen über die *Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit* von Geisteskranken sind selbst in den Dienstanweisungen über die „Durchführung des Wachsaaldienstes" wiederzufinden, wenn es da u. a. heißt: ‚Die mit dem Wachsaal verbundenen Gefahren liegen in der Unberechenbarkeit der Kranken.' " [22])

Beispiele dieser Art ließen sich beliebig fortsetzen. — Hier kam es darauf an zu zeigen, daß die sich

---

[19]) W. Stumme, Faszination und Relevanz der Vorurteilsforschung. Ein Diskussionsbeitrag zur Erforschung von Vorurteilen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken, in: Psychiatrische Praxis 1, S. 5 f.

[20]) W. Stumme, Zwischenberichte an die Deutsche Forschungsgemeinschaft zum Forschungsvorhaben „Die Einstellungen der Bevölkerung zu Geisteskranken, Geisteskrankheiten und psychiatrischen Institutionen", 1970, 1971, 1972. Ders., Die differenzierten . . ., a. a. O.

[21]) Vgl. hierzu: K. Dörner, Nationalsozialismus und Lebensvernichtung, in: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 2, 1967, S. 121 bis 152.

[22]) W. Stumme, Das Verhältnis . . ., a. a. O., S. 48.

dem Laien bietende Realität allzu viele Orientierungsmöglichkeiten bietet für die Beurteilung psychiatrischen Handelns und psychiatrischer Institutionen.

„In zwei Studien ist bisher der Versuch gestartet worden, durch die Verwendung gleicher Einstellungs-Skalen bei psychiatrischen Laien einerseits und psychiatrischen Experten andererseits die Attitüden zu ‚Geisteskranken' zu untersuchen und miteinander zu vergleichen. Bei der Analyse der Ergebnisse zogen es Nunnally (1961) und seine Mitarbeiter — genau so wie auch Jaeckel und Wieser (1970) bei der Wiederholung dieser Studie in Deutschland — vor, nur noch von geringfügigen Differenzen im Wissensstand über psychische Erkrankungen zu sprechen: Auf die fast gleichlautenden Attitüden der Laien *und* Experten wiesen die Autoren in diesem Zusammenhang nicht hin." [23]) — Hier ist die Chance vertan worden, die „psychiatric point of view" [24]) explizit zu machen, an dem implizit die Vorurteile der Laien immer gemessen werden.

Es ist zu vermuten, daß mit dem ‚psychiatric point of view' — oft „nur in Ansätzen realisierte — Konzepte gemeint sind, die von einer Minorität innerhalb psychiatrischer Professionen getragen werden" [24a]) — mit der vorwiegend anzutreffenden und für den Laien wahrnehmbaren Situation der Psychiatrie jedoch hat der ‚psychiatric point of view' nur äußerst wenig Berührungspunkte.

5. Prämisse

Eine der folgenreichsten Prämissen, deren Offenlegung bei der Erörterung von Konzepten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken nie erfolgt, drückt sich in der Annahme aus, daß die Vorurteile, über die jemand verfügt, gleichsam das Verhalten steuern bzw. beeinflussen. Wenngleich diese Überlegungen plausibel erscheinen mögen, so muß dennoch mit allem Nachdruck darauf verwiesen werden, daß zahlreiche empirische Überprüfungen dieses ‚Attitüdenkonzepts' bislang den Nachweis nicht erbringen konnten, wonach zwischen der Einstellung bzw. dem Vorurteil und dem Handeln einer Person ein Zusammenhang besteht: Die (ca. 50) Studien, die sich bisher mit diesem Problem befaßt haben, haben durchweg den umgekehrten Zusammenhang aufgedeckt — nämlich, daß es *keine* Beziehung gibt zwischen den erforschten Einstellungen und Vorurteilen einerseits und dem Handeln andererseits! [25])

Bezogen auf die hier zu erörternden Problematik bedeutet das, daß es zur Zeit keinen wissenschaftlich überzeugenden Grund gibt anzunehmen, daß Vorurteile der Laien gegenüber psychisch Kranken das Verhalten zu diesem Personenkreis in irgendeiner Weise beeinflussen würden.

6. Prämisse

In einem engen Zusammenhang mit der vorangegangenen Prämisse ist die — ebenfalls nie explizit gemachte — Annahme zu sehen, wonach postuliert wird, daß Vorurteile mit den herkömmlichen Mitteln der Informationsvermittlung korrigiert werden können.

Es gehört schon zur Tradition der Untersuchungen in diesem Bereich, davon auszugehen, daß Veränderungen in den Attitüden bzw. Vorurteilen zu psychisch Kranken ausschließlich über die Bereitstellung von (sorgsam auszuwählenden) Informationen erfolgreich sein können. Dabei wird ferner unterstellt, daß veränderte Einstellungen zwangsläufig auch das gewünschte Verhalten produzieren. (Vgl. hierzu die Erörterungen zu Prämisse 5)

Insko [26]) hat kürzlich zahlreiche Hypothesen — der amerikanischen Konvention entsprechend: Theorien — über Einstellungsänderungen analysiert und kommt zu dem Schluß, daß keine der von ihm in die Untersuchung einbezogenen Theorien „perfekt oder nahezu perfekt ist. Künftige wissenschaftliche Untersuchungen werden zweifellos die Unzulänglichkeit dieser theoretischen Ansätze in immer stärkerem Maße hervortreten lassen. Die Theoretiker von morgen werden jedoch die Möglichkeit haben, von den Fehlern ihrer Vorgänger zu profitieren und dann hoffentlich zu wissenschaftlich präziseren Formulierungen gelangen. Welches letztlich auch immer das Ergebnis theoretischer Vervollkommnung sein mag, diese Theorien sind die ersten zaghaften Schritte auf dem Weg zu größerer Wissenschaftlichkeit." [27])

Über die Aussage von Cumming und Cumming, die sie nach einer eingehenden kritischen Analyse ihres intensiven und extensiven Versuchs, Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zu verändern, gemacht haben, ist man gegenwärtig noch nicht

---

[23]) W. Stumme, Faszination ..., a. a. O., S. 6. Vgl. hierzu: J. C. Nunnally, Popular Conceptions of Mental Health — Their Development and Change, New York 1961. M. Jaeckel und St. Wieser, Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit, Stuttgart 1970.

[24]) Vgl. J. W. Woodward, Changing Ideas on Mental Illness and its Treatment, in: American Sociological Review 16, 1951, S. 446 bis 454.

[24a]) W. Stumme, Faszination ..., a. a. O., S. 6.

[25]) Vgl. hierzu u. a.: R. T. LaPiere, Attitudes versus Actions, in: Social Forces 30, 1934, S. 230 bis 237. Q. McNemar, Opinion-Attitude Methodology, in: Psychological Bulletin 43, 1946, S. 289 bis 374. H. Blumer, Attitudes and the Social Act, in: Social Problems 3, 1955, S. 59 bis 65. M. L. DeFleur und F. R. Westie, Attituge as a Scientific Concept, in: Social Forces 42, 1963—64, S. 17 bis 31. I. Deutscher, Words and Deeds: Social Science and Social Policy, in: Social Problems 13, 1966, S. 235 bis 254. A. W. Wicker, Attitudes versus Actions: The Relationship of Verbal and Overt Behavioral Responses to Attitude Objects, in: Journal of Social Issues 4, 1969, S. 41 bis 78. H. Benninghaus, Soziale Einstellungen und soziales Verhalten. Zur Kritik des Attitüdenkonzepts, in: G. Albrecht, H. Daheim und F. Sack (Hrsg.), Soziologie, Sprache, Bezug und Praxis, Verhältnis zu anderen Wissenschaften, Opladen 1973, S. 671 bis 707.

[26]) C. A. Insko, Theories of Attitude Change, New York 1967.

[27]) Ebenda, S. 348.

hinaus: „Hätten wir, bevor wir nach Blackfoot (Name der kleinen kanadischen Gemeinde, d. Verf.) kamen, über ein umfassenderes theoretisches Rüstzeug verfügt, ... dann wäre unser Vorhaben mit Sinn und Verstand durchgeführt worden; so jedoch hatte es den Charakter eines noch recht unreifen Versuches. Die bedeutendste *praktische* Erkenntnis war — kurz gesagt — die, daß nichts in der Praxis so zweckmäßig ist wie eine *gute Theorie*." [28])

Das Ehepaar Cumming hat ein halbes Jahr lang ein sehr ehrgeiziges und umfassendes ‚educational program' in einer kleinen kanadischen Gemeinde durchgeführt. In diesem Umfang und mit dieser Intensität ist seit 1950 nicht wieder versucht worden, systematisch Vorurteile zu beeinflussen: Den häufig veranstalteten Informationsabenden schlossen sich fast immer ausführliche Diskussionen an; die Einwohner wurden auf entsprechende Rundfunksendungen aufmerksam gemacht, die während dieser Zeit besonders häufig ausgestrahlt wurden; Filme zum Thema ‚mental health and mental illness' wurden gezeigt; einschlägiges Informationsmaterial wurde verteilt; an diesem Vorhaben beteiligte sich auch die Lokalpresse; die örtliche Bibliothek wurde ergänzt — und die Bücher zum Thema Psychiatrie wurden auch häufiger ausgeliehen. Das gesamte Programm basierte im wesentlichen auf der Mitarbeit der Bevölkerung, die bei der Planung fast aller Veranstaltungen herangezogen wurde und diese dann auch weitgehend selbständig durchführte; Kirchen und Schulen beteiligten sich; die vielfältigen Vereine des Ortes wurden sehr stark aktiviert. — Die Anteilnahme der Gemeinde an diesem ‚educational program' nahm zum Ende des halben Jahres spürbar ab und schlug schließlich in eine aggressive Haltung um. — Cumming und Cumming konnten für dieses Verhalten keine überzeugende Erklärung finden.

Im Januar 1957 hat die BBC in Großbritannien eine fünfteilige Serie unter dem Titel „Hurt Mind" ausgestrahlt. Diese Fernsehserie behandelte verschiedene Probleme im Zusammenhang mit der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung psychischer Erkrankungen. Carstairs und Wing [29]) haben die Zuschriften der Fernsehzuschauer analysiert. Dabei handelte es sich um 1 267 Briefschreiber, die keinen repräsentativen Querschnitt der Teilnehmer an BBC-Programmen abgeben. — Carstairs und Wing kategorisierten die (insgesamt 1 842) verschiedenen Themenbereiche in folgende Gruppen: 1. Anfragen bezüglich einer Beratung in bestimmten Krankheitsfällen (erwähnt in 554 Briefen), 2. Anfragen nach weiterer Information (erwähnt in 526 Briefen), 3. Klagen über psychiatrische Krankenhäuser (erwähnt in 154 Briefen). Alle weiteren Themen sind von den Briefschreibern seltener angesprochen worden, so z. B. auch die Fragen, die sich mit dem ‚Stigma of Mental Illness' befaßten; hierzu haben Patienten und ihre Angehörigen sich in 56 Briefen geäußert. — Carstairs und Wing folgern aus ihrer Inhaltsanalyse, „daß das Bedürfnis deutlich wurde, die Gesundheitserziehung in diesem Bereich fortzusetzen."

Ob und inwieweit mögliche Vorurteile mit derartigen Informationen (verändernd oder verstärkend) zu beeinflussen sind, kann nicht gesagt werden. Psychologie, Sozialpsychologie und Soziologie wie auch die Kommunikationswissenschaften sind gegenwärtig (noch) nicht in der Lage, zuverlässige Kriterien auch nur in Ansätzen anzubieten, um den Erfolg vorurteilsbeeinflussender Maßnahmen überprüfen zu können.

Welchen Erfolg beispielsweise Ausstellungen, Tagungen und Schulungskurse in bezug auf vorurteilsverändernde Wirkungen haben, ist völlig offen. Auswirkungen von Informationsschriften in Hinblick auf erstrebte Veränderungen von Vorurteilen sind nicht bekannt; wohl wird sich — was nicht wenig ist — im Einzelfall nachweisen lassen, wieviele Informationsschriften welche Zielgruppen erreicht haben — was sie jedoch bewirken können und tatsächlich bewirken, ist beim Empfänger dieser Informationen bislang nicht erforscht: Nur dort jedoch kann eine Erfolgskontrolle sinnvoll einsetzen. Vergleichbares wäre zu Rundfunk-, Fernseh- und Pressepublikationen zu sagen. Die seltenen Untersuchungen, die hierzu durchgeführt wurden, befassen sich nur mit den Inhalten derartiger Informationen.

So bleiben beispielsweise Redlich [30]), Nunnally und seine Mitarbeiter [31]) wie auch Schneider und Wieser [32]) mit ihren beachtenswerten Studien jedoch im Vorfeld der eigentlichen Effizienzüberprüfung stecken, [33]) da sie ausschließlich die Psychiatrie-relevanten Inhalte in den Massenkommunikationsmedien analysieren, ohne sich dem Problem der Auswirkungen dieser Inhalte auf die Empfänger zu nähern.

7. Prämisse

Bei Erörterungen um eine geeignete Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie ist regelmäßig ein Konsensus darüber anzutreffen, daß die Vorurteile der Laien gegenüber psychisch Kranken jegliche Bemühungen, die Situation der psychisch Kranken zu verbessern, erheblich beeinträchtigen. Es erscheint notwendig, diese Prämisse einmal zu explizieren, da sie nicht nur zum Auslöser für Dis-

---

[28]) E. Cumming und J. Cumming, Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education, Cambridge, Mass. 1957, S. 158.

[29]) G. M. Carstairs und J. K. Wing, Attitudes of the General Public to Mental Illness, in: British Medical Journal 2, 1958, S. 594 bis 597.

[30]) F. C. Redlich, The Psychiatrist in Caricature: An Analysis of Unconscious Attitudes toward Psychiatry, in: American Journal of Orthopsychiatry 20, 1950, S. 550 bis 571.

[31]) J. C. Nunnally, Popular Conceptions . . ., a. a. O.

[32]) U. Schneider und St. Wieser, Der psychisch Kranke in den Massenmedien. Ergebnisse einer systematischen Inhaltsanalyse, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 40, 1972, S. 136 bis 163.

[33]) Vgl. W. Stumme, Das Bild vom psychisch Gestörten und seinem Therapeuten in den Massenmedien, in: Praxis der Psychotherapie 18, 1973, S. 193 bis 199.

kussionen um eine geeignete Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie geworden ist, sondern weil sie auch leicht dazu verleitet, Reformbemühungen so lange auf Eis zu legen, bis irgendwann einmal genehme Vorstellungen bei Laien anzutreffen sind.

Sack weist mit aller Entschiedenheit darauf hin, daß die „implizite Unterstellung schlicht falsch ist, eine aufgeklärte und reformbereite Öffentlichkeit sei eine unabdingbare Voraussetzung, eine hinreichende oder auch notwendige Bedingung dafür, daß Reformen durchgeführt werden. Ebensowenig behindert eine reformunwillige und vorurteilsgesättigte Öffentlichkeit ernsthaft das Bemühen um strukturelle Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung einer Gesellschaft.

Es handelt sich m. a. W. in erster Linie um ein politisches Problem, um einen Entscheidungsprozeß, in dem man sich vielleicht rationalisierend auf demoskopische Umfrageergebnisse in der einen oder anderen Richtung beziehen kann, aber dieser Vorgang der Herstellung oder Erzeugung von Legitimität qua Öffentlichkeit ist eher ein Schattenboxen denn ein effizienter Schritt auf dem Wege zu Reformen.

