Fritz Reimer (Hg.)

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Krankenhauspsychiatrie

10. Weinsberger Kolloquium

Mit Beiträgen von:

R. Becker
H. E. Ehrhardt
G. Fichtner
H. Häfner
J. Jakubaschk
J. Klug
C. Kulenkampff
H. Kunze
J. E. Meyer
W. K. Müller
E. Willis

Weissenhof-Verlag Dr. Jens Kunow · Weinsberg

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handele.

Alle Rechte vorbehalten.

© *1981 Weissenhof-Verlag Dr. Jens Kunow, Weissenhof 60, D-7102 Weinsberg*

Printed in Germany.
Druck: Grässer Boscolo, Karlsruhe

ISBN 3-923067-10-0

Inhaltsverzeichnis

F. REIMER, Weinsberg
Vorwort ..... S. 5

G. FICHTNER, Tübingen
Vom Nutzen und Nachteil der Historie für die Psychiatrie ..... S. 7

J.E. MEYER, Göttingen
Exemplarische Untersuchung zur Entwicklung der Anstaltspsychiatrie zwischen 1867 und 1931 ..... S. 19

H.E. EHRHARDT, Marburg
Das mittelfristige Mental-Health-Programm der Weltgesundheitsorganisation und die Psychiatrie-Enquête ..... S. 27

F. REIMER und E. WILLIS, Weinsberg
75 Jahre Weissenhof ..... S. 57

C. KULENKAMPFF, Köln
Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder psychiatrisches Großkrankenhaus? ..... S. 75

H. KUNZE, Kassel
Werden die psychiatrischen Krankenhäuser in England und den USA abgeschafft? ..... S. 83

R. BECKER und H. HÄFNER, Mannheim
Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim: Aufgaben und erste Ergebnisse ..... S. 95

J. JAKUBASCHK und J. KLUG, Mannheim
Die Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung von Mannheimern seit 1973 im Spiegel des Fallregisters S.115

W.K MÜLLER, Wiesloch
Diskussionsbemerkung zur "Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung von Mannheimern" aus der Sicht des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch S.131

Mitarbeiterverzeichnis

Herausgeber

REIMER, F., Prof. Dr. med., Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg, 7102 Weinsberg

Mitarbeiter

BECKER, R., Dr. med., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 6800 Mannheim

EHRHARDT, H.E., Dr. med., Dr. phil., Dr. jur. h.c., Direktor des Universitätsinstituts für Gerichtliche und Sozial-Psychiatrie, Ortenbergstr. 8, 3550 Marburg

FICHTNER, G., Prof. Dr. med., Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, Denzenberghalde 12, 7400 Tübingen 1

HÄFNER, H., Dr. med., Dr. phil., Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, J 5, 6800 Mannheim

JAKUBASCHK, J., Dr. med., stellv. Dir. der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern (Waldau), Bollingerstr. 111, CH 3072 Ostermundigen

KLUG, J., Dr. phil., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 6800 Mannheim

KULENKAMPFF, C., Prof. Dr. med., Landesrat, Landschaftsverband Rheinland, Kennedyufer 2, 5000 Köln 21

KUNZE, H., Dr. med., Medizinal-Referent am Landeswohlfahrtsverband Hessen, Ständeplatz 6-10, 3500 Kassel

MEYER, J.E., Prof. Dr. med., Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik, v.-Siebold-Str. 5, 3400 Göttingen

MÜLLER, W.K., Dr. med., Psychiatrisches Landeskrankenhaus Wiesloch, Heidelberger Str. 1 a, 6908 Wiesloch

WILLIS, E., Leitender Psychologe am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg, 7102 Weinsberg

10. Weinsberger Kolloquium

Vorwort

Das 10. Weinsberger Kolloquium war mit dem Leitthema "Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Krankenhauspsychiatrie" der Besinnung auf die Psychiatriegeschichte und auf die künftigen Aufgaben ausgerichtet.

Die Tatsache, daß sehr kompetente Fachleute aus verschiedenen Lagern zu Worte kamen, machte den Reiz der Veranstaltung aus.

Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß wir Krankenhauspsychiater bei allen Reformen in erster Linie an die immer zu kurz kommenden chronisch Kranken unseres Fachs denken und in den sogenannten kleinen Abteilungen keine Lösung sehen - schon gar nicht in den antipsychiatrischen Thesen und Taten BASAGLIAs und seiner Anhänger.

Ich hoffe, daß das 10. Weinsberger Kolloquium die historische Entwicklung der Krankenhauspsychiatrie aufzeigen konnte, mit allen Nachteilen zwar, aber auch mit den Vorteilen für chronisch Kranke, gemessen z.B. an der Heimverschubung dieser Kranken oder der Situation dieser Patienten in Italien.

F. Reimer

Werden die psychiatrischen Krankenhäuser in England und den USA abgeschafft?

