

Aus dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
des Zentrums für Psychosoziale Medizin

Direktor: Prof. Dr. H.-P. Schmiedebach

**Psychiatrische Transformationsprozesse und die Enthospitalisierung im Kontext
der Einführung der Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland**

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Peter Joachim Niemann

aus Böblingen

Hamburg 2008

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: *17.12.2008*

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: *Prof. Dr. H.-P. Schmiedebach*

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: *PD Dr. M. Goring*

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: *Prof. Dr. K. Wiedemann*

Danksagung

Diese Dissertation hätte ohne die stete Unterstützung durch unzählige Personen, insbesondere meinen Eltern Dieter und Ursula Jurczyk, sowie meiner Familie, meinem Doktorvater Professor Schmiedebach und vielen Bibliothekaren, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen, nicht entstehen können.

Inhaltsverzeichnis	Seitenzahl
<u>I Einführung</u>	
I.1. Arbeitshypothese und Fragestellung	4
I.2. Einleitung	5
I.3. Material und Methoden	11
I.4. Aufbau der Arbeit	16
<u>II Geschichte der deutschen Psychiatrie</u>	
II.1. Einleitung	18
II.2. Entstehung des deutschen Anstaltssystemes und Geschichte der deutschen Psychiatrieversorgung bis in die Nachkriegszeit des Zweiten Weltkrieges	19
II.3. Die Enthospitalisierung in der alten Bundesrepublik Deutschland	33
II.4. Die (versuchte) Enthospitalisierung in der DDR	46
II.5. Die Enthospitalisierung in der vergrößerten Bundesrepublik Deutschland	48
<u>III Der Enthospitalisierungsprozeß im Ausland und die Begrifflichkeit der Enthospitalisierung</u>	
III.1. Einleitung	51
III.2. Entwicklung der Psychiatrie und Enthospitalisierung in den USA	53
III.3. Entwicklung der Psychiatrie und Enthospitalisierung in Großbritannien	58
III.4. Allgemeines zur Enthospitalisierung	64
III.5. Schwierigkeiten des Begriffes „Enthospitalisierung“	67
III.6. Begriffsentstehung und Definition	69
<u>IV Geschichte der Neuroleptika und Schizophreniebegriff</u>	
IV.1. Einleitung	72
IV.2. Vorgeschichte des Chlorpromazins	72
IV.3. Frühe Jahre der Neuroleptika	75
IV.4. Schizophrenie: Der Begriff und seine Geschichte	78
IV.5. Aktuelle Forschungslage zur Schizophrenie	81

IV.6. Somatische Schizophreniebehandlung in präneuroleptischen Zeiten	82
IV.7. Vergleich der somatischen Therapieformen	86
IV.8. Neuroleptikaauswirkungen	90
<u>V Die Neuroleptikadiskussion im Kontext der Transformationsstudien</u>	
V.1. Frühe Neuroleptikaära	92
V.2. Die Transformationsstudien	95
V.3. Anfänge der Transformationsdebatte und Diskussionseinleitung	102
V.4. Erster Teil – Nichtdeutschsprachige Transformationsstudien	106
V.5. Zweiter Teil – Deutschsprachige Transformationsstudien	140
V.6. Synopse der Transformationsdiskussion	166
<u>VI Die Diskussion des Bedingungsgefüges der Enthospitalisierung in Hinblick auf Neuroleptika</u>	
VI.1. Einleitung	170
VI.2. Analyse der Neuroleptikaauswirkungsdiskussion	172
VI.3. Abschließende Bemerkungen	202
<u>VII Zusammenfassung</u>	
VII.1. Abschließende Beurteilung und Zusammenfassung	206
<u>VIII Literaturverzeichnis</u>	208

Kapitel I: Einführung

I.1. Arbeitshypothese und Fragestellung

Die Medikamentengruppe der Neuroleptika hat auf vielfältige Symptome wie Denkstörungen, paranoides Verhalten, Wahnvorstellungen, Angst, sozialer Rückzug usw. ihre verbessernde Wirkungen aufzeigen können.¹ Ob ihre Einführung in den 1950er Jahren jedoch auch die Struktur des damals vor allem auf Psychiatriekrankenhäuser fußenden Psychiatrieversorgungssystemes veränderte, ist unklar.