Entsprechend absurd erscheinen mir denn auch die Folgerungen, die aus solchen Untersuchungen oft gezogen werden. Das Ergebnis besteht in vielen Fällen darin, daß ein Reeducation-Programm entworfen wird, die Forderung ernsthaft erörtert wird, die allgemeine Öffentlichkeit zu Mini-Psychiatern zu machen, zu atomisierten Laien-Heilkundigen, zu Gesprächspartnern für die im Stich gelassenen Reformfreudigen, mit deren Hilfe dann, so wird es suggeriert, das Reformwerk wie von selbst als reife Frucht vom Baume der Erkenntnis fällt.

Abgesehen davon, daß man kaum glauben kann, daß sich die Protagonisten einer solchen Strategie in anderen als öffentlichen Situationen ritualisierten Stils und Bekennens einer solchen Naivität hingeben, abgesehen auch davon, daß Erziehung und Aufklärung in angebbaren Situationen allemal die Einsegnung gegebener Verhältnisse eher als ihre Veränderung zur Konsequenz haben, offenbart sich darin eine Ignoranz der tatsächlichen Bedingungen der Veränderung von Institutionen und Strukturen, die bei den gegebenen Erfahrungen der Beteiligten nur derjenige nicht vorsätzlich nennen wird, der dahingehen läßt, daß Nichtwissen zur legitimen Wechselmünze jedweder Exkulpation wird." [34])

III. Zur Notwendigkeit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung

Die Ausführungen zu den impliziten Prämissen haben deutlich werden lassen, wie unzulänglich — beim gegenwärtigen Wissensstand — all die Aktivitäten bleiben müssen, die im Rahmen dessen möglich sind, was in Forschung und Praxis als Öffentlichkeitsarbeit diskutiert und praktiziert wird.

So wurde u. a. darauf hingewiesen, daß die Vorhaben, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken, seelisch und geistig Behinderten abzubauen, mit den Aufgaben und Möglichkeiten der Gesundheitserziehung und der gesundheitlichen Aufklärung nicht gleichzusetzen sind, auch wenn es gelegentlich Berührungspunkte geben mag; des weiteren wurde verdeutlicht, daß die Problematik der Vorurteile bei Diskussionen um eine adäquate Öffentlichkeitsarbeit häufig überschätzt wird; ferner wurde dargelegt, daß diejenigen Untersuchungen, die die Erforschung der Vorurteile zu psychisch Kranken zum Gegenstand hatten, wegen einer Vielfalt ungelöster methodischer Probleme keine zuverlässige Auskunft über Existenz, Struktur und Ausmaß der tatsächlich anzutreffenden Vorurteile geben können; die Problematik wurde erörtert, die sich daraus ergibt, daß bei Untersuchungen über die Vorurteile zu psychisch Kranken (und den daraus abgeleiteten Zielgruppen für eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit) ausschließlich auf psychiatrische Laien abgestellt wird; in besonderem Maße problematisch erschien des weiteren, daß die bislang des öfteren wissenschaftlich widerlegte Annahme, wonach es einen Zusammenhang zwischen Einstellungen oder Vorurteilen einerseits und dem tatsächlichen Verhalten andererseits gibt, undiskutiert zur Grundlage einer für möglich gehaltenen Öffentlichkeitsarbeit gemacht wird; in gleichem Maße unbewiesen ist bislang auch die Annahme, daß Vorurteile (und als vermutete und erhoffte Konsequenz auch das Verhalten) durch die Bereitstellung von Informationen zu beeinflussen seien; die Prämisse mit den für die psychiatrische Praxis weitreichendsten Konsequenzen schließlich besagt, daß es völlig irrelevant ist, ob und welche Vorurteile bei unbeteiligten Laien anzutreffen seien, da Veränderungen der Situation, unter der psychisch Kranke leiden, von ganz anderen Bedingungen abhängen.

Eine wissenschaftlich abgesicherte Notwendigkeit, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken mit den Mitteln der Öffentlichkeitsarbeit wirksam zu beeinflussen, läßt sich — zumindest gegenwärtig — nicht begründen. Vielmehr kann angenommen werden, daß es — anstatt den fragwürdigen Umweg der Beeinflussung weitgehend unbeteiligter Dritter einzuschlagen — erfolgversprechender zu sein scheint, die Situation der psychisch Kranken, seelisch und geistig Behinderten *direkt zu verändern*. „Diese Veränderungen müssen aber — ohne Zutun einer weitgehend unbeteiligten Bevölkerung — von den Experten selbst in Gang gesetzt werden. Nur die Realisierung zeitgemäßer therapeutischer, rehabilitativer und institutioneller Konzepte jedoch löst das Problem einer der Psychiatrie gegenüber sich skeptisch verhaltenden Bevölkerung — umgekehrt aber ist dieser Weg nicht gangbar." [35])

In diesem Zusammenhang sei das Cornell-Peru-Projekt erwähnt, bei dem es gelungen ist, eine Ände-

[34]) F. Sack, Die verhinderte Öffentlichkeit und ihre Funktionen, in: H. Lauter und J.-E. Meyer (Hrsg.), Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart 1971, S. 56 f.

[35]) W. Stumme, Faszination . . ., a. a. O., S. 9.

rung des Verhaltens nicht durch einen *vorherigen* Wandel der Einstellungen und Werte zu erzielen, sondern durch eine Veränderung der Situation, die dann das gewünschte Verhalten zeitigte. [36])

„Im Jahre 1952 war die indianische Gemeinde der Vicos-Hazienda in einem stark desorganisierten Zustand: ‚Es fehlte an Stellen für öffentliche Angelegenheiten ... Eine adäquate Führung war nicht entwickelt und es bestand fast kein öffentlicher Dienst.' Dazu ‚war Kooperation innerhalb der Gemeinde eher die Ausnahme als die Regel und der Widerstand gegen die Außenwelt war stark. Die Attitüden dem Leben gegenüber waren statisch und pessimistisch', und der Lebensrhythmus hatte sich seit der Ankunft der Spanier vor 300 Jahren nicht geändert. Ackerbau gründete sich auf das Motto ‚pflanzen und beten', und die indianischen Bauern arbeiteten gewöhnlich langsam und produzierten nur wenig mehr als ihr Existenzminimum." [37]) Der übliche Weg, in einer derartigen Situation Veränderungen zu initiieren, ist zu versuchen, die Einstellungen der Betroffenen in die gewünschte Richtung zu lenken. (Wie wenig effizient diese Vorgehensweise ist, beschreibt Myrdal in eindrucksvoller Weise. [38]))

„Statt jedoch die Persönlichkeit und die Attitüden der Indios zu ändern, begannen der Anthropologe Holmberg und seine Mitarbeiter (es gab nie mehr als zwei Berater auf der Hazienda) einen breit angelegten und vollständigen Lösungsversuch des Entwicklungsproblems, der Wirtschaft und Technologie, Ernährung und Gesundheit sowie Erziehung und soziale Organisation einschloß. ... Im Jahre 1952 richtete sich das Geschick der Indios fast ausschließlich nach den Launen des Grundherren, der nahezu alle Entscheidungen selbst traf und den Vertretern der Indios lediglich die Gestaltung religiöser Festlichkeiten überließ." [39])

Holmberg und seine Mitarbeiter haben — unter Beteiligung aller Dorfbewohner — systematisch die ökonomischen Bedingungen in Vicos verändert. Zunächst wurde der unbezahlte Haushaltsdienst für den Hazienda-Patron durch bezahlte Arbeit ersetzt. „Nach und nach wurde Macht auf die indianischen Gemeindeführer übertragen; wöchentlich Treffen veranstaltet, Entscheidungen diskutiert und allmählich wichtige Verantwortlichkeiten den Indios übertragen — Entscheidungen zu treffen, sie auszuführen und verantwortlich für Erfolg und Mißerfolg der indianischen Aktivitäten zu sein. Ausbildung, die vorher kein Ziel gewesen war, wurde, nachdem die Qualität der Lehrer verbessert war, nachdem Kinder nicht mehr für Garten- und Hausarbeit herangezogen wurden und nachdem ein Schulspeisungsprogramm eingerichtet war, erstrebenswert. Später wurden die Fähigkeit zu lesen und die durch die Ausbildung verbesserte Kenntnis der Außenwelt zu hinreichenden Verstärkungsmechanismen für die Führer selbst und gleichzeitig führten sie dazu, daß die Schule sowohl bei Kindern wie bei Eltern populär wurde. Die Ergebnisse des Vicos-Projektes zeigten sich bei der Übertragung der Hazienda an die indianische Gemeinde im Jahre 1957, nachdem die Indios die vollständige Kontrolle über die Arbeiten auf der Hazienda erlangt hatten." [40]) Das Verhalten der Indios, das sich nunmehr wieder auszeichnete durch die Hochschätzung von Arbeit, Sparsamkeit und Zusammenarbeit, wäre ohne eine Veränderung der Arbeits- und Lebensbedingungen nicht zu erzielen gewesen.

Diese beobachteteVerhaltensänderung kann in vielerlei Hinsicht dazu dienen, die Hypothese zu unterstützen, die besagt, daß eine veränderte, d. h. unter anderem auch in therapeutischer und rehabilitativer Hinsicht erfolgreiche Psychiatrie über kurz oder lang die Forderung nach dem Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken fast als absurd erscheinen läßt. In doppelter Weise könnte eine derartige Forderung als überholt angesehen werden: Einmal wäre die Situation für die psychisch Kranken selbst insofern problemfreier geworden, als ihnen nach erfolgter und erfolgreicher Behandlung all die professionellen Hilfen zuteil würden, die sie gegenwärtig allzu oft nur aus Festtagsreden kennen; zum anderen würde — angesichts der Tatsache, daß der psychiatrische Laie sich bislang immer am Handeln der psychiatrischen Experten orientiert hat (was ihm dann jedoch zum Vorwurf gereichte, wenn er neuere wissenschaftliche Erkenntnisse nicht mindestens genau so schnell rezipierte wie die Gesamtheit aller psychiatrischen Professionen) — eine veränderte Psychiatrie dem Laien demonstrieren, daß psychisch Kranke in der Tat kein Objekt vorurteilsvollen Denkens und ablehnenden Verhaltens sein müssen.

Beispiele einer Gemeinde-orientierten Psychiatrie, wie beispielsweise bei der Rheinischen Landesklinik in Rheydt oder bei der Tagesklinik in Zürich, belegen, daß die Vorurteile in der Bevölkerung zu psychisch Kranken keine wesentliche Rolle spielen und daß die möglichen Vorbehalte gegenüber psychiatrischen Einrichtungen — nicht zuletzt wegen der erfolgreichen Arbeit dieser Institutionen — ebenfalls gegenstandslos sind. In den Niederlanden wie auch in den skandinavischen Ländern werden beispielsweise Probleme der Vorurteile gegenüber psychisch Kranken so gut wie überhaupt nicht diskutiert — und dies sicher nicht, weil (— wenn es so etwas überhaupt gibt —) die nationalen Charaktere so grundverschieden sind, sondern weil eine qualitativ (aber auch quantitativ) bessere Psychiatrie praktiziert wird.

Diese wenigen Beispiele zeigen bereits, daß eine gute Psychiatrie die beste Öffentlichkeitsarbeit (im Sinne der public relations) ist.

---

[36]) Zitiert nach: J. H. Kunkel, Verhaltenstheoretische Perspektiven der wirtschaftlichen Entwicklung, in: R. König, G. Albrecht, W. S. Freund und D. Fröhlich (Hrsg.), Aspekte der Entwicklungssoziologie, Sonderheft 13 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln und Opladen 1969, S. 552 bis 586.

[37]) Ebenda, S. 572.

[38]) Vgl. G. Myrdal, Politisches Manifest über die Armut in der Welt, Frankfurt am Main 1970.

[39]) J. H. Kunkel, Verhaltenstheoretische ..., a. a. O., S. 572.

[40]) Ebenda, S. 573.

Die noch vor einigen Jahren in Deutschland beobachtbare Tendenz, den von der Psychiatrie vorgebrachten Hinweis auf die Vorurteile der Laien zu psychisch Kranken u. a. als Vorwand zu nutzen, „längst überfällige notwendige Reformen nicht in dem erforderlichen Maß in Angriff zu nehmen", [41]) scheint sich abzuschwächen. Es wird jedoch darauf ankommen, z. B. die von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Konzepte und Empfehlungen zur psychiatrischen Versorgung mit Leben zu erfüllen, wobei es vorrangig notwendig sein wird, den psychiatrischen Alltag, der noch immer weithin durch ein eher kustodiales Verhalten der am therapeutischen Prozeß Beteiligten gekennzeichnet ist, durch ein eher partnerschaftliches Verhalten zu strukturieren.

IV. Folgerungen für die Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie

Über psychische Erkrankungen zu informieren, darauf aufmerksam zu machen, wo welche Hilfe zu erhalten ist und wo man diese Hilfe nicht erhalten kann, wo die Situation der psychiatrischen Versorgung (z. B. im Vergleich mit anderen Ländern) als ausreichend und wo als noch mangelhaft anzusehen ist, aber auch Informationen darüber, wie man positive Erfahrungen übernehmen, negative Erfahrungen jedoch nach Möglichkeit nicht wiederholen sollte und vieles andere mehr — all das sind Themen, deren Bewältigung in Zukunft von denen erwartet wird, die ernsthaft darangehen, die Öffentlichkeit für die von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Empfehlungen zu intressieren und somit indirekt einen Beitrag zur Verbesserung der Situation der psychisch Kranken in unserem Lande zu leisten.

Prinzipiell sind dabei *zwei Formen der Öffentlichkeitsarbeit* zu unterscheiden: *Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung* werden sich vorrangig an diejenigen wenden, die psychisch krank sind, die unter den Auswirkungen psychischer Erkrankungen leiden (wie z. B. auch betroffene Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen), die psychisch Kranken und ihren Angehörigen im „Laiensystem" konkrete Hilfen anbieten oder über Hilfsmöglichkeiten informieren wollen und die von psychischen Erkrankungen bedroht sind — womit in letzter Konsequenz die gesamte Bevölkerung gemeint sein kann. Dagegen wird eine *reformbegleitende und eine reformunterstützende Öffentlichkeitsarbeit (Kategoriale Öffentlichkeitsarbeit)* sich primär an diejenigen wenden müssen, ohne deren Handeln die Situation der psychisch Kranken nicht geändert werden kann: Damit ist einmal die Gesamtheit aller in psychiatrischen Institutionen Tätigen gemeint und zum andern wird diese qualifizierte Öffentlichkeitsarbeit an diejenigen gerichtet sein, die auf kommunaler, Landes- und Bundesebene in Politik und Verwaltung Psychiatrie-relevante Entscheidungen zu verantworten haben. Die reformbegleitende und reformunterstützende (kategoriale) Öffentlichkeitsarbeit, die zielgerichtet ist auf eine Veränderung der Situation psychisch Kranker, wird daran gemessen werden, in welchem Umfang es ihr gelingt, Engagement für eine nachhaltige Verbesserung der Lage der psychisch Kranken zu wecken und für eine Kontinuität dieser Bemühungen zu sorgen. Durch eine derartige, an den Auswirkungen der Aktivitäten orientierte Öffentlichkeitsarbeit kann die Realisierung der von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Empfehlungen forciert werden und somit die vom Bürger wahrzunehmende Realität der psychiatrischen Versorgung entscheidend verwandelt werden. Eine Psychiatrie, die nach den Leitlinien und Grundsätzen der von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Versorgungskonzepte organisiert ist, wird dann kaum Ansatzpunkte liefern, Zurückhaltung, Skepsis und auch mögliche vorurteilsvolle Haltungen der Laien zu aktualisieren oder gar zu provozieren.