H. Kunze

Wenn ich mit einem historischen Exkurs beginne, so nicht deshalb, um damit akademischen Gepflogenheiten Reverenz zu erweisen, sondern um die verblüffende Ähnlichkeit der jetzt entstehenden Situation mit der z. Z. der Gründung psychiatrischer Krankenhäuser zu demonstieren. Allerdings waren damals die Fronten im Vergleich zu heute seitenvertauscht. D. h. genau die Zustände, die jetzt als nicht beabsichtigte Folgen bei der Abkehr vom psychiatrischen Krankenhaus hin zur Versorgung in der Gemeinde auftreten, waren seinerzeit wesentliche Gründe für die Errichtung psychiatrischer Krankenhäuser.

In den USA fand Dorthea Dix mit ihren Berichten über die skandalöse Unterbingung psychisch Kranker in Gefängnissen, Armenhäusern und Arbeitshäusern eine solche Resonanz in der Öffentlichkeit, daß sie in vielen Staaten wesentlich zur Gründung öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser beitrug (GROB, 1970). Das erste wurde 1833 in Worcester, Mass., eröffnet und publizierte bald phantastische Erfolgsstatistiken, deren Zweckoptimismus bei aller statistischen Fragwürdigkeit jedoch als Symptom für den Enthusiasmus gewertet werden muß, mit dem die psychiatrischen Krankenhäuser als humanitäre Errungenschaft seinerzeit gefeiert wurden.

In England erregten von der Mitte des 18. bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts immer wieder Skandale um private Irrenhäuser die Öffentlichkeit und beschäftigten wiederholt das Parlament (JONES, K., 1972; PARRY-JOHNES, 1972). 1774 wurde erstmals der Versuch unternommen, per Gesetz die privaten Irrenhäuser der öffentlichen Kontrolle zu unterstellen. Die fünf Prinzipien dieses Gesetzes möchte ich kurz aufzählen, da sie heute genauso aktuell sind wie vor 200 Jahren.

1. Lizenzpflicht
2. Meldepflicht für die Aufnahme von Personen
3. Visitation durch dem Parlament direkt verantwortliche Kommissare
4. Kontrolle, ob Personen unrechtmäßig zurückgehalten werden und ob die rechtmäßig zurückgehaltenen human behandelt werden
5. Ärztliche Supervision.

Die Wirksamkeit des Gesetzes zur Verbesserung der Lage psychisch Kranker in privaten Irrenhäusern war allerdings sehr unbefriedigend, so daß 1808 das englische Parlament die Errichtung von öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern *empfahl*. Erst knapp 40 Jahre später (1845) wurde daraus eine Verpflich-

tung. Denn bis dahin war entsprechend dem unverbindlichen Charakter von Empfehlungen die Errichtung psychiatrischer Krankenhäuser ausgesprochen schleppend vorangekommen - wie heute der von allen Seiten empfohlene, aber nicht verpflichtende Aufbau komplementärer Dienste.

Abkehr vom psychiatrischen Krankenhaus

Ich überspringe jetzt die ganze, sehr interessante Entwicklung bis zur jüngsten Vergangenheit und übergehe damit Fragen wie: Welche gesellschaftlichen Entwicklungen trugen zum Niedergang der psychiatrischen Krankenhäuser bei? Wie wandelte sich das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Armenwesen einerseits und Psychiatrie und Medizin andererseits?

Lassen Sie mich 1958 wieder einsetzen mit einem Zitat:

"Das große psychiatrische Krankenhaus ist antiquiert und überlebt und wird schnell obsolet. Ich sehe nicht, wie irgendeine vernünftige und objektive Beurteilung zu einem anderen Schluß kommen kann, als daß sie bankrott sind, daß ihnen nicht mehr zu helfen ist ... und daß unsere großen psychiatrischen Krankenhäuser so schnell liquidiert werden sollten, wie dies in einer ordnungsgemäßen und fortschrittlichen Form möglich ist." (Zitiert nach LAFAVE, 1976).

Dieses Zitat stammt nicht von einem Antipsychiater wie Basaglia oder Laing. Es war Bestandteil der Grußbotschaft des Präsidenten der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, Harry Salomon, anläßlich des Jahreskongresses 1958.

Schon Anfang der sechziger Jahre hat die Auseinandersetzung um die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser zu einschneidenden gesundheitspolitischen Konsequenzen geführt. Ich erinnere an die berühmte Botschaft Kennedys 1963, in der er das Community Mental Health Center Program ankündigte mit der Zielvorstellung, damit die staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser abzulösen. Den Krankenhausplan 1962 für England kommentierte der damalige britische Gesundheitsminister mit den Worten: "... daß er (der Plan) nicht weniger impliziert als die Eliminierung von dem weitaus größeren Teil der psychiatrischen Krankenhäuser des Landes wie sie zur Zeit stehen." (Zitiert nach JONES, K.,1972).