Dieser Frage gingen einige Wissenschaftler nach. Eine vor allem auf die westliche Welt zentrierte Diskussion, die ich Transformationsdiskussion² nennen möchte, entstand. Es erschienen in dessen Verlauf im Zeitraum der späten 1950er und frühen bis mittleren 1960er Jahre diverse Publikationen zum Thema möglicher medikamenten-, bzw. neuroleptikaassoziiertes Effekte.

Im Rahmen des ersten Hauptteiles meiner Arbeit wird diese Diskussion und die ihr zugrundeliegenden Publikationen einer Analyse unterzogen. Die Artikel werden dabei hinsichtlich ihrer Begründungszusammenhänge, Methodik, Statistiken und Ergebnis einzeln untersucht werden. Aus diesen Einzelbetrachtungen wird ein Gesamtbild konstruiert werden, das ein erstes Bedingungsgefüge der Neuroleptika-Transformationsdiskussion darstellt. Diese Analyse entspricht einer Metaanalyse, die vor allem argumentative Zusammenhänge untersucht.

Im zweiten Hauptteil meiner Arbeit wird dann eine Gruppe anderer Arbeiten untersucht. Es handelt sich hierbei um solche, die zwar die Neuroleptika thematisieren, aber weniger im Kontext ihrer Einführung und möglichen Auswirkungen als im Kontext der Enthospitalisierung, einer v.a. in der BRD ab den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts einsetzenden Veränderung der Psychiatrielandschaft.³ Den Neuroleptika wird in diesen

¹ Zwei frühe Studien: Cole JO et al (1964); Hirsch SR et al (1973)

² Unter dem Begriff der Transformationsdiskussion ist die um die Neuroleptika herum einsetzende Diskussion der 1950er und 1960er Jahre gemeint, in der die Frage im Mittelpunkt stand, inwieweit ihre Einführung eine Veränderung der Psychiatrieversorgungsstruktur verursacht hat. Eine genauere Begriffserläuterung liefert das fünfte Kapitel.

³ Der Begriff der Enthospitalisierung ist in meiner Arbeit streng von demjenigen der Transformation zu trennen. Während die Enthospitalisierung einen klar umschriebenen Prozeß bezeichnet, nämlich eine Dezentralisierung und Hinwendung zu eine auf ambulante Versorgung gestützte Psychiatrieversorgung, bezeichnet der Begriff der Transformation jeglich denkbare Veränderung der Psychiatrieversorgung.

Arbeiten eine enthospitalisierende Funktion zugewiesen. Sie wurden v.a. ab den 1970er Jahren veröffentlicht. Die Stichhaltigkeit ihrer Argumentation wird im zweiten Hauptteil meiner Arbeit überprüft. Abschließend soll dann eine Gesamtbewertung dieser neuroleptikaassoziierten Enthospitalisierungsdiskussion versucht werden. Zusätzlich werden beide Diskussionsstränge auf mögliche Wechselbeziehungen hin untersucht.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt insbesondere auf dem bundesdeutschen und deutschsprachigen Raum.

I.2 Einleitung

Die Psychiatriclandschaft Deutschlands, so wie die anderer westlicher Industriestaaten, unterlag im 20. Jahrhundert einer massiven Wandlung. Viele Jahrzehnte lang war die Versorgung psychisch Kranker in erster Linie von oft gigantischen und fernab großer Städte lokalisierten psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführt worden. Im Rahmen der „Enthospitalisierung“, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stattfand, hat sich dieses Versorgungssystem deutlich verändert, so daß sich der Schwerpunkt zunehmend von stationären hin zu ambulanten Einrichtungen verschob. Eine Proliferation ambulanter und teilstationärer Elemente ging hiermit einher. Die Mehrzahl der Psychiatriekrankenhäuser besteht zwar noch der Form nach als Gebäude und Bauten fort,⁴ doch erscheinen sie als Reminiszenzen einer verflissenen Zeit und beherbergen nur noch einen Bruchteil der Patienten von einst. Einer der Psychiater, der diese Entwicklung miterlebt hat, spricht davon, daß durch die Enthospitalisierung aus einer „Verwahrpsychiatrie“ eine therapeutisch-aktive „Behandlungspsychiatrie“ geworden sei.⁵ Ob dieser Wandel zu einem Abschluß gekommen ist oder sich noch fortsetzen wird, ist ungewiß.⁶

⁴ Werner W (1998). Während in einigen Ländern die Enthospitalisierung eine Reduktion der Zahl der Psychiatriekrankenhäuser bedeutete, fand dieses in der BRD nur in sehr geringem Maße statt. Das Landeskrankenhaus Merzig, das in der BRD geschlossen wurde, bildete eines der ganz wenigen Ausnahmen.