1 Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung werden primär bemüht sein müssen, die (zum Teil noch sehr spärlichen) wissenschaftlichen Erkenntnisse über präventive und rehabilitative Möglichkeiten einer breiten Öffentlichkeit nahe zu bringen. Ferner wird es sinnvoll sein, die Bevölkerung zu informieren über die verschiedenen Krankheitsformen und die jeweiligen Chancen, dieses Leiden erfolgreich bzw. weniger erfolgreich zu behandeln. Es wird sich möglicherweise als zweckmäßig erweisen, Informationen dieser Art nicht zu detailliert zu vermitteln, da sie — ohne konkreten Bezug — von der Natur der Sache her als zu abstrakt empfunden werden können. (Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung beispielsweise im Bereich chirurgisch oder internistisch zu behandelnder Erkrankungen würden — wenn sie sich allzu sehr in medizinischem Fachwissen verlören — ebenfalls an den (potentiellen) Bedürfnissen vorbeigehen). Eine zu differenzierte Informierung über rein ‚psychiatrische' Probleme psychischer Erkrankungen haben möglicherweise auch zu dem Verdruß der Bevölkerung in der kleinen kanadischen Gemeinde geführt und das Edukations-Programm des Ehepaares Cumming scheitern lassen.

Sehr wichtig in diesem Zusammenhang wird es sein, die Bevölkerung über die sozialen Aspekte psychischer Erkrankungen zu informieren. Gemeint sind damit insbesondere Informationen über konkrete Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten. Hier wäre es zu begrüßen, wenn es z. B. — wie es das seit kurzem in Baden-Württemberg gibt — Informationsschriften für alle Landesteile der Bundesrepublik gäbe, denen Patienten, ihre Angehörigen, aber auch Nachbarn, Vermieter, Arbeitskollegen und Arbeitgeber entnehmen könnten, welches Hilfsangebot in ihrer näheren Umgebung vorhanden ist. Derartigen Informationsschriften sollte z. B. zu entnehmen sein, wo (und zu welcher Zeit) Beratungsstellen, niedergelassene Psychologen, Psychothera-

[41]) W. Stumme, Das Verhältnis . . ., a. a. O., S. 49.

peuten und Fachärzte für Psychiatrie, Ambulatorien und Polikliniken zu erreichen sind; ferner sollten diese Informationsschriften über die Möglichkeiten stationärer Behandlung ausreichend informieren. Sind einige psychiatrische Dienste nicht in erreichbarer Nähe (etwa im Bereich eines Standardversorgungsgebietes), so wäre das ebenfalls mitzuteilen und über weitere Möglichkeiten zu informieren (z. B. die Lage der nächsten Suchtklinik oder geronto-psychiatrischen Einheit).

Informationsschriften dieser Art könnten geeignet sein, der Bevölkerung ein angemessenes Bild davon zu vermitteln, mit welchen (institutionellen) Hilfsangeboten sie jeweils rechnen kann, wenn die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission „gemeindenah" und „bedarfsgerecht" realisiert sein werden.

Neben der auf ein gesundheitsförderndes und gesundheitserhaltendes Verhalten abzielenden Gesundheitserziehung wäre es begrüßenswert, wenn beispielsweise eine weitere Informationsschrift vorbereitet würde, die über die juristischen Probleme besonders im Zusammenhang mit der stationären Unterbringung aufklärt. Zu einer in verständlicher Sprache gehaltenen Information über die Möglichkeiten des Bundessozialhilfegesetzes oder des Arbeitsförderungsgesetzes müßte eine Aufklärung treten, die z. B. anhand von Fallbeschreibungen für den Laien die alternativen Möglichkeiten einer Pflegschaft mit Aufenthaltsbestimmungsrecht, einer Vormundschaft oder einer Unterbringung nach dem jeweils geltenden Landesgesetz (mit den sich jeweils daraus ergebenden Konsequenzen) schildert. Denn nur, wenn sie auch besser als bisher informiert sind, können Laien ihre Hilfe gezielter und effektiver als bislang einsetzen, und sie können beispielsweise auch besser — um bei dem obigen Beispiel zu bleiben — über die alternativen Möglichkeiten bei einer erforderlich gewordenen Unterbringung entscheiden, wenn sie wissen, daß zum Beispiel das Rechtsinstitut der Entmündigung in der Praxis so gehandhabt wird, daß — wenn sich Angehörige nicht finden — zu Entmündigende damit rechnen müssen, einen Vormund zu bekommen, der bei seinen anderen ca. 40—50 Mündeln über Aktenvermerke hinausgehende Hilfen kaum anbieten kann, oder daß eine Entmündigung in das Bundeszentralregister eingetragen wird oder — im Gegensatz zur Pflegschaft — in praxi kaum reversibel ist.

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung müssen so einsetzen, daß sie glaubwürdig sind. Das bedeutet, daß entschieden Tendenzen zurückgedrängt werden müssen, die häufig dann zum Tragen kommen, wenn man — aus mißverstandener Rücksichtnahme — ausschließlich über Positives informiert. Psychiatriebezogene gesundheitliche Aufklärung wird jedoch beim Empfänger immer als unaufrichtig erscheinen, wenn als negativ empfundene Probleme, die psychiatrisches Handeln ebenfalls ausmachen, beschönigt oder tabuisiert werden. Sehr simplifizierend (anhand eines Beispiels) ausgedrückt: Ein Metzgermeister könnte es sich nicht leisten, ohne dabei seine Glaubwürdigkeit (und seine Existenz) zu gefährden, auch den Bauchspeck als Knochenschinken anzupreisen.

Neben der Kontinuität der Gesundheitserziehung und der gesundheitlichen Aufklärung, die sich sowohl aller geeigneten Medien bedienen und sich möglicherweise durch einen speziellen Pressedienst auszeichnen sollte als auch die vielfältigen Laien-Aktivitäten (in Form von Hilfsgemeinschaften, Bürgervereinen, Freiwilligen-Organisationen, Sozialpolitischen Arbeitskreisen u. v. a. m.) beachten und weiter ermuntern sollte, wären bundesweite Aktionen zu erwägen, die — wie beispielsweise die seit 1971 in Großbritannien durchgeführte „National-Mind-Campaign" — unter Beteiligung aller relevanten Organisationen und interessierter Persönlichkeiten auf die gelösten, insbesondere jedoch auf die noch zu lösenden Probleme im Umfeld psychischer Erkrankungen nachhaltig aufmerksam machen sollten.

Meines Wissens ist die Gesundheitserziehung und die gesundheitliche Aufklärung im Bereich der Psychiatrie — so wie sie hier skizziert wurde — am zweckmäßigsten bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt.

2 Kategoriale Öffentlichkeitsarbeit (reformbegleitende und reformunterstützende Öffentlichkeitsarbeit)

Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung können im besten Fall nur indirekt dazu beitragen, die Situation der psychisch Kranken zu verbessern. Nachhaltiger und direkter als es eine auf die gesamte Bevölkerung gerichtete Öffentlichkeitsarbeit jedoch vermag, kann eine kategoriale Öffentlichkeitsarbeit wirken, deren Ziel es sein wird, über die Bekanntmachung der Empfehlungen für eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung, wie sie die Sachverständigen-Kommission erarbeitet, hinaus ein Engagement zu wecken für die zügige Realisierung dieser Empfehlungen.

Im großen und ganzen dürften *zwei* Gruppierungen im Vordergrund einer kategorialen Öffentlichkeitsarbeit stehen: Zum einen handelt es sich um diejenigen, deren Handeln für psychisch Kranke unmittelbare Auswirkungen zeitigt und die täglich ebenfalls wie auch „eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben" [42]) — zumindest aber arbeiten — müssen: das gesamte Personal in psychiatrischen Einrichtungen. Zum anderen wird eine kategoriale Öffentlichkeitsarbeit sich intensiv an diejenigen wenden, die — in Politik und Verwaltung — auf kommunaler, Landes- und Bundesebene Entscheidungen (nicht) fällen, die für die Qualität der psychiatrischen Versorgung von Wichtigkeit sind.

Diese zwei Zielgruppen kategorialer Öffentlichkeitsarbeit — und das läßt sich für die Vergangen-

[42]) Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie, Zwischenbericht, a. a. O., S. 23.

heit nachweisen — sind für den Zustand der psychiatrischen Versorgung entscheidend gewesen: Die einen, weil sie zu lange eine Entwicklung hingenommen haben, deren Auswirkungen sie nun allmählich zu erkennen beginnen — die anderen, weil sie zu lange fast tatenlos zugesehen haben, ohne sich direkt über die Situation der psychisch Kranken (wie auch anderer sozialer Randgruppen) zureichend informiert zu haben.

Das Verhalten dieser Gruppen — und das sei noch einmal mit aller Entschiedenheit betont — ist für die Situation der psychisch Kranken allein entscheidend: Hier muß eine Psychiatrie-spezifische Öffentlichkeitsarbeit einsetzen, wenn man ernsthafte Veränderungen bewirken will.

Den Vorstellungen der fast unbeteiligten und ohne Einfluß bleibenden Bevölkerung kommt daher auch nur eine Alibi-Funktion zu. Notwendige Veränderungen für die Situation der psychisch Kranken lassen sich nicht synchronisieren mit den erhofften (und vielleicht einmal eintretenden) Änderungen möglicher vorurteilsvoller Haltungen der Laien.

Die seit Jahren zunehmende Literatur zu dem Fragenkomplex der Vorurteile von Laien zu psychisch Kranken sollte nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich bisher nur um spekulatives Teilwissen handelt, dessen Wirkungszusammenhang (Einstellungen, Vorurteile — tatsächliches Handeln) immer nur widerlegt, noch nie jedoch bewiesen werden konnte.

Um die Situation der psychisch Kranken zu beeinflussen, ist es daher unerläßlich, sich direkt mit denen ins Benehmen zu setzen, die diese Situation modifizieren können. Der Umweg, über die Beeinflussung der Attitüden unbeteiligter Dritter — in der spekulativen Hoffnung, daß daraus auch ein (bisher nur widerlegtes) verändertes Verhalten resultiert — etwas bewirken zu wollen, muß auf dem Hintergrund ausreichend gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse als absurd erscheinen.

Für die Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie bedeutet das, daß man (— zumindest bis zum Vorliegen diskutabler wissenschaftlicher Ergebnisse —) Abschied nehmen muß von der vertrauten — und daher nur schwer revidierbaren — Überzeugung, man könne auf Vorurteile einwirken, wodurch sich die Lösung anderer Schwierigkeiten problemloser gestaltet. Die kategoriale Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie wird sich daher an diejenigen wenden müssen, die direkt Einfluß nehmen auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung.

2.1 Kategoriale Öffentlichkeitsarbeit: Personal in psychiatrischen Institutionen

Nachdem Goffman [43]) seine Beobachtungen in Heilanstalten veröffentlicht hatte, sind in der Folgezeit zahlreiche weitere Berichte über die Situation in ‚totalen Institutionen' erschienen. Auf die meisten Stationen psychiatrischer Krankenhäuser treffen die gemachten Beobachtungen zu. Berichte über teilnehmende Beobachtungen in Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland haben ebenfalls die Entwürdigung und oft auch die systematische Erniedrigung der psychisch Kranken (insbesondere in geschlossenen Stationen) deutlich gemacht. [44])

Es wird eine vordringliche Aufgabe der kategorialen Öffentlichkeitsarbeit sein, das gesamte Personal in den psychiatrischen Krankenhäusern davon zu überzeugen, daß ein geändertes, d. h. nicht länger an einer gewahrenden psychiatrie orientiertes Verhalten *die* Grundvoraussetzung dafür ist, daß die Lage der psychisch Kranken sich auch wirklich bessert.

Dieses vom Personal zu erwartende Verhalten geht weit über die Beseitigung der ‚brutalen Realität' [45]) und die Inbetriebnahme neuer, den Grundsätzen einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgung entsprechender Einrichtungen hinaus. Während letzteres fast ausschließlich mit finanziellen Mitteln zu realisieren ist, besteht die Gefahr, daß durch eine mangelhafte Vorbereitung des Personals auf die neuen (und alten) Aufgaben „alter Wein in neue Schläuche" genossen wird.

Es wird erforderlich sein, das Personal über das Ergebnis der jahrelangen Bemühungen der Sachverständigen-Kommission ausreichend zu informieren. Daß ein Jahr nach Erscheinen des Zwischenberichtes noch immer Unkenntnis über Existenz und Arbeitsergebnisse der Sachverständigen-Kommission in psychiatrischen Krankenhäusern anzutreffen ist, sollte Ansporn sein, den Hauptbericht mit seinen wesentlichen Ergebnissen dem Personal bekannt zu machen.

Zweckmäßig und notwendig wird es sein, häufige Informationsveranstaltungen speziell für das psychiatrisch tätige Personal durchzuführen. Anläßlich derartiger Veranstaltungen sollte über die Infor-

---

[43]) E. Goffmann, Asylums. Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, New York 1961.

[44]) Vgl. hierzu: T. Marcotty, Begegnung mit dem Wahn, München 1965. R. D. Hemprich und K. P. Kisker, Die „Herren der Klinik" und die Patienten. Erfahrungen aus der teilnehmend-verdeckten Beobachtung einer psychiatrischen Station, in: Der Nervenarzt 39, 1968, S. 433 bis 441. F. Fischer, Irrenhäuser — Kranke klagen an, München 1969. G. Wallraff, Als Alkoholiker ins Irrenhaus, in: Ders., 13 unerwünschte Reportagen, Köln und Berlin 1969, S. 18 bis 36. P. Auerbach, Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung einer geschlossenen pfsychiatrischen Station, unveröffentl. Diss., Düsseldorf 1973.

[45]) Vgl. hierzu u. a.: Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Zwischenbericht, a. a. O., S. 23 ff. A. Finzen und E. Kluge, Die Mißachtung der elementaren Grundbedürfnisse psychiatrischer Krankenhauspatienten, in: Psychiatrische Praxis 1, 1974, S. 130 bis 132. E. Kluge, Besitz und Vermögensverhältnisse von Langzeitpatienten in psychiatrischen Landeskrankenhäusern der Bundesrepublik. Ergebnisse einer Stichprobe, in: Psychiatrische Praxis 1, 1974, S. 133 bis 135.

mierung allgemeiner und detaillierter Erkenntnisse zeitgemäßer psychiatrischer Versorgung hinaus der Erfahrungsaustausch im Vordergrund stehen. Dabei wären insbesondere zwei Aspekte zu beachten: Einmal sollten vorrangig Erfahrungen ausgetauscht werden, wobei neben praktischen Erfahrungen mit neuen institutionellen Formen (z. B. Tageskliniken, Wohnheime, Beratungsstellen, psychiatrische Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, kleinere und gemeindenahe Psychiatrische Behandlungszentren wie z. B. in Rheydt oder in Köln-Merheim) auch der Informationsaustausch über erfolgreiche therapeutische und rehabilitative Aktivitäten einen breiten Raum einnehmen sollte. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf den zweiten Aspekt hinzuweisen, der bei Informationsveranstaltungen dieser Art — soweit dies immer möglich ist — Beachtung finden sollte: Bei einem derartigen Erfahrungsaustausch sollten nicht nur die Akademiker (z. B. Ärzte, Psychologen) unter sich sein, sondern für die Qualität künftiger psychiatrischer Therapie und Rehabilitation wird es unerläßlich sein, die Erfahrungen aller (auch und insbesondere des nicht-ärztlichen Personals) zur Disposition zu stellen.