Während die Abkehr vom traditionellen psychiatrischen Krankenhaus hin zur Versorgung in der Gemeinde, insbesondere in der USA*) mehr den Charakter einer Bewegung als einer planmäßigen und rationalen Reform hatte, macht sich inzwischen Ernüchterung breit. Die Ziele waren doch bei weitem nicht so schnell erreichbar und eine Reihe von nachteiligen, nicht beabsichtigten Folgen haben die Reform in Mißkredit gebracht. Die Versachlichung der Diskussion wird deutlich bei einer Reihe von internationalen Konferenzen, z.B. 1973 in Buffalo, N.Y. (ZUSMAN/BERTSCH, 1975), 1974 in York/England (vgl.Psychiatric Quarterly

*) Der amerikanische Begriff ist "Deinstitutionalization" (National Institute of Mental Health, 1976). Es scheint bezeichnend, daß dieser Begriff das 'weg von' zum Ausdruck bringt, aber nicht das 'wohin statt dessen'.

48, 1974), an der ich teilnehmen konnte, sowie 1975 in Madison/Wis. (STEIN/TEST, 1978). Die beiden letzteren befaßten sich mit dem Thema Alternativen zum psychiatrischen Krankenhaus. Ende 1976 tagte auf Einladung der WHO eine Arbeitsgruppe in Mannheim mit dem Thema "Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser" (WHO-Regional Office for Europe, 1976).

Wenn ich einen ganz allgemeinen Eindruck von diesen Konferenzen zusammenfassen darf, im Bewußtsein der Gefahren solcher Pauschalierungen: Von Glaubensprinzipien getragene Totallösungen werden zunehmend abgelöst von der Strategie kleiner Schritte, die sich an den Ergebnissen evaluativer Forschung orientiert. Die Pseudodichotomie: 'Krankenhaus *oder* Gemeindepsychiatrie' wird abgelöst von einer Konzeption, die ein reformiertes Krankenhaus als integralen Bestandteil eines umfassenden gemeindepsychiatrischen Dienstes sieht (BENNETT, 1978). Allerdings ist diese Konzeption in Europa noch nirgends vollständig realisiert, wie die WHO-Arbeitsgruppe feststellte.

Das Problem in der wissenschaftlichen Literatur

Aus der großen Fülle einschlägiger Arbeiten zum Thema des Vortrages möchte ich zunächst auf zwei Gesichtspunkte eingehen:

a) Arbeiten zum Hospitalismusproblem,
b) alternative Formen der Behandlung ohne Krankenhaus.

a) Als die wichtigsten negativen Aspekte traditioneller psychiatrischer Krankenhäuser hat WING zusammengefaßt:

geographische und soziale Isolation,
Stigmatisierung,
Institutionalismus,
Verarmung,
Vernachlässigung,
unzureichende Behandlung.

Über diesen Negativkatalog Einigkeit herzustellen, ist nicht weiter schwierig. Doch die große Streitfrage ist, ob diese negativen Merkmale unvermeidlich und als in der Natur der Sache liegend anzusehen sind, oder ob es auch ein therapeutisches Krankenhausmilieu gibt.

Zwei Gesichtspunkte haben in dieser Frage zu einer erheblichen Relativierung der kompromißlosen Verteufelung der psychiatrischen Krankenhäuser beigetragen. Einmal war dies die inzwischen zahlreich dokumentierte Erfahrung, daß die Plazierung von chronischen Patienten in Einrichtungen in der Gemeinde mitnichten automatisch alle Probleme löst, sondern im Gegenteil: der oben angeführte Negativkatalog ist inzwischen für alle anderen Formen von Institutionen mit chronischen Patienten, auch solche, die mitten in der Gemeinde liegen, nachgewiesen (National Institute of Mental Health, 1976; KUNZE, 1977). MURPHY (1972) hat von den "neuen rückwärtigen Stationen in der Gemeinde" gesprochen und DAVIS et al (1974) von der "neuen kustodialen Gemeinde".

Der zweite Gesichtspunkt bezieht sich auf die von WING und an-

deren heruagearbeiteten Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und Milieufaktoren für Auslösung und Verlauf der Krankheit, sei es in der Familie oder in Institutionen. Daraus ergibt sich die Fragestellung, ob nicht die milieutherapeutische Gratwanderung bei der Behandlung Schizophrener zwischen den Gefahren der Über- und Unterstimulation einem unter diesen Gesichtspunkten strukturierten Krankenhausmilieu eine große Bedeutung zuweist (WING, 1976). Damit könnten die bisher auf praktischer Erfahrung beruhenden Konzepte der Milieutherapie (CUMMING/CUMMING, 1962) und der therapeutischen Gemeinschaft (JONES, M., 1952) eine wissenschaftliche Grundlage erhalten.