⁵ Kunze H (2001), S. 110. Es muß betont werden, daß mit den Begriffen „Verwahrpsychiatrie“ und „Behandlungspsychiatrie“ eine Schematisierung der Versorgungsformen vorgenommen wird, die nicht immer zutreffend ist. Denn auch in der modernen „Behandlungspsychiatrie“ trifft man noch auf unzählige Fälle von Geisteskranken an, deren Behandlung und Unterbringung mehr dem Charakter einer Verwahrung denn einer aktiven Behandlung ähnelt.

⁶ Wolfersdorf M et al (2001); Schaub R (2004); Heinrich K (2006)

Wenn man im deutschsprachigen Raum von dieser Veränderung einer krankenhauses- oder stationär- hin zu einer ambulanzzentrierten Psychiatrie spricht, so wird oftmals dafür der Begriff der „Enthospitalisierung“ benutzt.⁷ Hiervon waren in allererster Linie die in den Anstalten untergebrachten Patienten, d.h. psychisch Kranken, Geistesbehinderte,⁸ Altersdemente und, zu einem nur sehr geringen Grad, psychischkranke Rechtsbrecher, betroffen. Doch auch für die Angehörigen dieser Patientengruppen waren diese Veränderungen einschneidend, bedeuteten sie doch oft ein geographisches und damit auch emotionales Näherrücken ehemals weit entfernt untergebrachter psychisch kranker Verwandte. Gemeindenah wohnende, „enthospitalisierte“ Patienten zwangen nunmehr zu einer stärkeren Auseinandersetzung, so daß zwar durchaus Reibungspunkte entstehen konnten, aber gleichzeitig auch abgebrochene Beziehungen (neu) aufgebaut, ein besseres Verständnis der Krankheit des psychischkranken Verwandten ermöglicht werden und eine Intensivierung der Kommunikationsachse Patient-Angehöriger stattfinden konnten. Dieses mag mit erklären helfen, wieso die Angehörigen – neben den Patienten selbst – in jüngster Zeit verstärkt das Recht eingefordert haben, auf die medizinische Behandlungsstrategie und Struktur der Psychiatrieversorgung Einfluß zu nehmen. Der etwas kämpferisch klingende Begriff der „Selbstermächtigung“ (englisch: „empowerment“) umfaßt diesen Sachverhalt.⁹ Vereinsgründungen wie der „Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.“ entstanden ebenfalls im Gefolge der Enthospitalisierung.¹⁰

Auch die in den Anstalten Tätigen waren von der Enthospitalisierung betroffen. Zum einen fanden verstärkt nicht-ärztliche und nicht-pflegerische Berufe wie Sozialarbeiter

⁷ Es sei an dieser Stelle auf mein drittes Kapitel verwiesen, in welchem eine Begriffsdefinition vorgenommen, sowie seine geschichtliche Entstehung erläutert wird.

⁸ Neben den psychisch Kranken machte die Gruppe der geistig Behinderten einen größeren Teil der in den Psychiatriekrankenhäusern Hospitalisierten aus. Eine Reihe von Arbeiten wie z.B. Dalferth M (2000) beschäftigen sich mit der Enthospitalisierung und Eingliederung der Geistesbehinderten in die Gemeinde.

⁹ Simon MD (2000). Unter dem Stichwort „Trialog“ wird in der modernen Psychiatrie die Kommunikation zwischen Patienten, Patientenangehörige und die in der Psychiatrie tätigen Personen bezeichnet. Es soll hierdurch eine Mitbestimmung in der Psychiatrie und ihren Behandlungsformen stattfinden.

¹⁰ Lehmann P (1998). Das Wort „Psychiatrieerfahrene“ wird z.Zt. von vielen psychisch Kranken als Wort zur Bezeichnung von psychisch Kranken und in der Psychiatrie versorgten Menschen bevorzugt. In meiner Arbeit werde ich jedoch weiterhin auf den klassischen Begriff des psychisch Kranken zurückgreifen. Es ist keine Wertung hiermit beabsichtigt, sondern autorielle Präferenz.