Parallel zu derartigen Informationsveranstaltungen sollte immer wieder die Notwendigkeit der Öffnung psychiatrischer Krankenhäuser beachtet werden. Um Laien zur wirksamen Mithilfe (Patenschaften, Betreuung von Patienten-Clubs, Mitwirkung bei der Freizeitgestaltung und bei Rehabilitationsbemühungen etc.) zu gewinnen, wird hier eine Medienarbeit auf lokaler Ebene unerläßlich sein. Bei dieser Medienarbeit ist auf die Ausgewogenheit der Berichterstattung in besonderem Maße zu achten. Nichts wäre vermutlich — weil es für die Bevölkerung allzu oft nicht identisch wäre mit der von ihr wahrgenommenen Realität — schädlicher, als ausschließlich über die als positiv empfundenen Aspekte (Einweihung neuer Stationen, Sommerfeste, Übergabe der Klinikleitung etc.) zu berichten: Auf die ungünstige geographische Lage vieler Krankenhäuser, die Überfüllung, Personal-Engpässe, die Problematik chronischer Patienten — kurzum: auf all die noch zur Lösung anstehenden Fragen sollte man bei lokaler Medienarbeit unbedingt eingehen. — Fragen dieser Art sollten in ausgewogener Form z. B. auch und gerade dann diskutiert werden, wenn interessierte Bürger zu Veranstaltungen innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser kommen.

Für die kategoriale Öffentlichkeitsarbeit, die sich an das gesamte psychiatrische Personal wendet, wäre meines Wissens derzeit am besten die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) geeignet, da sie sowohl Informationsveranstaltungen in der zuvor beschriebenen Art durchgeführt hat als auch — und dies erscheint als besonders wichtig — die einzige Organisation ist, die es sich explizit zum Ziel gesetzt hat, alle Berufsgruppen (incl. der nicht-akademischen Gruppierungen!) zu vereinen, um für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu arbeiten. Es wäre notwendig, zu einer engen Kooperation mit den verschiedenen Berufsverbänden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Sektion Klinische Psychologen, Schwesternverbände, Berufsverbände der Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten etc.) einerseits und mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung andererseits zu kommen.

Die kategoriale Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich ist zweckmäßigerweise auf lokaler und überschaubarer regionaler Basis zu veranstalten, wobei eine bundesweite Koordination notwendig erscheint. Ein erstrebenswertes Ziel wäre es, wenn das Personal der verschiedenartigen psychiatrischen Dienste (auch unterschiedlicher Trägerschaft) zu einem verstärkten Erfahrungsaustausch kommt, der zum einen das Vertrautwerden mit der gemeindeorientierten psychiatrischen Versorgung fördern und zum anderen auch den Koordinierungsgremien auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete wertvolle Informationen erbringen könnte.

2.2 Kategoriale Öffentlichkeitsarbeit: Politische und in der Verwaltung tätige Persönlichkeiten mit psychiatrierelevanter Entscheidungsbefugnis

Neben der Gesundheitserziehung und der gesundheitlichen Aufklärung im Bereich der Psychiatrie, die sich an die Bevölkerung richtet (und somit den Personenkreis anspricht, der traditionell die Zielgruppe der Öffentlichkeitsarbeit schlechthin abgibt), und der kategorialen Öffentlichkeitsarbeit, die bemüht sein wird, das gesamte in psychiatrischen Institutionen tätige Personal für eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung zu interessieren und zu aktivieren, kommt der kategorialen Öffentlichkeitsarbeit, die sich denen zuwendet, die im ‚außer-psychiatrischen' Bereich Entscheidungen treffen, die jedoch von außerordentlichem Belang für die Psychiatrie sind, eine besondere Bedeutung zu.

Zu den relevanten Persönlichkeiten — in dem hier zur Diskussion stehenden Zusammenhang — wären vorrangig all diejenigen zu zählen, die in den jeweiligen Ausschüssen für Gesundheit und Soziales in den betreffenden parlamentarischen Gremien auf kommunaler, Landes- und Bundesebene Psychiatriebezogene Entscheidungen ihrer Fraktionen vorbereiten. Als besonders notwendig wird sich eine derartige kategoriale Öffentlichkeitsarbeit jedoch dort erweisen, wo — aus welchen Gründen auch immer — überfällige politische Entscheidungen nicht in dem für erforderlich erachteten Ausmaß vorangetrieben werden. Dies wird in starkem Maße dort zu erwarten sein, wo die Notwendigkeit einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung nicht erkannt wird oder wo die daraus herzuleitenden kommunalen Verpflichtungen nicht zielstrebig übernommen werden. Kategoriale Öffentlichkeitsarbeit wird u. a. auch immer dort notwendig, wo traditionell gewachsene Verwaltungsgrenzen nicht deckungsgleich sein werden mit den Gebieten, für die spezielle psychiatrische Versorgungseinrichtungen vorzuhalten sind; hier kann von der kategorialen Öffentlichkeitsarbeit im politischen Bereich erwartet werden, daß sie entscheidend dazu beiträgt, an die Komplettierung der erforderlichen psychiatrischen Dienste zu erinnern.

Vergleichbare Aufgaben kommen der kategorialen Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Administration im Gesundheitswesen (bei den unterschiedlichen Träger-Organisationen und bei den verschiedenen Gebietskörperschaften) zu.

Für die kategoriale Öffentlichkeitsarbeit im politisch-administrativen Raum mag es sinnvoll sein, regelmäßig Informationsschriften herauszugeben, die ein Diskussionsforum abgeben könnten für die vielfältigen Erfahrungen, die bei der schrittweisen (und zu erwartenden ungleichmäßigen) Realisierung der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission gemacht werden.

Eine wesentliche Aufgabe der kategorialen Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich wird das In-Gang-Setzen und vor allem In-Gang-Halten eines stetigen Kommunikationsflusses (und damit auch Informationsaustausches) all der Gremien untereinander sein, die in der Vergangenheit — bezogen auf die Psychiatrie-Planung und die konkrete Verbesserung der Situation der psychisch Kranken — nur sporadisch zusammengearbeitet haben : Gesundheitsfachverwaltung; Dezernate und Ministerien mit den Ressorts Gesundheit, Soziales und Arbeit; Mitglieder der verschiedenen parlamentarischen Gremien; die vielfältigen Trägerorganisationen; hier wären auch die im Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission bereits geforderten Koordinierungsgremien auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete, die Planungskommissionen auf Landesebene und vor allem die Institution auf Bundesebene zu nennen.

Gelingt es der kategorialen Öffentlichkeitsarbeit im politischen und im administrativen Raum, den Informationsfluß zwischen diesen vielfältigen Gruppierungen zu bewerkstelligen, so wären wichtige Voraussetzungen dafür gegeben, die Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen nicht nur zu beschleunigen, sondern auch einen Beitrag zur ausgewogenen Vervollständigung des psychiatrischen Versorgungssystems zu leisten, wobei die regional zu setzenden Prioritäten angemessen Beachtung finden sollten.

Dieser Informationsfluß könnte auch zur Folge haben, daß — zumindest so lange die legislative Kompetenz in diesem Bereich vorwiegend bei den Bundesländern liegt — gesetzgeberische Aktivitäten so aufeinander abgestimmt werden, daß ungleichgewichtige Entwicklungen so weit wie möglich vermieden werden können.

Eine wichtige Aufgabe kategorialer Öffentlichkeitsarbeit wird es u. a. sein, neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zu Problemen psychiatrischer Versorgungssysteme, therapeutischer Erfahrungen, Entwicklungen im Bereich rehabilitativer Maßnahmen, Fragen der Personal-Ressourcen oder auch wissenschaftliche Untersuchungen zu Problemen der Neustrukturierung von Versorgungsgebieten u. v. a. m. dergestalt populärwissenschaftlich aufzubereiten, damit diese neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse — sehr viel unmittelbarer, als es bislang in Deutschland üblich und möglich war — in den politischen und administrativen Entscheidungsprozeß einfließen können.

Die kategoriale Öffentlichkeitsarbeit im politischen und administrativen Raum ist meines Wissens am besten bei der Aktion Psychisch Kranke zu verankern, die sich sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene — inzwischen gibt es Geschäftsstellen in Baden-Württemberg und in Schleswig-Holstein; in Berlin und in Nordrhein-Westfalen sind Geschäftsstellen dieser Art zur Zeit im status nascendi — konstituiert (hat), um sich insbesondere im politischen und administrativen Raum für die Reform der psychiatrischen Versorgung einzusetzen.

3 Notwendigkeit begleitender Forschung

Die vorstehenden Ausführungen haben deutlich werden lassen, daß Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie, wenn sie effektiv sein will, Neuland betreten muß — insbesondere dann, wenn sie verschiedene Konzepte verfolgt und mit grundlegend anderen Methoden und Inhalten sich an verschiedene Zielgruppen wendet. Es wird sinnvoll sein, diese vielfältige Öffentlichkeitsarbeit (Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung einerseits, kategoriale Öffentlichkeitsarbeit mit der Zielsetzung, konkrete Veränderungen zu bewirken, andererseits) von vornherein wissenschaftlich begleitend zu erforschen.

Teil C

Tätigkeitsbericht

		Seite
1	Gründung der Sachverständigen-Kommission	1177
2	Arbeitsgrundsätze und Geschäftsführung der Sachverständigen-Kommission	1177
3	Arbeitsprogramm und Organisation der Sachverständigen-Kommission	1177
4	Der Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (Drucksache 7/1124)	1179
5	Die Phase der Harmonisierung in der Arbeit der Sachverständigen-Kommission	1179
6	Die Fertigstellung des Hauptberichtes	1181
7	Verzeichnis der Mitglieder der Sachverständigen-Kommission, der Arbeitsgruppen, Expertenteams und Beiräte sowie der Mitarbeiter der Geschäftsstelle	1181
8	Häufigkeit der Arbeitstagungen	1189
9	Untersuchungen, Gutachten, Informationsreisen und Anhörungen	1190

Teil C

Tätigkeitsbericht der Sachverständigen-Kommission

1 Die Gründung der Sachverständigen-Kommission

Abgeordnete des Deutschen Bundestages brachten am 5. März 1970 einen Antrag zur Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland in das Parlament ein und forderten darin, die Bundesregierung mit einer umfassenden Untersuchung über die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung der Bevölkerung zu beauftragen. Im April desselben Jahres wurde der Antrag behandelt und an den Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit überwiesen.

In zwei Anhörungen informierte sich der Ausschuß über die Versorgungssituation in der Bundesrepublik. Er legte im Juni 1971 dem Bundestag einen Bericht über die bisherigen parlamentarischen Initiativen, über die Ergebnisse der Anhörungen sowie über seine Beschlüsse vor und beantragte, die Bundesregierung zu ersuchen, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie erstellen zu lassen. Der Antrag wurde am 23. Juni 1971 ohne Debatte einstimmig angenommen.

Der zuständige Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau K. Strobel, berief daraufhin eine Sachverständigen-Kommission und betraute diese mit der Erstellung der Enquete.

Die konstituierende Sitzung der Sachverständigen-Kommission fand am 31. August 1971 im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit unter dem Vorsitz des Staatssekretärs Prof. von Manger-Koenig statt. Zum Vorsitzenden wurde Prof. Kulenkampff gewählt, zu seinen Stellvertretern Prof. Häfner, sowie Dr. Siede als Vertreter der Länder und Prof. Degkwitz als amtierender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN). Nach der Neuwahl des Präsidenten der DGPN löste Prof. Hippius Prof. Degkwitz im Vorstand der Sachverständigen-Kommission ab. Für Dr. Siede, der aus dem Dienst des Landes Niedersachsen ausschied, wurde Dr. Lotz, Vertreter des Landes Nordrhein-Westfalen, in den Vorstand gewählt.

Die zunächst aus 19 Mitgliedern bestehende Kommission wurde teils auf Initiative des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, teils auf Anregung der Sachverständigen-Kommission im Laufe der Zeit um sechs Mitglieder erweitert.

2 Arbeitsgrundsätze und Geschäftsführung der Sachverständigen-Kommission

Zwischen der Kommission und dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit wurden *Arbeitsgrundsätze* vereinbart, in denen der Rahmen für die Tätigkeit der Sachverständigen-Kommission abgesteckt wurde. Die Sachverständigen-Kommission gab sich darüber hinaus eine *Geschäftsordnung*. Mit der Geschäftsführung wurde die „Aktion Psychisch Kranke, Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V." beauftragt. Die gemeinsame Geschäftsstelle der Sachverständigen-Kommission und der Aktion Psychisch Kranke erhielt ihren Sitz in Bonn. Für die Kommission wurden ein Geschäftsführer, eine Sachbearbeiterin und eine Sekretärin, später ein Wissenschaftlicher Mitarbeiter, ein Finanzsachbearbeiter, weitere Sekretärinnen und Hilfskräfte eingestellt. Die Aktion Psychisch Kranke besorgte mit ihrem Geschäftsführer und einem Finanzsachbearbeiter die überaus umfangreichen administrativen Arbeiten während der Gesamtzeit, in der die Sachverständigen-Kommission tätig war.

Die Arbeit der Sachverständigen-Kommission wurde fortlaufend von den Mitarbeitern des Referats für „Gesundheitshilfe für geistig Schwache, Kranke und Behinderte; Psychiatrie-Enquete; Reform der Versorgung psychisch Kranker" im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (MR Dr. Bialonski, OAR Ernst) begleitet. Sie nahmen an sämtlichen Vorstandssitzungen und Kommissionstagungen sowie an den Arbeitstagungen der verschiedenen Expertenteams und Arbeitsgruppen teil. Die Herren des Ministeriums sorgten für die schnelle Abwicklung haushaltstechnischer Probleme und entlasteten so Vorstand und Geschäftsführung der Sachverständigen-Kommission.

Unterstützt wurde die Arbeit der Sachverständigen-Kommission ferner durch die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit herausgegebenen und von Dr. Bialonski zusammengetragenen Materialsammlungen (Band I bis IV).

3 Arbeitsprogramm und Organisation der Sachverständigen-Kommission

Auf einer Klausurtagung vom 26. bis 28. September 1971, die von Angehörigen einer Planungsfirma moderiert wurde, verschaffte sich die Sachverständigen-Kommission einen Überblick über die zu bewältigenden Aufgaben und stellte einen Organisationsplan auf. Dieser sah eine Aufgliederung der Sachverständigen-Kommission in Teilkommissionen vor, deren Aufgabe die Bearbeitung der wichtigsten Teilgebiete der derzeitigen Versorgung und die Entwicklung von Reformvorschlägen und Empfehlungen sein sollte.