Nun zu den experimentellen Ansätzen, die ohne Krankenhaus auszukommen versuchen:

POLAK und Maxwell JONES (1973) haben darauf hingewiesen, daß die Entscheidung für eine Hospitalisation bei psychisch Kranken meist nicht primär von der Schwere der psychischen Störung abhängt, sondern von den sozialen Problemen, die durch diese psychischen Störungen ausgelöst wurden - wenn es sich nicht um exogene Psychosen handelt. Deshalb sei hier auch der eigentliche therapeutische Ansatzpunkt, wenn man das Ziel verfolgt: die Krise in einem gemeinsamen Lernprozeß von Patienten und Angehörigen zu überwinden, statt durch Hospitalisation die sozialen Probleme, die zur Krise beigetragen haben, auszuklammern und zusätzliche Hospitalismusschäden zu setzen (POLAK/KIRBY, 1976; STEIN/TEST, 1978). Die Behandlung ist eine Kombination von medikamentöser Behandlung, Krisenintervention und Aktivierung sozialer Unterstützung, erforderlichenfalls auch vorübergehende Aufnahme in eine Pflegefamilie. Die Therapie findet nach Möglichkeit dort statt, wo die Schwierigkeiten sichtbar werden, also z. B. zu Hause. Bei chronischen Patienten wird die Dauerhospitalisation vermieden durch Wohneinheiten, Wohn- und Pflegeheime, beschützende Arbeitsplätze und Werkstätten, Tagesprogramme u.a. (in Verbindung mit aktiver Nachsorge).

Diese Positionen stützen sich auf frühere kontrollierte Therapieexperimente, z. B. die Behandlung akut Schizophrener in ihren Familien durch Ärzte und Krankenschwestern, die Hausbesuche machen (PASAMANICK et al., 1967; DAVIS et al., 1974); familientherapeutisch orientierte Krisenintervention (LANGSLEY/KAPLAN, 1968); tagesklinische Behandlung (HERZ et al., 1971), die Rehabilitation chronisch Kranker durch ein Programm, das Wohnen und Arbeiten als gemeinschaftsstiftende Aufgabe verbindet (FAIRWEATHER, 1969). Alle diese Projekte - und viele andere ähnliche - haben in der Regel jedoch zwei Schwächen, die ihre Übertragbarkeit erheblich einschränken und ihnen den Stellenwert von - wenn auch sehr interessanten - Pilot-Studien zuweisen, aber nicht von Untersuchungen, die wissenschaftlich belegen, daß man generell ohne Krankenhaus bessere Psychiatrie betreiben kann:

1. Die kurze und begrenzte Dauer dieser Demonstrationsprojekte, ihre verhältnismäßig kleinen Patientenzahlen, ihre verschiedenen Vorbedingungen wie Vorhandensein einer kooperationswilligen Familie, und die fehlende Kontrolle von Auslesefaktoren bei der Fallidentifikation erlauben nicht den *wissenschaftlichen*

Schluß, daß die Projektpatienten repräsentativ für *alle* psychisch Kranken seien und somit der Erfolg des Projektes die Ersetzbarkeit psychiatrischer Krankenhäuser *insgesamt* beweise.

2. Der andere Aspekt betrifft die Qualifikation und Motivation des Personals, an die sehr viel höhere Ansprüche gestellt werden als wenn das Personal unter traditionellen Krankenhausbedingungen arbeitet. Die psychologischen Schwierigkeiten sind nicht zu unterschätzen, wenn Therapeuten nicht mehr auf dem vertrauten Territorium der eigenen Institution dem vereinzelten Patienten gegenübertreten, sondern selber vereinzelt sich in fremde Bereiche, z. B. die Wohnung des Kranken, begeben. Dieser Arbeitsstil vor Ort setzt ganz neue Erfahrungen und Techniken der Situationskontrolle voraus. Vor Ort therapeutisch arbeiten ist nur möglich bei einem hohen Grad an Eigenverantwortlichkeit, auch nicht-akademischer Therapeuten, und wirft Kommunikations- und Koordinationsprobleme auf, die sich bei Beschränkung auf das Krankenhaus gar nicht erst stellen. Wie dies mit durchschnittlichem Personal bei durchschnittlicher Motivation und Ausbildung und über längere Zeiträume als ein Projekt realisierbar sein soll, ist eine offene Frage (MECHANIC, 1978).

Psychiatrische Krankenhäuser:
Schließungen, Schrumpfprozeß, Reform

Wenn man sich den Umfang der Literatur vergegenwärtigt, der sich mit der Kritik psychiatrischer Krankenhäuser und alternativen Formen der Behandlung befaßt und auch die Vehemenz, mit der die Argumente und Schlußfolgerungen vorgetragen werden (z.B. MENDEL, 1976), so muß eigentlich erstaunen, daß die Zahl der tatsächlich geschlossenen Krankenhäuser so gering ist: in England praktisch noch keines, in den USA bis Ende 1973 ganze 14 Krankenhäuser von ca. 320, also weniger als 5 % (GREENBLATT, 1976).