oder Psychologen Einzug in die psychiatrische Versorgungsstruktur.¹¹ Zum anderen erfuhren gerade „klassische“ Berufsgruppen wie die stationär tätige psychiatrische Pflegekraft eine deutliche Veränderung ihres Arbeitsplatzes: Schwerpunktverlagerung auf ambulante Pflege, kurze stationäre Aufenthalte im Sinne einer „Krisenintervention“, hohe fluktuierende Patientenpopulation und ein diversifiziertes Personalumfeld, um nur einige Veränderungen stichwortartig zu nennen. Manche vermochten sich problemlos hieran zu adaptieren und von den immer weniger benötigten Arbeitsstellen in den Psychiatriekrankenhäusern in die neu aufgebauten gemeindenahen Psychiatrieinstitutionen zu wechseln, für andere wiederum bedeutete dieser Wandel die Zerstörung einer schon teils über Jahrzehnte innegehabten und nun wegbrechenden Arbeitsstelle. Manche zogen sich als Folge verbittert in den Vorruhestand zurück, andere suchten die Konfrontation und verbündeten sich im Protest mit politischen Parteien und/oder Gewerkschaften, um gegen diesen Wandel anzukämpfen.¹²

Aus dem Dargestellten läßt sich schon jetzt erkennen, daß die Enthospitalisierung einen großen Wirkumfang besaß und eine Reihe von Gesellschaftsgruppen und Institutionen betraf. Eine Analyse fällt angesichts dieser Komplexität schwer. Dieses mag erklären, wieso bis dato kein Konsens besteht, mittels welcher Methoden z.B. der Enthospitalisierungsprozeß zu analysieren oder auch welche Faktoren als auslösende anzusehen seien. Es existieren vielfältige Analysenansätze und Erklärungsmodelle: Manche Autoren beispielsweise porträtieren die Enthospitalisierung als multidimensionalen Vorgang, der mit einer entsprechend großen Fülle an Statistiken dargestellt werden muß.¹³ Andere hingegen wählen einen ökonomischen Ansatz und betonen die Wichtigkeit finanzieller Faktoren bei der Enthospitalisierung.¹⁴ Wiederum andere sehen in ihr vor allem eine Folge politischer Entscheidungsprozesse, weshalb sie in ihren Schriften verstärkt den Prozeß öffentlicher Diskussionen und Gesetzes- und Richtlinienerteile darstellen.¹⁵ Auch die bundesdeutschen „Enthospitalisierungsstudien“ aus Berlin,¹⁶ Hessen,¹⁷ Bielefeld,¹⁸

¹¹ Finzen A (1985) gibt auf S. 57 an, daß im Landeskrankenhaus Wunstorf z.B. der Personalschlüssel bei den Psychologen von 1:680 (1972) innerhalb von acht Jahren auf 1:89 (1980) anstieg, bei Sozialarbeitern von 1:454 (1972) auf 1:80 (1980).

¹² Aebker H (1991); Halfmeyer P (1991); Kruckenberg P (1991)

¹³ Rössler W et al (1996a)

¹⁴ Sealy P et al (2004)

¹⁵ Pörksen T (1991)

¹⁶ Hoffmann K-M (2003)

Gütersloh¹⁹ und Bedburg-Hau²⁰ scheinen dem Namen nach einheitlich, sind aber letztlich in vielen Einzelaspekten unterschiedlich aufgebaut und zeugen davon, daß die Diskussion um die Enthospitalisierung heterogen ist.

Ebenfalls heterogen ist ihre Bewertung. Während beispielsweise die gerade erwähnten bundesdeutschen Enthospitalisierungsstudien auf der einen Seite eine weitestgehend positive Bilanz ziehen und sowohl eine Verbesserung der Patientenlebensqualität und Patientenzufriedenheit konstatieren, was ebenfalls im englischsprachigen Raum bestätigt wurde,²¹ gibt es auf der anderen Seite auch kritische Stimmen zur Enthospitalisierung. So fordert der Direktor der Karlsruher psychiatrischen Klinik, *Bernd Eikelmann*, z.B. eine Vertiefung in Form eines verstärkten Eingehens auf individuelle Bedürfnisse, um die Integration der Geisteskranken noch weiter voranzutreiben.²² Der dänische Psychiater *Povl Munk-Jørgensen* wiederum erwägt eine Drosselung oder gar teilweise Umkehrung des Enthospitalisierungsprozesses, weil er dessen Umsetzung als inadäquat ansieht.²³