Es wurde ein Programm verabschiedet, das eine nach Prioritäten geordnete Aufstellung der Themen

und Probleme enthielt. Die Bearbeitung der einzelnen Themen wurde den Teilkommissionen übertragen, die gemäß den zwischen Sachverständigen-Kommission und Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit vereinbarten Arbeitsgrundsätzen von der Möglichkeit Gebrauch machten, weitere Sachverständige hinzuzuziehen und mit ihnen die sogenannten *Arbeitsgruppen* zu bilden. Die Arbeitsgruppen wurden später nach Beschluß des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission durch zwei weitere Arbeitsgruppen, Expertenteams und Beiräte ergänzt, um den Auftrag thematisch vollständig abdecken zu können.

Unter Berücksichtigung der Finanzsituation der Sachverständigen-Kommission, der Arbeitskapazität der Kommissionsmitglieder und der Geschäftsstelle, wurden zunächst aus dem Prioriätenkatalog nur die ersten sieben Themenkreise von den Arbeitsgruppen behandelt.

Bereits vor der ersten Arbeitstagung hatten die Mitglieder der Sachverständigen-Kommission die Notwendigkeit betont, statistisches Material über die derzeitige Versorgungssituation der psychisch Kranken zu erarbeiten. Es wurde deshalb die Gründung einer Arbeitsgruppe „Ist-Daten" beschlossen. — Mitglieder dieser Gruppe bildeten die „Nomenklatur-Kommission", welche die für die Aufgabe der Gruppe „Ist-Daten" notwendigen Definitionen von Basis-Begriffen und -Kategorien bearbeitete.

Zu den ersten sieben Arbeitsgruppen gehören neben der

1. Arbeitsgruppe „Ist-Daten" *) und der
2. „Nomenklatur-Kommission", die mit dieser eng verbunden war,
3. die Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste", die sich der Entwicklung von Vorschlägen zur Neugliederung des psychiatrischen Krankenhauswesens widmete,
4. die Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste", welche sich in erster Linie mit dem Ausbau der ambulanten, halbstationären und komplementären Versorgung sowie vor allem mit der Verzahnung der stationären mit den ambulanten Diensten befaßte.
5. die Arbeitsgruppe „Ausbildung und Personal", die Vorschläge zum Bedarf an Personal aus verschiedenen Berufsgruppen zur Überwindung des unzureichenden Ausbildungsangebots sowie des Personalmangels erarbeitete,
6. die Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie", die Empfehlungen zur Versorgung psychisch kranker alter Menschen vorlegte,
7. die Arbeitsgruppe für Suchtkranke, die sich zunächst mit den Problemen des Alkoholismus, danach mit Fragen der drogenabhängigen Jugendlichen beschäftigte und Vorschläge zur Versorgung dieser Patientengruppen konzipierte, und
8. die Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie", die den Aufbau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung plante und auch die Belange der dissozialen Jugendlichen berücksichtigte.

Die Gründung weiterer Arbeitsgruppen erfolgte zu einem späteren Zeitpunkt. In der Reihenfolge ihrer Konstituierung waren dies

9. die Arbeitsgruppe „Rechtsfragen", die sich mit Rechtsproblemen bei der Versorgung psychisch Kranker beschäftigte, und
10. die Arbeitsgruppe „Psychotherapie/Psychosomatik", die sich mit der Versorgung von Neurosekranken und psychosomatisch Kranken befaßte.

Zur Bearbeitung thematisch enger begrenzter Teilgebiete wurden *Expertenteams* gebildet, die sich von den Arbeitsgruppen durch ihre geringere Mitgliederzahl unterschieden.

Es waren dies

1. das Expertenteam „Epilepsie",
2. das Expertenteam „Dissoziale Jugendliche", welches sehr eng mit der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie" zusammenarbeitete,
3. das Expertenteam „Geistig Behinderte", welches mit den Arbeitsgruppen „Intramurale Dienste", „Extramurale Dienste" und „Kinder- und Jugendpsychiatrie" zusammenarbeitete,
4. das Expertenteam „Psychisch kranke Rechtsbrecher",
5. das Expertenteam „Information und Planung",
6. das Expertenteam „Forschung".

Je nach der Thematik, die die einzelnen Gremien zu bearbeiten hatten, war eine mehr oder weniger enge Kooperation unter ihnen erforderlich. Es wurden deshalb häufig gemeinsame Tagungen verschiedener Gruppen durchgeführt.

Weitere, außerhalb der Sachverständigen-Kommission bereits bestehende Gremien wurden für die Mitarbeit gewonnen. Die „Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder" beteiligte sich als *Beirat „Ländervertreter"*, der „Fachausschuß für Psychiatrische Krankenhäuser" in der Deutschen Krankenhausgesellschaft als *Beirat „Trägerverbände"* an der Arbeit der Sachverständigen-Kommission.

Die Sachverständigen-Kommission beauftragte Arbeitsgruppen und Expertenteams, jeweilige Teilaspekte der derzeitigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter für die Sachverständigen-Kommission zu untersuchen und entsprechende Reformvorschläge und Empfehlungen zu entwickeln. Hierbei und aus der Arbeit der Sachverständigen-Kommission selbst ergab sich die Notwendigkeit, den Wissensstand der Sachverständigen durch einzelne Untersuchungen, Erhebungen, Anhörungen, Infor-

*) Die Funktion der Arbeitsgruppe „Ist-Daten" wurde seit Ende 1972 vom Vorstand der Sachverständigen-Kommission wahrgenommen.

mationsreisen sowie durch Vergabe gezielter Gutachtenaufträge zu verbessern. Im Verlaufe der Arbeiten am Zwischen- und Hauptbericht wurde eine beträchtliche Zahl derartiger Projekte durchgeführt (s. Anhang Teil B 1 bis 6). Hervorzuheben ist hierbei die Haupterhebung, deren Ziel es war, Daten aus dem Gebiet der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu erhalten, um die geforderte Analyse der Situation ausreichend begründen zu können. Mit der EDV-Auswertung der Haupterhebung, die ohne die intensive Mitwirkung der Obersten Gesundheitsbehörden der Bundesländer kaum zustande gekommen wäre, wurde das „Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information" beauftragt.

4 Der Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (Drucksache 7/1124)

Im Oktober 1973 legte die Sachverständigen-Kommission einen Zwischenbericht vor, der auf einer Tagung der Evangelischen Akademie Bad Boll und der Aktion psychisch Kranke e. V., Bonn, im Dezember 1973 der Öffentlichkeit vorgestellt und ausgiebig erörtert wurde. Die im Zwischenbericht niedergelegten Empfehlungen gaben den damaligen Stand der Arbeit der Sachverständigen-Kommission in einem ersten Überblick wieder.

5 Die Phase der Harmonisierung in der Arbeit der Sachverständigen-Kommission

Das Kommissionsmitglied Prof. Richter erhob im Juni 1973 in einem Schreiben an die Sprecherin der Arbeitsgruppe „Psychotherapie", Frau Prof. Dührssen, Bedenken gegen den Zwischenbericht und beanstandete, daß die bisherige Arbeit der Sachverständigen-Kommission entgegen dem ursprünglichen Auftrag und Anspruch, die *gesamte* psychiatrische und psychohygienische Versorgung zur Darstellung zu bringen, nur ein Teilgebiet — nämlich die Psychiatrie im engeren Sinne — berücksichtige, während das auf die Neurosen und psychosomatische Störungen zielende Versorgungssystem der Psychotherapie und Psychosomatik im ganzen gesehen nur randständig und stiefmütterlich in seinem Bedarf gewürdigt worden sei.

Bei dem großen Übergewicht der Klinikpsychiater und der hoffnungslosen Minderheit der Psychotherapeuten und Psychosomatiker in der Sachverständigen-Kommission halte er es für ausgeschlossen, die notwendigen Forderungen auf diesem Gebiet hinreichend zur Geltung zu bringen. Es müsse bei dieser Sachlage erwogen werden, entweder eine gesonderte Enquête in Gang zu bringen, oder, falls dies nicht gelingen würde, sich gegen die in der Öffentlichkeit und bei den Politikern verbreiteten falschen Vorstellungen über das Fachgebiet Psychotherapie/Psychosomatik zu wehren und eventuell eigene Forderungen zu erheben, die denen von der Sachverständigen-Kommission vertretenen gegenüberzustellen seien.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) beschloß — nachdem zunächst eine einvernehmliche Regelung mit dem Vorstand der Sachverständigen-Kommission in Aussicht stand — im Anschluß an die Erörterung des Zwischenberichts am 10. November 1973 eine Stellungnahme, die in Form eines Schreibens vom geschäftsführenden Vorsitzenden der DGPPT, Herrn Dr. Beese, unter dem 13. November 1973 Frau Bundesminister Dr. Focke zugestellt wurde. Die Stellungnahme lautet in ihren wesentlichen Punkten:

„Wir sind zutiefst beunruhigt, daß die zahlenmäßig stärkste Gruppe von psychisch Kranken, die man als psychoneurotisch und psychosomatisch Kranke bezeichnet, in der Enquête erschreckend unzulänglich berücksichtigt worden ist. Diesen eklatanten Mangel unter Beibehaltung des gegenwärtig verbindlichen Organisationsplanes der Enquête noch beheben zu wollen, halten wir für ausgeschlossen, da dieser Versorgungsbereich in der Sachverständigen-Kommission personell und sachlich unzureichend vertreten ist.

Grundsätzlich unterstützen wir die Bestrebungen zu einer umfassenden Reform des psychiatrischen Versorgungsbereichs. Die therapeutische und präventive Versorgung der obengenannten Kranken mit psychogenen Leiden liegt jedoch in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) vornehmlich im Tätigkeitsbereich anderer Berufsgruppen als derjenigen der Psychiatrie.

Es handelt sich um die Berufsgruppen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, der Psychagogen etc., die in den letzten 25 Jahren bereits eigene Versorgungssysteme entwickelt und aufgebaut haben.

Wir sind überzeugt, daß Bundestag und Öffentlichkeit über die Lage und Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland nur dann korrekt und ausreichend unterrichtet werden können, wenn folgende Forderungen erfüllt werden:

1. Es muß umgehend eine ergänzende, selbständig durchzuführende Erhebung über den Versorgungsbereich der nicht psychiatrisch erfaßten seelisch Kranken ermöglicht werden. Deren Resultate sind in dem abschließenden Bericht des Bundesgesundheitsministeriums im Benehmen mit der Sachverständigen-Kommission zu integrieren.
2. Dazu ist es erforderlich, daß neu zu bildende Arbeitsgruppen folgende Problembereiche untersuchen und darstellen:
   a) Psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der allgemeinen Praxis;
   b) ambulante psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern;
   c) stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Therapie;
   d) Ausbildung (Fachpsychotherapeuten) und Weiterbildung (Allgemeinärzte, Psychiater, Sozialarbeiter und andere soziale Berufe);
   e) Soziotherapie, Feldarbeit, Supervision.
3. Die Tätigkeit dieser Arbeitsgruppen ist von einem eigenständigen Gremium zu koordinieren, das nicht der Sachverständigen-Kommission untersteht, aber mit dieser partnerschaftlich zusammenzuarbeiten hat."

Die Initiative der DGPPT wurde vom Vorstand der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) unterstützt.

Die Sachverständigen-Kommission zeigte sich von diesem heftigen Protestschritt überrascht, zumal etwa ein Fünftel ihrer (damaligen) Mitglieder eine ausführliche psychotherapeutische Weiterbildung absolviert haben. In die im Mai 1972 konstituierte Arbeitsgruppe „Psychotherapie" waren ferner sieben Psychotherapeuten berufen worden.

Bei den Darlegungen über „psychosomatische Abteilungen" (2.6.5) und „Psychotherapeutische Institute" (2.6.6) im Zwischenbericht hatte sich die Sachverständigen-Kommission auf die Arbeit dieser Arbeitsgruppe gestützt. Die Sachverständigen-Kommission hatte sich bemüht, die allgemeine Bedeutung des Fachgebietes Psychotherapie/Psychosomatik im Zwischenbericht herauszuheben, ohne einer späteren Meinungsbildung vorzugreifen, da die Arbeitsgruppe „Psychotherapie" aufgrund ihrer vergleichsweise kürzeren Tätigkeit erst vorläufige und unvollständige Vorschläge machen konnte.

Die Stellungnahme der DGPPT wurde anläßlich einer Gesamttagung aller Mitglieder der Sachverständigen-Kommission, der Arbeitsgruppen und Expertenteams am 17. November 1973 diskutiert. Dabei ergab sich als einmütige Meinungsbildung der Anwesenden, daß ein Auseinanderbrechen der Ergebnisse gemeinsamer Anstrengungen in zwei getrennte Berichte soweit wie irgend möglich zu verhindern sei.

Angesichts der Gefahr einer offenen Kampfansage der DGPPT als Dachgesellschaft und der AÄGP gegen die ihrer Meinung nach unzulängliche Kommissionsarbeit, sah sich der Vorstand der Sachverständigen-Kommission veranlaßt, eine Übereinkunft herbeizuführen. Er vertrat dabei die Ansicht, daß bei Anerkennung aller Abgrenzungsbedürfnisse Psychiatrie und Psychotherapie eng verflochten bleiben müssen, da eine Vielzahl von Reformbemühungen in der Psychiatrie auf Mitwirkung und Engagement psychotherapeutisch ausgebildeter Mitarbeiter angewiesen sind.

Nach einer Reihe von wechselseitigen Verhandlungen wurde im Dezember 1973 eine Vereinbarung getroffen. Sie enthält im wesentlichen folgende Punkte:

1. Die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung wird in einem gesonderten Teil des Hauptberichtes abgehandelt. Hierbei empfiehlt es sich, in Analogie zu dem Teil, welcher die psychiatrische Versorgung umfaßt, die Hauptthesen und Empfehlungen im Psychotherapie/Psychosomatik-Teil des Hauptberichtes niederzulegen.
2. Der Psychotherapie/Psychosomatik-Teil des Hauptberichtes wird von einer Gruppe von auf diesem Gebiet Sachverständigen verfaßt, welche Herr Richter dem Vorstand der Sachverständigen-Kommission benennt und deren Zusammenarbeit Herr Richter als Kommissionsmitglied koordiniert.
3. Der Vorstand der Sachverständigen-Kommission bittet Herrn Richter, gemäß dem Schreiben an Frau Minister Focke, fünf Arbeitsgruppen personell zusammenzusetzen.
4. Gegen die Bildung eines Koordinierungsgremiums hat der Vorstand der Sachverständigen-Kommission nichts einzuwenden.
5. Die von Herrn Richter zu benennenden Mitglieder der Arbeitsgruppen werden, wie alle anderen Mitglieder von Arbeitsgruppen auch, vom Vorstand persönlich bestätigt. Dies gilt auch für das Koordinierungsgremium.
6. Der von Herrn Richter sowie den Arbeitsgruppen-Mitgliedern verfaßte Psychotherapie/Psychosomatik-Teil des Hauptberichtes unterliegt nicht dem Verabschiedungsverfahren durch die Sachverständigen-Kommission. Über den Inhalt des Psychotherapie/Psychosomatik-Teiles muß lediglich zwischen Herrn Richter und seinen Mitarbeitern, sowie dem Vorstand der Sachverständigen-Kommission Einvernehmen erzielt worden sein.
7. Der Vorstand der Sachverständigen-Kommission legt Wert darauf, daß die Arbeit der Psychotherapie-Gruppen und die Arbeit an der psychiatrischen Versorgung systematisch und inhaltlich nicht auseinanderläuft. Deswegen erscheint es geboten, in angemessenen Abständen Harmonisierungsgespräche zwischen Herrn Richter und seinen Mitarbeitern sowie dem Vorstand der Sachverständigen-Kommission abzuhalten.