In Californien wurde 1969 beschlossen, nach und nach alle Krankenhäuser aufzulösen. Doch die ersten Schließungen lösten erhebliche Reaktionen in der Öffentlichkeit aus, die das Schicksal der Krankenhäuser zu einem Politikum ersten Ranges werden ließen und 1973 zu einer Revision dieses Planes führten (GREENBLATT, 1976; GREENBLATT/GLAZIER, 1976). Chronisch Kranke sammelten sich zunehmend in Stadtteilen, die ohnehin schon deutliche Zeichen sozialer Desintegration aufwiesen. Einzelne spektakuläre Gewaltverbrechen fanden ein großes Echo und reaktivierten das Stereotyp vom gefährlichen Geisteskranken, obwohl die statistische Zunahme von Polizeikontakten psychisch Kranker fast nur darauf zurückzuführen war, daß die Ex-Patienten als hilfelose Personen oder bei Verwahrlosungsdelikten aufgegriffen wurden (DINGMAN, 1976; SEGAL/AVIRM, 1978). Gewerkschaften protestierten gegen die Schließung in Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder, deren Weiterbeschäftigung in akzeptablen Positionen unzureichend gewährleistet war. Bürgermeister wollten das Krankenhaus als wichtigste ökonomische Basis ihrer kleinen Gemeinde verteidigen.

Die politische Bedeutung dieser Konflikte läßt sich daran ablesen, daß zum ersten Male seit 28 Jahren das Veto des Gouver-

neurs durch das Parlament überstimmt wurde bei einer Gesetzesvorlage, die die Schließung von psychiatrischen Krankenhäusern aus der Zuständigkeit der Administration in die des Parlamentes übertrug.

Von zwei positiven Beispielen (LAFAVE et al., 1976; COLE et al., 1978) - soweit das nach den Berichten beurteilbar erscheint - der Schließung eines psychiatrischen Krankenhauses möchte ich eines kurz skizzieren. Die südliche Hälfte des kanadischen Staates Saskatchewan mit ca. einer halben Million Einwohnern wurde von einem staatlichen Krankenhaus versorgt, das in den frühen fünfziger Jahren über 2 1/2 Tausend Betten hatte und alle negativen Kennzeichen psychiatrischer Großkrankenhäuser aufwies. Nach der Ausgliederung von ca. 1.000 geistig Behinderten wurde das Krankenhausmilieu therapeutisch umgestaltet. Damals arbeiteten dort u. a. CUMMING (Milieutherapie) und AYLLON (Münzverstärkungsprogramme). Die Gründung mehrerer psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hatte erst dann eine Auswirkung auf das Großkrankenhaus, als den therapeutischen Teams verbindlich die Gesamtverantwortung für ihre Einzugsbereiche übertragen wurde. Danach sank dramatisch die Aufnahme- und Wiederaufnahmezahl, so daß die Krankenhausbelegung 1965 auf 550 gesunken war. 1971 konnte dann das Krankenhaus geschlossen werden, *nachdem* seine Funktionen von anderen Einrichtungen übernommen worden waren.

Die wichtigsten Aspekte dieser Entwicklung im Unterschied zu den häufigeren negativen Beispielen sind darin zu sehen: Der Belegungsrückgang wurde nicht erreicht durch forcierte Entlassung, sondern die Reduktion von Aufnahmen als Folge des Aufbaus gemeindepsychiatrischer Dienste, die sich auch tatsächlich um die bisherigen Krankenhauspatienten und nicht nur um eine neue Klientel kümmerten. Dabei kam dem Krankenhauspersonal mit seinen Erfahrungen in der Gestaltung eines therapeutischen Milieus eine große Bedeutung zu, wodurch einmal die Weitergabe des therapeutischen Erfahrungsschatzes von den bisherigen zu den neuen Diensten erreicht wurde und zum anderen wesentliche Widerstände aus Angst um Arbeitsplätze nicht auftraten.

Von der zahlenmäßigen, aber auch strukturellen Bedeutung her ist die *Reduktion der Gesamtbettenkapazitäten* der staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser in den USA wie auch in England von viel größerer Bedeutung als die wenigen Schließungen. Man kann von einem Prozeß der Gesundschrumpfung, verbunden mit einem erheblichen Strukturwandel sprechen (KUNZE, 1977; NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 1976-1977; TAUBE/REDICK, 1975). In den USA ging die Gesamtbettenzahl schneller zurück als in England, nämlich von 559 000 im Jahre 1955 auf weniger als die Hälfte, nämlich unter 200 000 im Jahre 1975. Diese Reduktion wurde vor allem durch die Verlegung oder Direktaufnahme chronisch und Alterskranker in Alten- und Pflegeheime bewirkt, wie die Zunahme psychisch Kranker in solchen Einrichtungen von 222 000 auf über 427 000 in der kurzen Zeit von 1964 bis 1969 zeigt. Daß damit für die meisten der Betroffenen nur eine Verschiebung, aber keine Besserung der Probleme verbunden war, machen zahlreiche Artikel (Lit. vgl. KUNZE, 1977), aber auch der Untersuchungsbericht einer Kommission des US-Senats (UNITED

STATES SENATE, 1974), deutlich. Gleichzeitig wandelten sich viele der schrumpfenden Großkrankenhäuser zu aktiven gemeindebezogenen Therapiezentren, indem sie einerseits durch innere Sektorisierung und Zuordnung zu Teilgebieten des bisherigen Aufnahmebereiches die Voraussetzungen für gemeindenahe Arbeit verbesserten und andererseits ihr institutionelles Angebot durch Aufbau von teilstationären und ambulanten Diensten differenzierten.