Die getroffene Vereinbarung fand bei zwei Gegenstimmen die Zustimmung der Sachverständigen-Kommission.

Zu Beginn des Jahres 1974 wurden die Arbeitsgruppen „Psychotherapie/Psychosomatik" konstituiert und nahmen ihre Tätigkeit auf.

In der Folgezeit arbeiteten die Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik zunächst weitgehend neben der Sachverständigen-Kommission und den anderen Arbeitsgruppen her. Durch den Austausch der Unterlagen wurde dabei im Laufe des Jahres zunehmend die Gefahr sichtbar, daß sich die nach der Vereinbarung beabsichtigten zwei Teile (Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik) im Hauptbericht ihrem Inhalt nach nicht zu einem in sich geschlossenen widerspruchsfreien Ganzen würden zusammenfügen lassen. Dem Abgeordneten des Deutschen Bundestages wären beim damaligen Stand der Dinge in nicht vertretbarer Weise zwei heterogene Empfehlungskataloge zugemutet worden, die es ihm unmöglich gemacht hätten, zu erkennen, welche Ziele die Sachverständigen-Kommission eigentlich im Auge hat.

Anläßlich eines sog. Harmonisierungsgesprächs zwischen dem Koordinationsgremium der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik und dem erweiterten Vorstand der Sachverständigen-Kommission Anfang 1975 erklärten die Vertreter des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit in diesem Zusammenhang mit Nachdruck, daß der deutsche Bundestag als Auftraggeber *einen* in sich bündigen, widerspruchsfreien Bericht erwarte.

Die sich anschließende Arbeitsperiode der Sachverständigen-Kommission war geprägt von einem zähen Bemühen auf beiden Seiten, zu Übereinkünften über Textinhalte, Empfehlungen und Formulierungen zu kommen.

Dies geschah durch fortdauernden Austausch von Papieren sowie in zahlreichen Gesprächen und mehreren z. T. mehrtägigen Harmonisierungskonferenzen. Es soll nicht verschwiegen werden, daß der Einigungsprozeß gelegentlich am seidenen Faden

hing. Jedoch gab jedes Mal die Bereitschaft der Beteiligten auf beiden Seiten, noch vertretbare Kompromisse hinzunehmen, den Ausschlag. Andererseits wirkte sich, vor allem in den letzten Monaten, eine Annäherung der Standpunkte auf einer Reihe von Gebieten positiv aus. Schließlich kam man zu der Überzeugung, daß es möglich sein müßte, den Hauptbericht in seiner Gesamtheit zu harmonisieren und nur dort die Vereinbarung vom Dezember 1973 in Anwendung zu bringen, wo sich das als unumgänglich herausstellen sollte.

In der Tat konnte sich diese aus der langanhaltenden Zusammenarbeit ergebende Absicht weitgehend verwirklichen lassen. Lediglich das Kapitel B.4 ist vereinbarungsgemäß nur zwischen dem erweiterten Vorstand der Sachverständigen-Kommission und dem Koordinationsgremium der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik abgestimmt worden. Das gleiche trifft auf den Abschnitt C.4 des Kapitels Aus-, Weiter- und Fortbildung zu. Hier konnte die Harmonisierung wegen der Komplexität der Materie unter dem Druck eines sehr beengten Bearbeitungszeitraumes nicht zu Ende geführt werden.

6 Die Fertigstellung des Hauptberichtes

Zur endgültigen Formulierung und Redaktion des Hauptberichtes setzte die Sachverständigen-Kommission ein „zentrales Redaktionsteam" ein, dem der Vorstand, Mitglieder der Kommission und Arbeitsgruppen sowie Mitarbeiter der Geschäftsstelle angehörten. Während der Zusammenkunft des zentralen Redaktionsteams in einer mehrwöchigen Klausur wurden auf der Grundlage der von den Arbeitsgruppen und der Sachverständigen-Kommission inzwischen erarbeiteten Unterlagen die Texte zusammengestellt, formuliert und redigiert.

In mehreren Durchgängen befaßte sich die Sachverständigen-Kommission während ihrer in der Regel mehrtägigen Sitzungen mit den ihr übermittelten Papieren. Der Gang der Diskussion und die Voten der einzelnen Kommissionsmitglieder wurden stenografisch festgehalten, damit sie in die Endredaktion der Texte Eingang finden konnten. Bei der Verabschiedungsprozedur mußten die jeweiligen Ergebnisse der Harmonisierung mit dem Koordinationsgremium der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik Berücksichtigung finden.

Die Sachverständigen-Kommission hat sich während ihrer gesamten Arbeitszeit bemüht, soweit wie möglich Konsensus zu erzielen. Formelle Abstimmungen über Sachfragen sind aus gutem Grunde nicht vorgenommen worden. Kommissionen dieser Art sind keine Beschlußgremien, sondern setzen sich aus einer Anzahl letztlich unabhängiger Experten zusammen, die ihren Sachverstand zur Verfügung stellen. Deswegen ist auch die Regelung getroffen worden, daß jedem einzelnen Mitglied der Sachverständigen-Kommission die Möglichkeit offen stand, in einem persönlichen Sondervotum seine vom Text abweichende Stellungnahme abzugeben.

Nach mehr als vierjähriger Tätigkeit konnte die Sachverständigen-Kommission im September 1975 den Hauptbericht abschließen.

7 Verzeichnis der Mitglieder der Sachverständigen-Kommission, der Arbeitsgruppen, Expertenteams und Beiräte sowie der Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Sachverständigen-Kommission

1. Vorsitzender
   Landesrat Prof. Dr. C. Kulenkampff
   Leiter der Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln
2. Stellvertretender Vorsitzender
   Prof. Dr. Dr. H. Häfner
   Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim
3. Stellvertretender Vorsitzender (bis II/1974)
   LMD Dr. H. Siede
   Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover
   seit II/1974: Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln
4. Stellvertretender Vorsitzender (seit V/1974)
   MR Dr. H. Lotz
   Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
5. Stellvertretender Vorsitzender (bis 1972)
   Prof. Dr. R. Degkwitz
   Direktor der Universitäts-Nervenklinik, Freiburg
6. Stellvertretender Vorsitzender (ab 1973)
   Prof. Dr. H. Hippius
   Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik, München
7. RMD Dr. A. Boroffka (seit XI/1973)
   Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, Kiel
8. Prof. Dr. med. Gregor Bosch
   Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin
9. Prof. Dr. R. Cohen (seit III/1972)
   o. Prof. im Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz
10. Dozent Dr. H. Dilling
    Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik München
11. Frau Prof. Dr. A. Dührssen (seit I/1974)
    Leiterin des Instituts für Psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, Berlin
12. Prof. Dr. H. Harbauer (seit XII/1971)
    Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Zentrums der Psychiatrie im Klinikum der Universität Frankfurt/Main
13. MR Dr. H. Heinze (seit VII/1974)
    Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover
14. Prof. Dr. A. Huhn
    Direktor des Rheinischen Landeskrankenhauses, Bonn
15. Prof. Dr. H. W. Janz (seit XII/1971)
    Direktor der Wahrendorff'schen Anstalten KG, Ilten/Hannover

16. Dr. W. Leonhardt
Niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Bingen
17. RDM Dr. W. Metz (bis VIII/1973)
Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, Kiel
18. Prof. Dr. J. E. Meyer
Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen
19. Prof. Dr. F. Reimer
Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg
20. Prof. Dr. Dr. H. E. Richter (seit XII/1971)
Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Gießen
21. MR Dr. G. Sautter
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg, Stuttgart
22. Frau H. Schmidt-Gante
Leitende Sozialberaterin a. d. Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin
23. Sanitätsrat Dr. Schmitz-Formes
2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
24. MinDirig Prof. Dr. Steinbach
MR Dr. K. Schildwächter
Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden
25. Prof. Dr. W. Th. Winkler
Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses, Gütersloh
26. Prof. Dr. D. von Zerssen
Leiter der Psychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München

Mitglieder des Zentralen Redaktionsteams

1. Prof. Dr. C. Kulenkampff
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission
2. Prof. Dr. Dr. H. Häfner
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission
3. Prof. Dr. H. Hippius
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission
4. MR Dr. H. Lotz
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission
5. Prof. Dr. G. Bosch
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
6. Prof. Dr. R. Degkwitz
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
7. Dr. H. Dilling
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
8. Dr. E. G. Ducho
Mitglied der Arbeitsgruppe Extramurale Dienste
9. Prof. Dr. H. Lauter
Mitglied der Arbeitsgruppe Geronto-Psychiatrie
10. Prof. Dr. F. Specht
Mitglied der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie
11. Diakon E. Schmidt
Mitglied des Expertenteams Epilepsie
12. Dipl.-Volkswirt Dr. W. Stumme
Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Sachverständigen-Kommission
13. Dipl.-Psychologe V. Zumpe
Geschäftsführer der Sachverständigen-Kommission

Teilnehmer an den Harmonisierungsgesprächen zwischen dem erweiterten Vorstand der Sachverständigen-Kommission und dem Koordinationsgremium der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik

Prof. Dr. C. Kulenkampff
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission

Prof. Dr. Dr. H. Häfner
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission

Prof. Dr. H. Hippius
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission

MR Dr. H. Lotz
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission

Prof. Dr. Gregor Bosch
Mitglied der Sachverständigen-Kommission

Prof. Dr. R. Cohen
Mitglied der Sachverständigen-Kommission

Prof. Dr. R. Degkwitz
Mitglied der Sachverständigen-Kommission

Dozent Dr. H. Dilling
Mitglied der Sachverständigen-Kommission

Prof. Dr. W. Th. Winkler
Mitglied der Sachverständigen-Kommission

Dr. E. G. Ducho
Mitglied der Arbeitsgruppe Extramurale Dienste

Prof. Dr. H. Lauter
Mitglied der Arbeitsgruppe Geronto-Psychiatrie

Prof. Dr. F. Specht
Mitglied der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

Prof. Dr. Dr. H. E. Richter
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik

Prof. Dr. H. Enke
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 1

Dr. G. Rudnitzki
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 1

Dr. U. Ehebald
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 2

Frau Prof. Dr. A. Heigl-Evers
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 2

Dozent Dr. G. Overbeck
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 2

Dr. M. Wirsching
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 2

Dr. H. Ockel
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 3

Dr. J. Zauner
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 3

Dr. F. Beese
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 4

Prof. Dr. W. Bräutigam
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 5

Prof. Dr. H. Friedrich
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 6

Dr. C. Nedelmann
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 6

Dr. H. Radebold
Mitglied der Sachverständigen-Kommission und der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik — Gruppe 6

Dipl.-Volkswirt Dr. W. Stumme
Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Sachverständigen-Kommission

Arbeitsgruppe Ausbildung und Personal

konstituierende Sitzung: 10. bis 12. November 1971

1. Prof. Dr. H. Hippius
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
   (Sprecher der Arbeitsgruppe)
2. Prof. Dr. Gregor Bosch
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. RMD Dr. W. Metz
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
4. Prof. Dr. D. von Zerssen
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
5. Prof. Dr. W. Bräutigam
   Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg
6. Frau Prof. Dr. E. Duhm
   Leiter der Abteilung für angewandte Kinderpsychologie am Psychologischen Institut der Universität Göttingen
7. Frau Ch. Haerlin
   Beschäftigungstherapeutin am Berufsförderungswerk Heidelberg
8. Prof. Dr. H. Helmchen
   Direktor der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin
9. Frau M. Krzossok (bis 1973)
   Unterrichtsschwester an der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, Mannheim
10. Frau Dr. M. Rave-Schwank
    Leitende Ärztin der Tagesklinik der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg
    seit 1974: Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln
11. Frau G. Theine
    Sozialarbeiterin, Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen, Hannover-Kleefeld
12. Dr. M. Tunner
    Psychologisches Institut der Universität München

Arbeitsgruppe Extramurale Dienste

konstituierende Sitzung: 14. bis 16. November 1971

1. Prof. Dr. Gregor Bosch
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
   (Sprecher der Arbeitsgruppe)
2. Dr. W. Leonhardt
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. Prof. Dr. J. E. Meyer (bis V/1972)
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
4. Frau H. Schmidt-Gante
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
5. Dr. M. Bauer
   Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover-Kleefeld
6. Dr. E. G. Ducho
   Niedergelassener Nervenfacharzt, Köln
7. Ltd. LMD Dr. H. Koester
   Direktor des Rheinischen Landeskrankenhauses Düren

8. Dr. N. Pörksen
   Oberarzt an der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, Mannheim
   seit 1974: Ltd. Arzt der Psychiatrischen Klinik Lüneburg-Haecklingen
9. Frau I. Rauch
   Sozialarbeiterin an der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg
   seit 1974: Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weinsberg
10. Ltd. LMD Dr. A. Veltin
    Direktor der Rheinischen Landesklinik für Psychiatrie Rheydt
11. Prof. Dr. H. Viefhues D.M.S.A. (Edin.)
    o. Prof. für Sozialmedizin und Medizinsoziologie der Ruhr-Universität Bochum
12. Frau R. Wienekamp
    Krankenschwester an der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover
    seit 1974: an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

Arbeitsgruppe Ist-Daten

konstituierende Sitzung: 5. November 1971

1. Prof. Dr. R. Degkwitz
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
   (Sprecher der Arbeitsgruppe)
2. Dozent Dr. H. Dilling
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. Prof. Dr. Dr. H. Häfner
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
4. MR Dr. H. Lotz
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
5. LMD Dr. H. Siede
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
6. Frau LVD Dr. H. Seelheim
   Leiterin der Statistischen Abteilung des Landesverbandes Westfalen-Lippe, Münster
7. Dr. P. W. Schulte
   Oberarzt an der Psychiatrischen u. Nervenklinik der Universität Freiburg
8. Dr. E. Zylmann
   Präsident der Gesundheitsbehörde Hamburg

Arbeitsgruppe Intramurale Dienste

konstituierende Sitzung: 25. bis 27. November 1971

1. Prof. Dr. F. Reimer
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
   (Sprecher der Arbeitsgruppe)
2. Prof. Dr. R. Degkwitz
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. MR Dr. G. Sautter
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
4. Prof. Dr. W. Th. Winkler
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
5. Prof. Dr. A. Finzen
   Arzt an der Universitätsnervenklinik Tübingen
   seit 1974: Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf b. Hannover
6. Ltd. LMD Dr. E. Kluge
   Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Warstein
7. Frau W. Matern
   Sozialarbeiterin am Westfälischen Landeskrankenhaus Niedermarsberg
8. Diplom-Psychologe Dr. W. Strehse
   Psychologe an den von Bodelschwingh'schen Anstalten, Bethel
   seit 1974: an der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover
9. Diplom-Psychologe E. Willis
   Psychologe am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg
10. Frau U. Zichel
    Oberin am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau/Ravensburg