In England ist insgesamt ein ähnlicher Prozeß der Gesundschrumpfung und Umstrukturierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser zu beobachten, wenn er auch insgesamt langsamer vonstatten geht. 1975, also 13 Jahre seit der Bekanntgabe des Krankenhausplanes, der langfristig die Ablösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser vorsieht, stellten diese Krankenhäuser immer noch den weitaus größten Anteil der stationären Behandlungskapazitäten (DEPARTEMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1975+1977).

2/3 aller psychiatrischen Betten befinden sich noch in Krankenhäusern der Größe 500 bis 1 500 Betten. Wenn auch die Zahl der chronischen Patienten durchschnittlich jährlich um 6 % sinkt, so betrug der Anteil der über 5 Jahre Hospitalisierten 1975 doch immer noch die Hälfte aller stationären Patienten.

Die Zahl der neuen Tagespatienten hat sich in 10 Jahren kontinuierlich mehr als verdoppelt, wenn sie auch insgesamt immer noch sehr klein ist; die Personalsituation hat sich erheblich verbessert: z. B. die Zahl der Ärzte in 10 Jahren verdreifacht, die des Pflegepersonals verdoppelt auf einen Schlüssel von 1 : 1,8.

Die chronischen Patienten als Prüfstein der Reform

Mit Fallregistern und den sehr guten nationalen Statistiken werden genau die Kumulationen der sogenannten neuen chronischen Patienten und ihre Versorgungsbedürfnisse beobachtet (DEPARTEMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1975+1977; HEWETT et al, 1975; MANN/CREE, 1975; WING, 1978; WING/HAILEY, 1972). Denn die entscheidende Frage ist, ob langfristig die neuen chronischen Patienten ohne psychiatrisches Krankenhaus auskommen oder nicht. Es gibt zahlreiche Stimmen, die dies nicht für ausgemacht halten oder gar sehr skeptisch sind. Dazu zählen nicht nur Wissenschaftler wie WING, sondern auch einflußreiche nichtprofessionelle Organisationen wie National Association for Mental Health oder National Schizophrenia Fellowship, ein Verband von Angehörigen und Betroffenen.

Das Grundsatzpapier der Regierung zur Entwicklung der psychiatrischen Dienste von 1975 "Better Services for the Mentally Ill" (DEPARTEMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1975) geht ausführlich auf diese Probleme ein. Die Versorgung der chronisch Kranken ist zwar prinzipiell die Aufgabe der kommunalen Sozialdienste, doch vollzieht sich der Rückzug der Krankenhauspsychiatrie aus der Verantwortung für die chronisch Kranken meist schneller, als der Aufbau von Diensten für diesen Personenkreis in der Gemeinde gelingt. Denn die sowieso schon überlasteten

Sozialdienste erhielten eine Aufgabe zugewiesen, für die sie weder durch Erfahrung noch durch zusätzliche finanzielle und personelle Mittel ausreichend gerüstet sind.

Wenn ich im folgenden noch auf einige negative Aspekte der geschilderten Entwicklung eingehe, so geschieht dies nicht, weil ich von ihrer Unvermeidlichkeit überzeugt bin. Aber ihre Bewältigung erfordert gezielte Anstrengungen. Im traditionellen Großkrankenhaus garantierte die räumliche Geschlossenheit der Organisation sowie ihre hierarchische, arztzentrierte Ordnung die Integration aller Maßnahmen. Mit zunehmender struktureller Differenzierung, räumlicher Dezentralisierung sowie größerer Eigenverantwortlichkeit verschiedener Berufsgruppen neben dem Arzt als Voraussetzungen einer bürgernahen und die sozialen Probleme berücksichtigenden Behandlung entstehen auch erhebliche Schwierigkeiten. Die Differenzierung und Dezentralisierung kann zur Unübersichtlichkeit werden, so daß sich nur noch Patienten mit einem akademischen Grad zurecht finden. Bei schwelenden Konflikten zwischen Teilinstitutionen oder verschiedenen Berufsgruppen wird der Patient als Schnittpunkt ungelöster Gegensätze hoffnungslos überfordert. Diese Schwierigkeiten steigern die Gefahr, daß insbesondere chronisch Kranke durch die Maschen fallen und Kontakt zu psychiatrischen Diensten verlieren.

Die traditionellen Großkrankenhäuser als Heil- und Pflegeanstalten standen noch in einer umfassenden Verantwortlichkeit für alle schwer psychisch Kranken. Das entscheidende Problem beim Wandel psychiatrischer Dienste besteht darin, daß es offenbar nur sehr selten gelingt, die Beschränkung der Krankenhäuser auf therapeutische Funktionen an die qualifizierte Übernahme der Asylfunktion durch andere Institutionen wirksam zu koppeln. Ohne diese Koppelung (CUMMING, 1975) geraten viele psychisch und sozial Schwerstbehinderte ins Abseits der Reform: Hospitalismus fördernde Heime, Obdachlosenasyle für Nichtseßhafte (TIDMARSCH/WOOD, 1972), überforderte Familien, Leben in Einsamkeit.

Zum Schluß möchte ich die Beziehung zum Ausgangspunkt herstellen. Die radikale Infragestellung der psychiatrischen Krankenhäuser in den sechziger Jahren hat Reform und Rückschritt nebeneinander zur Folge gehabt. Die Abschaffung des traditionellen Großkrankenhauses zugunsten von *nur therapieorientierten* psychiatrischen Diensten geht zu Lasten der psychisch und sozial Schwerstbehinderten. Nur wenn die Abschaffung des traditionellen Großkrankenhauses durch seine Reform und Integration in ein *versorgungs-* und nicht nur therapie*orientiertes Netz* psychiatrischer Dienste gelingt, ist die historische Entwicklung vergleichbar mit der vollen Drehung einer aufsteigenden Spirale und nicht mit der vollen Drehung im Kreise.

Literatur

AHMED, P.I.; PLOG, St.C. (Eds.), 1976:
State Mental Hospitals - What happens when they close.
New York: Plenum

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

COLE, J.C.; GARDES, G.; NELSON, M.:
Alternatives to chronic hospitalisation -
The Boston State Hospital Experience. In: Stein, L.I. and M.A. Test (S. 35)

CUMMING, J.:
Who will care for the chronically ill?
In: Zusman, J. and E.F. Bertsch (S. 46)

CUMMING, J.; CUMMING, E. (1962):
Ego and milieu - Theory and practice of environmental therapy. Chicago: Atherton

DAVIS, A.E.; DINITZ, S.; PASAMANICK, B. (1974):
Schizophrenics in the new custodial community:
Five years after the experiment.
Columbus, Ohio: Ohio State University Press

DAVIS, A.E.; DINITZ, S.; PASAMANICK, B. (1972):
The prevention of hospitalisation in schizophrenia:
Five years after an experimental program.
American Journal of Orthopsychiatry 42, 375-388

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (DHSS) (1975):
Better services for the mentally ill.
London

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (DHSS) (1977):
The facilities and services of mental illness and mental handicap hospitals in England 1975.
Statistical and research series No. 19

DINGMAN, P.R.:
The alternative care is not there.
In: Ahmed, P.I. and St. C. Plog

FAIRWEATHER, G.W. et al. (1969):
Community life for the mentally ill.
Chicago: Aldine

GREENBLATT, M.:
Historical factors affecting the closing of State Hospitals
In: Ahmed, P.I. and St. C. Plog

GREENBLATT, M.; GLAZIER, E.:
Some mayor issues in the closing of the hospitals.
In: Ahmed, P.I. and St. C. Plog

GROB, G.N. (1973):
Mental institutions in America: Social policy to 1875.
New York: Free Press

HERZ, M.; ENDICOTT, J.; SPITZER, R.; MESNIKOFF, A. (1971):
Day versus inpatient hospitalisation: A controlled study.
American Journal of Psychiatry 127, 1371-1380

HEWETT, S.; RYAN, P.; WING, J.K. (1975):
Living without the mental hospitals.
Journal of Social Policy 4, 391-404

JONES, K. (1972):
A history of mental health services. London: Rontledge

JONES, M. (1952):
Social psychiatry - a study of therapeutic communities.
London: Tavistock

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

LAFAVE, H.G. et al.:
Is the community ready? In: Ahmed, P.I. and St. C. Plog

LANGSLEY, D.G.; KAPLAN, D.M. et al. (1968):
The treatment of families in crisis.
New York: Grune and Stratton

MANN, S.; CREE, W. (1975):
The long-stay psychiatric patients: A national sample of 15 mental hospitals in England and Wales 1972/3.
Brit. J. Hosp. Med. 56-63

MECHANIC, D.:
Alternatives to mental hospital treatment: A sociological perspective. In: Stein, L.I. and M.A. Test

MENDEL, W.M.:
The case for closing of the hospitals.
In: Ahmed, P.I. and St. C. Plog

MURPHY, H.B.M. et al. (1972):
Foster homes: the new back wards.
Canada's Mental Health Suppl. No. 71

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH:
Statistical notes 1970 - 1976. Division of Biometry.
Rockville, Maryland, USA

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (1976):
Deinstitutionalization - An analytical review and sociological perspective.
DHEW Publication No. (ADM) 76-351, Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 20402

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (1977):
Psychiatric services and the changing institutional scene 1950 - 1985. DHEW Publication No. (ADM) 77 - 433 , Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 20402

PARRY-JONES, W.L. (1972):
The trade in lunacy. London: Rontledge

PASAMANICK, B.; SCARPITT, F.; DINITZ, S. (1976):
Schizophrenics in the community: An experimental study of the prevention of hospitalisation.
New York: Appleton

POLAK, P.R.; KIRBY, M. (1976):
A model to replace psychiatric hospitals.
J. Nerv. Ment. Disease 162, 13-22

POLAK, P.R.:
A comprehensive system of alternatives to psychiatric hospitalisation. In: Stein, L.I. and M.A. Test