Arbeitsgruppe Geronto-Psychiatrie

konstituierende Sitzung:
19. November bis 1. Dezember 1971

1. Prof. Dr. J. E. Meyer
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
   (Sprecher der Arbeitsgruppe)
2. MR Dr. K. Schildwächter
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. LMD Dr. H. Siede
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
4. Frau Dr. H. Behrends
   Vorstandsmitglied im Kuratorium Deutsche Altenhilfe
   Deutscher Landesausschuß, Frankfurt/Main
5. Prof. Dr. M. Bergener
   Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln
   seit 1974: Direktor der Rheinischen Landesklinik für Psychiatrie, Köln-Merheim
6. Herr S. Gößling
   Sozialarbeiter, Leiter des Alten- und Pflegeheimes des Evangelischen Vereins der Inneren Mission, Frankfurt-Seckbach
7. Prof. Dr. S. Kanowski
   Leiter der Geronto-psychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin
8. Prof. Dr. H. Lauter
   Ärztlicher Direktor des Allgemeinen Krankenhauses, Ochsenzoll, Hamburg
9. Dr. H. Leutiger
   Chefarzt des Evangelischen Krankenhauses Gesundbrunnen, Hofgeismar

10. Frau Dr. G. Tuercke
Reg.Dir. a. D., Bad Neuenahr

Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

konstituierende Sitzung: 20. bis 22. Dezember 1971

1. Prof. Dr. H. Harbauer
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
2. MR Dr. H. Lotz
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. Frau Dr. G. Bleek
Leiterin der Kinderpsychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München
4. Ltd. LMD Prof. Dr. Gerhard Bosch
Direktor der Rheinischen Landesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Viersen-Süchteln
5. Herr H. Klätte
Sonderschulpädagoge
Planungsgruppe der von Bodelschwingh'schen Anstalten Bethel, Bielefeld
6. Dr. G. Kohlscheen
Leiter der Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstelle des Evangelischen Stadtkirchenverbandes Köln, Köln
7. Prof. Dr. M. Müller-Küppers
Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg
8. Prof. Dr. F. Specht
(Sprecher der Arbeitsgruppe)
Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen Klinik der Universität Göttingen

Nomenklatur-Kommission

konstituierende Sitzung: 27. Dezember 1971

1. Dozent Dr. H. Dilling
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
2. Prof. Dr. Dr. H. Häfner
Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission
3. Dr. R. Schwarz (1975)
Arzt am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Forschungsabteilung Psychiatrie, Mannheim

Arbeitsgruppe Psychotherapie/Psychosomatik

konstituierende Sitzung: 29. bis 30. Mai 1972

1. Prof. Dr. J. E. Meyer
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
2. Prof. Dr. Dr. H. E. Richter
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. LMD Dr. H. Siede
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
4. Frau Prof. Dr. A. Dührssen
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
(Sprecherin der Arbeitsgruppe)
Leiterin des Instituts für Psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, Berlin
5. Dr. med. U. Ehebald
Direktor des Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie der Gesundheitsbehörde Hamburg
6. Prof. Dr. H. Enke
Direktor der Abteilung für Medizin-Soziologie und Sozialpsychologie der Universität Ulm, Schloß Reisensburg
7. Dr. E. C. Hau †
Niedergelassener Nervenfacharzt und Psychotherapeut, Holzminden
8. Dr. C. Henrich (seit III/1973)
Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Koblenz
9. PD Dr. H. Schepank
Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg
10. Frau Dr. I. von Viebahn
Leiterin der Ausbildungsabteilung am Psychotherapeutischen Institut, Hannover

Arbeitsgruppe Rechtsfragen

konstituierende Sitzung: 23. August 1972

1. MR Dr. G. Sautter
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
2. Sanitätsrat Dr. J. Schmitz-Formes
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. Ltd. MR Dr. G. A. Eberhard
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
4. Prof. Dr. Dr. H. E. Ehrhardt
(Sprecher der Arbeitsgruppe)
Direktor des Instituts für Gerichtliche und Sozial-Psychiatrie der Universität Marburg
5. Prof. Dr. E. W. Hanack
o. Professor für Strafrecht, Prozeßrecht und Kriminologie der Universität Mainz
6. Dr. R. Hess
Justitiar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
7. Prof. Dr. U. Venzlaff
Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Göttingen
8. Prof. Dr. V. Weidner
o. Professor für Bürgerliches Recht, Arbeits- und Sozialrecht der Universität Bonn

Arbeitsgruppe für Suchtkranke

konstituierende Sitzung: 9. November 1971

1. Prof. Dr. A. Huhn
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
(Sprecher der Arbeitsgruppe)

2. Prof. Dr. H. Hippius
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. Prof. Dr. H. W. Janz
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
4. Dr. W. Bärsch
   Leiter des Schulpädagogischen Dienstes Hamburg
5. Prof. Dr. F. Feuerlein
   Leiter der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München
6. Herr W. Holzgreve
   Hauptgeschäftsführer der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Hamm/Westfalen
7. Prof. Dr. W. Keup
   Direktor der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Berlin
8. Prof. Dr. C. Kryspin-Exner
   Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien
   seit 1975: Psychiatrische Universitätsklinik Innsbruck/Österreich
9. Diplom-Psychologe Dr. E. Rieth
   Direktor der Kurhäuser Ringgenhof und Höchsten, Wilhelmsdorf
10. Prof. Dr. K. Wanke
    Leiter der Abteilung klinische Psychiatrie II des Zentrums der Psychiatrie im Klinikum der Universität Frankfurt/Main

Expertenteam Dissoziale Jugendliche

konstituierende Sitzung: 15. November 1972

1. Prof. Dr. F. Specht
   Mitglied der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie (Sprecher des Expertenteams)
2. Prof. Dr. M. Müller-Küppers
   Mitglied der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie
3. Dr. K. Klüwer
   Jugendheim „Haus Sommerberg", Hoffnungsthal Bez. Köln
4. Prof. Dr. St. Quensel
   Lehrstuhl für Kriminologie, Bremen
5. Diplom-Psychologe Dr. H. Winkler
   Kästorfer Anstalten der Inneren Mission, Kästorf/Gifhorn

Expertenteam Epilepsie

konstituierende Sitzung: 22. April 1972

1. Prof. Dr. D. Janz
   Leiter der Abteilung für Neurologie der Freien Universität Berlin
2. Prof. Dr. H. Penin
   Universitäts-Nervenklinik Bonn
3. Diakon E. Schmidt
   (Sprecher des Expertenteams)
   Dezernent für Personal- und Sozialwesen der von Bodelschwingh'schen Anstalten Bethel, Bielefeld

Expertenteam Forschung

konstituierende Sitzung: 30. Juli 1974

1. Prof. Dr. Dr. H. Häfner
   Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission
2. Prof. Dr. H. Hippius
   Mitglied des Vorstandes der Sachverständigen-Kommission
3. Prof. Dr. H. Lauter
   Mitglied der Arbeitsgruppe Geronto-Psychiatrie
4. Ltd. LMD Dr. E. Kluge
   Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Warstein
5. Prof. Dr. R. Lempp
   Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsnervenklinik Tübingen
6. Prof. Dr. med. R. Tölle
   (Sprecher des Expertenteams)
   Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Expertenteam Geistig Behinderte

konstituierende Sitzung: 8. bis 9. August 1973

1. Prof. Dr. Gerhard Bosch
   (Sprecher des Expertenteams)
   Mitglied der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie
2. Dr. H. Koester
   Mitglied der Arbeitsgruppe Extramurale Dienste
3. Dr. E. Kluge
   Mitglied der Arbeitsgruppe Intramurale Dienste
4. Landesrat E. Bruch
   Leiter der Abteilung Sozialhilfe des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Münster/Westf.
5. Pfarrer K. Kaempf
   Direktor der Evangelischen Bildungs- und Pflegeanstalt „Hepatha", Mönchengladbach
6. Herr T. Mutters
   Bundesgeschäftsführer der Bundesvereinigung „Lebenshilfe" für Geistig Behinderte e. V., Marburg-Cappel

Expertenteam Information und Planung

konstituierende Sitzung: 26. Februar 1974

1. LMD Dr. H. Siede
   Mitglied der Sachverständigen-Kommission
   (Sprecher des Expertenteams)
2. Prof. Dr. F. Eckmann
   Ltd. Arzt der Dokumentationszentrale der Landeskrankenhäuser Schleswig-Holsteins, Schleswig
   seit IV/1975: Direktor des Landeskrankenhauses, Schleswig

Expertenteam Psychisch kranke Straftäter

konstituierende Sitzung: 7. März 1973

1. Prof. Dr. H. Lauter
(Sprecher des Expertenteams)
Ärztl. Direktor des Allgemeinen Krankenhauses „Ochsenzoll", Hamburg
2. Prof. Dr. W. Rasch
Direktor des Instituts für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin
3. Prof. Dr. Schüler-Springorum
o. Professor für Strafrecht der Universität Hamburg

Beirat Ländervertreter

konstituierende Sitzung: 6. November 1972

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder

1. RMD Dr. Boroffka
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
2. MR Dr. H. Heinze
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
3. MR Dr. H. Lotz
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
4. MR Dr. G. Sautter
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
5. MR Dr. Schildwächter
Mitglied der Sachverständigen-Kommission
6. Dr. E. Zylmann
Präsident der Gesundheitsbehörde Hamburg
7. Ltd. MR Dr. G. Eberhard
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
8. MR Dr. Stegmann
Bayerisches Staatsministerium des Innern, München

Beirat Trägerverbände

(Fachausschuß für Psychiatrie der Deutschen Krankenhausgesellschaft)

1. Pater B. Rüther
(Vorsitzender)
Leiter der Gesundheitsabteilung des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg
2. Prof. Dr. R. Degkwitz
Direktor der Universitäts-Nervenklinik Freiburg
3. Beigeordneter W. Eiermann
Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel
4. Landesrat Prof. Dr. Dr. K. Gedicke
Leiter der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Münster/Westf.
5. Prof. Dr. H. Harbauer
Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Zentrums der Psychiatrie im Klinikum der Universität Frankfurt/Main
6. Dr. M. Oles
Chefarzt des St.-Alexius-Krankenhauses für Nerven- und Gemütsleiden, Neuss
7. Verwaltungsdirektor H. J. Rokasky
Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weinsberg
8. Senatsdirektor W. Worthmann
Hamburg

Von der Hauptgeschäftsstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

9. Prof. Dr. H. W. Müller
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf
10. Assessor J. Lauterbacher
Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

Ständiger Gast:

11. MR Dr. H. Bialonski
Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn-Bad Godesberg

Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik

Konstituierende Sitzung: 7. bis 8. Februar 1974

Gruppe 1

Psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der allgemein-ärztlichen Praxis, der nicht-psychotherapeutischen Fachpraxen und der nicht-psychotherapeutischen Fachpolikliniken

1. Prof. Dr. H. Enke
Direktor der Abteilung für Medizin-Soziologie und Sozialpsychologie der Universität Ulm, Schloß Reisensburg
2. Dr. K. Hagspihl
Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, Berlin
3. Dr. P. Kluge
Niedergelassener Nervenarzt, Eiserfeld-Niederschelden
4. Dr. G. Rudnitzki
Berufsförderungswerk, Heidelberg
5. PD Dr. H. Stolze
Organisationsausschuß des Münchener Weiterbildungskreises für Ärzte, München
6. PD Dr. W. Wesiack
Lehrbeauftragter für Psychosomatik an der Universität Ulm, Aalen

Gruppe 2

Ambulante fachpsychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern

Sektor Erwachsene:

Poliklinische Einrichtungen, niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherpeuten, Psychologen (Verhaltenstherapie usw.), Gruppenpraxen

1. Prof. Dr. H. Bach
Vorsitzender des Instituts für Psychotherapie, Berlin

2. Dr. U. Ehebald
   Direktor des Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie der Gesundheitsbehörde Hamburg
3. Frau Prof. Dr. A. Heigl-Evers
   Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Tiefenbrunn b. Göttingen
4. Diplom-Psychologe M. Muck
   Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/Main
5. Dozent Dr. G. Overbeck
   Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen
6. Prof. Dr. H. Schepank
   Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
7. Dr. M. Wirsching
   Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg

Gruppe 3

Ambulante fachpsychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern

Sektor Kinder und Jugendliche:

Therapie (Einzel- und Familientherapie) in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Polikliniken, in Fachpraxen von Kinderpsychotherapeuten und Psychagogen, präventive Bereiche: Heimerziehung, schulpsychologischer Dienst usw.

1. Frau Diplom-Soziologin D. Eckensberger
   Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen
2. Frau H. Esslinger
   Institut für Psychoanalyse, Hamburg
3. Dr. H. Ockel
   Leiter des Psychotherapeutischen Instituts für das Land Niedersachsen, Hannover
4. Frau Dr. G. Schwab
   Institut für Psychoanalyse, Hamburg
5. Dr. J. Zauner
   Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Tiefenbrunn b. Göttingen

Gruppe 4

Stationäre psychotherapeutisch / psychosomatische Therapie. Psychotherapeutische und psychosomatische Kliniken und Abteilungen, psychosomatische Kurkliniken, psychosomatische stationäre Einrichtungen in Organkliniken. Konsiliardienst in allgemeinen Krankenhäusern. Aufgaben der Psychologiesierung von Organkliniken. Rehabilitation. Probleme der Nachsorge für stationäre Patienten.

1. Dr. H. Becker
   Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg
2. Dr. F. Beese
   Ärztlicher Direktor der Psychotherapeutischen Klinik Stuttgart
3. Dr. K. Köhle
   Zentrum für Innere Medizin und Kinderheilkunde an der Universität Ulm, Ulm
4. Dr. F. Plaum
   Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen
5. Dr. G. Wittich
   Psychosomatische Klinik Kinzigtal, Gengenbach

Gruppe 5

Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung

Psychotherapeuten:

Probleme in der Grundausbildung von Medizinern und Psychologen. Analytische Vollausbildung, Zusatzbezeichnung, Facharztprobleme. Weiterbildung von Psychologen. Modelle für Weiterbildungsinstitute in Verbindung mit poliklinischen Einrichtungen. Weiterbildung in Familientherapie, Gruppentherapie usw.

1. Prof. Dr. H. Argelander
   Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/Main
2. Prof. Dr. W. Bräutigam
   Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg
3. Dr. G. Halbach
   Niedergelassener Psychotherapeut, München
4. Dr. F. Heigl
   Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Tiefenbrunn b. Göttingen
5. Prof. Dr. G. Heising
   Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen
6. Dr. C. Henrich
   Niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Koblenz
7. Dr. D. Ohlmeier
   Sektion für Gruppenpsychotherapie, Ulm

Gruppe 6

Weiterbildung und Fortbildung für Sozial- und Lehrberufe

Psychiater, sonstige Ärzte, Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter, Bewährungshelfer, Lehrer, Juristen, Theologen, Vollzugsbedienstete usw.

Sozialtherapie, Feldarbeit, Supervision

Beratungsdienste, neue Konzepte von extramuraler Feldarbeit, community development and community organization, Supervision in diversen intramuralen und extramuralen Arbeitsbereichen, Institutsberatung.