POLAK, P.R.; JONES, M. (1973):
The psychiatric nonhospital: A model for change.
Community Mental Health Journal 9 (2), 123-131

POLAK, P.R. (1967):
The crisis of admission. Social Psychiatry 2, 150-157

PSYCHIATRIC QUARTERLY 48 (1974):
(In diesem Heft sind die Beiträge der Konferenz in York, England, veröffentlicht: Alternatives to the mental hospital)

SEGAL, St. P.; AVIRAM, U.:
Community - based sheltered care. In: Ahmed, P.I.u.St.C. Plog

AVIRAM, U.; SEGAL, St. P. (1973):
Exclusion of the mentally ill: Reflections on an old problem in a new context. Arch. Gen. Psychiat. 29, 126-131

STEIN, L.K. ; TEST, M.A. (Eds.) (1978):
Alternatives to mental hospital treatment.
New York: Plenum

STEIN, L.I.; TEST, M.A.:
An alternative to mental hospital treatment.
In: Stein, L.I. and Test, M.A.

TAUBE, C.A.; REDICK, R.W.:
Recent trends in the utilization of mental health facilities.
In: Zusman, J. and E.F. Bertsch

TIDMARSCH, D.; WOOD, S.:
Psychiatric aspects of destitution. In: Wing J.K. and Hailey

UNITED STATES SENATE (1974):
Subcommittee on long-term care of the special committee on aging: Nursing home care in the United States: Failure in public policy.
Introductory Report, Washington, D.C.:
US Government Printing Office

WHO - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1976):
Working group on the future of mental hospitals:
Summary Report Nov. 1976

WING, J.K. (1976):
Eine praktische Grundlage für die Soziotherapie bei Schizophrenie. In: Huber, G. (Hrsg.): Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen.
Stuttgart-New York: Schattauer

WING, J.K. (1975):
Institutional influences on mental disorders.
In: Kisker, K.P., J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgren (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Band III, 2. Aufl.
Berlin: Springer

WING, J.K.; BROWN, G.W.(1970):
Institutionalism and schizophrenia.
London: Cambridge University Press

WING, J.K.:
Planning and evaluating services for chronically handicapped psychiatric patients in the United Kingdom.
In: Stein, L.I. and M.A. Test

WING, J.K.; HAILEY, A.M. (Eds.) (1972):
Evaluating a community psychiatric service: The Camberwell Register 1964-1971
London: Oxford University Press

ZUSMAN, J.; BERTSCH, E.F. (Eds.) (1975):
The future role of the state hospital.
Lexington, Mass.: Lexington Books

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim:

Aufgaben und erste Ergebnisse.

R. Becker

H. Häfner

Einleitung

Die erste Baustufe des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim ist vollendet. Der schrittweise Aufbau der Forschung, Lehre, Kliniken und Abteilungen steht vor dem einstweiligen Abschluß. Die ersten Bettenstationen konnten im September 1975, die letzten im April 1977 eröffnet werden, so daß wir hier über diese noch sehr kurze Entwicklungsphase berichten.

Will man verstehen, welche Aufgaben das Institut zu erfüllen sucht, so ist es sinnvoll, sich zu vergegenwärtigen, wie es wurde, was es ist. Wir gehen daher zunächst auf seine Ideengeschichte und Entstehung ein, beschreiben sodann Aufbau und Aufgaben, stellen erste Ergebnisse vor und schließen mit einem Blick auf noch zu erreichende Ziele.

Zur Vorgeschichte und Entstehung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit

Die Vorgeschichte des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit reicht in das Jahr 1963 zurück. Neben anderen Initiativen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung entwickelte damals der eine von uns, mit Unterstützung von W. von Baeyer und K.P. Kisker, in Heidelberg auch die ersten Pläne eines Modellinstituts für psychiatrische Forschung und Therapie (s. HÄFNER/BAEYER/KISKER, 1965). Der Grundgedanke war, die Universitätskliniken und -abteilungen des gesamten Fachgebiets unter einem Dach zusammenzuführen und mit einer umfassend gegliederten psychiatrischen Versorgung und einem überregionalen Forschungsschwerpunkt auf dem hierzulande lange Zeit vernachlässigten Gebiet interdisziplinärer psychiatrischer, insbesondere sozialpsychiatrischer Forschung zu verbinden. Mit diesem Modell sollten, unter wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation der Programme, konkrete Erfahrungen mit einer gemeindebezogenen psychiatrischen Versorgungseinrichtung gewonnen werden, die auch anderwärts geeignete Anregungen zur Verwirklichung von Reformen liefern könnten.

Das Bundesgesundheitsministerium erkannte 1965 den Modellcharakter des neuen Vorhabens an und sagte seine finanzielle Förderung zu. Im Jahr 1967 wurde die Förderung des Modellprojekts definitiv abgelehnt. Die Begründung lautete, der Etat des Ministeriums lasse eine Baukostenbeteiligung nicht zu.

Wollte man nicht resignieren, so galt es, eine modifizierte Kon-