1. Frau Dr. E. Enke-Ferchland
   Abteilung für Medizin-Soziologie und Sozial-Psychologie der Universität Ulm, Oberelchingen
2. Prof. Dr. H. Friedrich
   Abteilung für Medizinische Soziologie an der Universität Göttingen

3. Dr. C. Nedelmann
   Abteilung für Psychoanalyse, Tübingen
4. Dr. H. Radebold
   Abteilung für Psychotherapie, Ulm
5. Prof. Dr. Dr. H. E. Richter
   Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Gießen
6. Frau Doz. Dr. D. Ritter
   Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen

Koordinationsgremium der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik

Gruppe 1 Prof. Dr. H. Enke
Stellvertreter: PD Dr. W. Wesiack

Gruppe 2 Dr. U. Ehebald
Frau Prof. Dr. A. Heigl-Evers

Gruppe 3 Dr. H. Ockel
Stellvertreter: Dr. J. Zauner

Gruppe 4 Dr. F. Beese
Stellvertreter: Dr. F. Plaum

Gruppe 5 Prof. Dr. W. Bräutigam
Stellvertreter: Prof. Dr. H. Argelander

Gruppe 6 Prof. Dr. W. Friedrich
Stellvertreter: Dr. C. Nedelmann
Prof. Dr. Dr. H. E. Richter

Zentrales Redaktionsteam der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik

1. Dr. F. Beese
2. Prof. Dr. H. Friedrich
3. Dr. C. Nedelmann

Organisation der Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik

Dozent Dr. G. Overbeck

Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Aktion Psychisch Kranke e. V., Bonn und der Sachverständigen-Kommission

1. **Aktion Psychisch Kranke**

   Herr F. Becker, Geschäftsführer (bis III/1973)

   Dipl.-Psych. V. Zumpe, Geschäftsführer (IV/1973 bis XII/1974)

   Frau M. von Boeselager, Dipl.-Soz.arb., Geschäftsführerin (seit I/1975)

   Frau E.-M. von Freytag-Loringhoven, M. A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (seit V/1975)

   Herr W. Scheidewig, Sachbearbeiter

2. **Sachverständigen-Kommission**

   Dipl.-Psych. V. Zumpe, Geschäftsführer

   Dipl.-Soz. M. Neuhöfer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis XII/1972)

   Dipl.-Volkswirt Dr. W. Stumme, Wissenschaftlicher Mitarbeiter (seit I/1973)

   Herr OAR a. D. O. Hartmann, Sachberarbeiter

   Frau M. Noethen, Sachbearbeiterin

   Frau D. Maik, Sekretärin

   Frau E. Setiadi, Angestellte

   Herr W. Kulbe, Angesteller

8 Häufigkeit der Arbeitstagungen

Vorstand der Sachverständigen-Kommission

24 Tagungen

Sachverständigen-Kommission

I. Tagung
31. August 1971 (1 Tag)

II. Tagung
26. bis 28. September 1971 (3 Tage)

III. Tagung
6. bis 8. März 1972 (3 Tage)

IV. Tagung
20. bis 21. November 1972 (2 Tage)

V. Tagung
17. bis 18. November 1973 (2 Tage)

VI. Tagung
20. bis 22. Juni 1974 (2½ Tage)

VII. Tagung
20. bis 22. November 1974 (2½ Tage)

VIII. Tagung
20. bis 21. Februar 1975 (2 Tage)

IX. Tagung
1. bis 2. Mai 1975 (2 Tage)

X. Tagung
28. bis 30. Juni 1975 (2½ Tage)

XI. Tagung
11. bis 13. September 1975 (2½ Tage)

Arbeitsgruppen

	Tagungen
Ausbildung und Personal	7
Extramurale Dienste	18
Geronto-Psychiatrie	10
Intramurale Dienste	15
IST-Daten	6
Kinder- und Jugendpsychiatrie	14
Nomenklatur-Kommission	7
Rechtsfragen	12
Suchtkranke	14

Expertenteams

Epilepsie	7

	Tagungen
Dissozialität Jugendlicher	4
Psychisch kranke Straftäter	2
Geistig Behinderte	4
Information und Planung	2
Forschung	2
Beirat Ländervertreter	4
Beirat Träger	2

Arbeitsgruppen „Psychotherapie/Psychosomatik

1. Gruppe

Psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der allgemeinärztlichen Praxis, der nicht-psychotherapeutischen Fachpraxen und der nicht-psychotherapeutischen Fachpolikliniken 6

2. Gruppe

Ambulante fachpsychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. Sektor Erwachsene: Poliklinische Einrichtungen, niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Psychologen als Repräsentanten pragmatischer Methoden (Verhaltenstherapie usw.), Gruppenpraxen 6

3. Gruppe

Ambulante fachpsychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. Sektor Kinder und Jugendliche: Therapie (Einzel- und Familientherapie) in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Polikliniken, in Fachpraxen von Kinderpsychotherapeuten und Psychagogen. Präventive Bereiche: Heimerziehung, schulpsychologischer Dienst usw. 8

4. Gruppe

Stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Therapie. Psychotherapeutische und psychosomatische Kliniken und Abteilungen, psychosomatische Kurkliniken, psychosomatische stationäre Einrichtungen in Organkliniken. Konsiliardienst in allgemeinen Krankenhäusern. Aufgaben der Psychologisierung von Organkliniken. Rehabilitation. Probleme der Nachsorge für stationäre Patienten. 6

5. Gruppe

Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung von Psychotherapeuten. Probleme in der Grundausbildung, Zusatzbezeichnung, Facharztprobleme. Weiterbildung von Psychologen, Modelle für Weiterbildungsinstitute in Verbindung mit poliklinischen Einrichtungen. Weiterbildung in Familientherapie, Gruppentherapie usw. 6

6. Gruppe

Weiterbildung und Fortbildung für Sozial- und Lehrberufe: Psychiater, sonstige Ärzte, Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter, Bewährungshelfer, Lehrer, Juristen, Theologen, Vollzugbedienstete usw. Sozialtherapie, Feldarbeit, Supervision: Beratungsdienste, neue Konzepte von extramuraler Feldarbeit, community development und community organization, Supervision in diversen intramuralen und extramuralen Arbeitsbereichen, Institutsberatung. 6

1. Harmonisierungsgespräch, 9. Juli 1974
   1 Tag, Frankfurt
2. Harmonisierungsgespräch, 31. Januar 1975
   1 Tag, Frankfurt
3. Harmonisierungsgespräch, 31. Mai bis 3. Juni 1975
   3½ Tage, Bonn
4. Harmonisierungsgespräch, 21. bis 22. Juni 1975
   2 Tage, Bonn
5. Harmonisierungsgespräch, 10. September 1975
   1 Tag, Frankfurt

9 Untersuchungen, Gutachten, Informationsreisen und Anhörungen

Im Vordergrund der von der Sachverständigen-Kommission durchgeführten Untersuchungen stand die Haupterhebung am bundeseinheitlichen Stichtag: 30. Mai 1973.

In diese Erhebung einbezogen wurden

— psychiatrische Krankenhäuser und andere Einrichtungen, die psychisch Kranke und geistig Behinderte stationär versorgen,

— Sonderschulen, Sonderschulen mit Werkstätten, Tagesbildungsstätten und andere Werkstätten für geistig und seelisch Behinderte,

— Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen (Tagesstätten u. ä.) für geistig und seelisch Behinderte,

— Werkstätten für Behinderte und

— Gesundheitsämter (psychiatrische Dienste).

1. Im Auftrag der Sachverständigen-Kommission durchgeführte Untersuchungen

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Ausbildung und Personal"

Ausbildungsangebot für psychiatrisches Pflegepersonal — eine empirische Untersuchung —

Ausbildungsprogramme und Ausbildungsplanung an den Ausbildungsstätten für Beschäftigungstherapie bzw. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zur Ermittlung des psychiatrisches Ausbildungsanteils

Ausbildungsprogramme und -planung an Fachhochschulen für Sozialwesen

Ausbildung in anderen Ländern — dargestellt an einigen Berufsgruppen —

A. Ausbildung der Psychiater in England

B. Ausbildung der Psychiater in Schweden

C. Ausbildung der Psychiater in Norwegen — Ausbildung zum Spezialisten in der Psychiatrie

D. Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals in anderen Ländern

E. Entwicklung und Stand der psychiatrischen Ausbildung von Sozialarbeitern

Im Zwischenbericht angekündigte, aber nicht durchgeführte Untersuchungen:

Untersuchung über die Beziehung zwischen Berufspraxis und Ausübung

Berufsführer für Berufe auf dem Gebiet der Psychiatrie

Umfrage zur psychiatrischen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung von Ärzten bzw. Psychiatern

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste"

Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten — Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in drei Kreisen Oberbayerns

Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den drei Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein

Frührentner

Im Zwischenbericht angekündigte, aber nicht durchgeführte Untersuchungen:

Sozialhilfeempfänger

Tätigkeiten im Gesundheitsamt — Ermittlung des Umfanges psychiatrischer Beratung

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Intramurale Dienste"

Stellungnahme zu den Betriebs- und Arbeitsabläufen im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg und Vorschläge zu deren Optimierung

Im Zwischenbericht angekündigte, aber nicht durchgeführte Untersuchung:

Misplacement in psychiatrischen Krankenhäusern

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie"

Untersuchungen zur Bedarfsermittlung eines Versorgungssystems für somatisch und psychisch auffällige Kinder und Jugendliche

Im Zwischenbericht angekündigte, aber nicht durchgeführte Untersuchung:

Kinderpsychiatrie in der nerven- und kinderärztlichen Praxis

Im Anhang nicht abgedruckte Untersuchungen, deren Inhalt im Hauptbericht berücksichtigt wurde:

Wissensstand bei Lehrern über normabweichendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen

Erziehungsberatungsstellen

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie"

Probleme bei der Betreuung psychisch veränderter und/oder geistig-seelischer behinderter und/oder gestörter alter Menschen im Heim

Bericht über die Untersuchung „der Alterspatienten in der Sprechstunde des Internisten und praktischen Arztes"

Untersuchung über die Größenordnung von psychischen Störungen und die Versorgung von psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern (internistische und chirurgische Abteilungen)

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppe „Suchtkranke"

Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland

Katamnestische Untersuchungen an ambulant und stationär behandelten Alkoholikern

„Ist-Daten" zum Abhängigkeitsproblem (Alkohol, Rauschmittel, Arzneimittel) in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)

Die gegenwärtige Situation in der Nachsorge der aus stationärer Behandlung entlassenen Drogenabhängigen („Schwundproblematik")

Im Zwischenbericht angekündigte, aber nicht durchgeführte Untersuchung:

Primäre präventive Maßnahmen

Im Anhang nicht abgedruckte Untersuchung, deren Inhalt im Hauptbericht berücksichtigt wurde:

Bedingungsgefüge und Ursachen der Abhängigkeit von chemischen Stoffen.

Aus dem Tätigkeitsfeld der Arbeitsgruppen „Psychotherapie/Psychosomatik"

Erhebung im Bereich der stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste

Erhebung über Psychotherapie ausführende Ärzte, Psychologen, Psychagogen

(Die beiden obigen Erhebungen sind im Kapitel A.4 berücksichtigt worden.)

2. Gutachten, die von der Sachverständigen-Kommission in Auftrag gegeben wurden

Überblick über die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Europa

Die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland

Psychiatrische Gesundheitsdienste in den Niederlanden

Die Situation der psychisch Kranken in Dänemark im Jahre 1974

Die Fürsorge für geistig Behinderte in Dänemark

Die psychiatrische Versorgung in Schweden

Psychiatrische Versorgung in Kanada — System oder Nichtsystem?

Planung und Durchführung psychiatrischer Dienste in den USA

Primärprävention psychischer Störungen

Heutiger Kenntnisstand der genetischen Prävention

Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien

Beitrag der Verhaltenstherapie zur Versorgung psychisch Kranker in der Bevölkerung

Die Versorgung der Hirnverletzten in der Bundesrepublik Deutschland — Gegenwärtiger Stand und notwendige Maßnahmen —

Zum Problem des Personalbedarfs in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Was sagen katamnestische Untersuchungen über die Effektivität stationär psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus?

Zu Fragen der Organisation (juristische Stellung, Finanzierung und Strukturierung) von psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten

Familientherapie

Über die Situation der Psychotherapie/Psychosomatik im Gesamtgebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie

Über die Lage der Psychotherapie in der Pädiatrie der Bundesrepublik

Zur Lage der psychotherapeutischen Versorgung von Studenten durch die Beratungsstellen für Studenten an den westdeutschen Hochschulen

Primäre Prävention in Wohnungsbau und Stadtplanung — Psychosoziale Aspekte

Im Zwischenbericht angekündigte, aber nicht durchgeführte Gutachten:

Verteilung von Verantwortung im therapeutischen Team

Arbeitsentlohnung arbeitender Patienten im psychiatrischen Krankenhaus

Arbeitsrechtliche und sozialversicherungsrechtliche Situation arbeitender Patienten

Im Anhang nicht abgedruckte Gutachten, deren Inhalt im Hauptbericht berücksichtigt wurde:

Gutachten zur Frage der Bezahlung und Sozialversicherung im Rahmen der Arbeitstherapie und anderer Rehabilitationsmaßnahmen.

Gutachten zur Epidemiologie der Neurosen.

Gutachten zum Problem des Verhältnisses von Angebot und Nachfrage in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.

Die historische Entwicklung des Versorgungssystems für psychisch Kranke und geistig Behinderte in Deutschland.

3. Berichte über Informationsreisen

Die psychiatrische Versorgung in Norwegen
Bericht über eine Informationsreise (Juli 1973)

Informationsreise nach Moskau und Leningrad (Oktober 1973)

Sektorisierte Versorgung in Holland
Bericht über eine Informationsreise (April 1974)

Gerontopsychiatrische Einrichtungen
in London und Manchester
Bericht über eine Informationsreise (Juli 1973)

Die Versorgung geistig Behinderter
in Dänemark und Schweden
Bericht über eine Informationsreise
des Expertenteams „Geistig Behinderte"
(Dezember 1973)

Institutionen für Epilepsie-Kranke
in Holland, Belgien und England

Im Zwischenbericht angekündigte, aber nicht durchgeführte Informationsreisen:

Informationsreise nach Genf: Psychiatrische Gesamtversorgung

Informationsreise zum Statistischen Bundesamt

Im Anhang nicht abgedruckte Berichte über Informationsreisen, deren Inhalt im Hauptbericht berücksichtigt wurde:

Geriatrie — Gerontopsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Psychogeriatrische Modellinstitutionen in der Schweiz

Psychogeriatrische Modellinstitutionen in Holland und Belgien

Informationsreise der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie": Krisenintervention in Holland

4. Anhörung

Anhörung von Frau Dipl.-Psych. Marianne Hegenscheidt zu Fragen des Vergleichs von Verhaltenstherapie und analytischer Psychotherapie

Anhörung von Prof. Dr. P. Fürstenau, einschließlich der Diskussion zu Fragen der Institutionsberatung

Im Zwischenbericht angekündigte, aber nicht durchgeführte Anhörung:

Anhörung von Sachverständigen der Arbeitsverwaltung

Im Anhang nicht abgedruckte Anhörungen, deren Inhalt im Hauptbericht berücksichtigt wurde:

Anhörung von Sachverständigen aus Bundesministerien

Anhörung von Sachverständigen von Beratungsdiensten

Anhörung von Sachverständigen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst

Anhörung von Prof. Dr. B. Cooper — Integration und Sektorisierung des psychiatrischen Versorgungssystems in Großbritannien

Anhörung von Neuropädiatern