Auch in USA, einem Land, in welchem schon früh Enthospitalisierungsbemühungen und -umsetzungen einsetzen, wird auf Fehlentwicklungen hingewiesen. Dazu zählt beispielsweise die stattgefundene massenhafte Entlassung psychisch Kranker in die Wohnsitz- und Obdachlosigkeit²⁴ oder die „Transinstitutionalisierung“,²⁵ d.h. der Verlagerung von Patienten von einer Institution in eine andere wie z.B. von Psychiatriekrankenhäusern in Heime und Heimbereiche.²⁶

Viele Fragen zum Thema Enthospitalisierung bleiben daher noch immer offen. Hierzu zählt auch die Frage nach ihrem eigentlichen Auslöser. Der aktuelle Stand der Forschung weist eine überschaubare Zahl an Arbeiten hierzu auf,²⁷ die eine Divergenz der

¹⁷ Franz M et al (2001a); Franz M et al (2002a); Franz M et al (2002b); Meyer T et al (2002)

¹⁸ Albrecht G et al (1997)

¹⁹ Heißler M (1996), zitiert nach Hoffmann K-M (2003), S. 50-51

²⁰ Ropers G et al (1995), zitiert nach Hoffmann K-M (2003), S. 50-51

²¹ Becker T (1995) gibt eine Literaturübersicht.

²² Eikelmann B et al (2005a). Das Stichwort „Lebenstrainer“ („life coach“), bei dem ein Einzelbetreuer sich um einen jeweiligen psychisch Kranken kümmert, ist für ihn ein zentrales.

²³ Munk-Jørgensen P (1999). In seinem Artikel „Has deinstitutionalization gone too far?“ thematisiert er die Tatsache, daß parallel zur Enthospitalisierung unter dänischen psychisch Kranken ein Anstieg der Selbstmordraten und Verbrechensraten festzustellen war. Für ihn scheint ein Kausalitätsverhältnis zwischen mangelhafter Umsetzung von Enthospitalisierungsmaßnahmen denkbar.

²⁴ Rössler W et al (1994c)

²⁵ Slovenko R (2003)

²⁶ Diese Diskussion existiert auch in Deutschland, vgl. z.B. bei Zechert C (1996) oder Steinhart I (1997).

²⁷ Neben den weiter unten dargestellten Arbeiten sei noch auf Scull A (1977) verwiesen.

Meinungen erkennen läßt: Der Historiker *Franz-Werner Kersting* beispielsweise führt die 68er Generation mit den mit ihnen assoziierten gesellschaftlichen Kräften als wesentlich für die Enthospitalisierung an.²⁸ Der ehemalige Direktor des Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI), *Heinz Häfner*, wiederum mißt den Neuroleptika als auch der Psychiatrieenquête von 1971-1975 wichtige Rollen zu,²⁹ ähnlich wie es auch der Kölner Psychiater *Uwe Henrik Peters* tut, der den „Reform-Empfehlungen“ des Enquêteberichts eine bedeutende Stellung zuerkennt.³⁰ *Sabine Hanrath* wiederum betrachtet ein Wechselspiel gesellschaftlicher, öffentlicher und psychiatrischer Gruppierungen als wesentlich.³¹ Andere Schriften lassen sich ebenfalls noch anführen,³² um die Vielstimmigkeit des Meinungsbildes zu veranschaulichen.

Auch im englischsprachigen Raum finden sich Arbeiten zu diesem Thema und weisen dort auf ein ebenfalls heterogenes Meinungsbild hin. Während ein Autor beispielsweise den veränderten psychiatrischen Diskurs zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal und damit das veränderte Arbeitsumfeld als ursächlich für die Enthospitalisierung ansieht,³³ ist für einen anderen die Enthospitalisierung ein Prozeß, der einem scheinbar natürlichen Gesetz folgt, das dem der Entropie aus der Physik ähnelt: Aus einem geordneten, nur wenige zentrale Institutionen umfassenden System wurde ein dezentrales, viele kleine Einheiten beinhaltendes, ungeordnetes Versorgungssystem.³⁴ Andere Arbeiten sehen in finanziellen Aspekten³⁵ oder auch multifaktoriellen Erklärungsansätzen legitime Erklärungsmodelle.³⁶

²⁸ Kersting F-W (1998). *Kersting* führt an, daß schon vor 1968 diverse psychiatriereformatorische Bemühungen stattfanden, daß aber „erst '68 de[r] Umschlag von reformorientierten Einzelinitiativen hin zu einer Reformbewegung in der westdeutschen Psychiatrie“ stattfand, die er dann unter der Begrifflichkeit der „Vergesellschaftung der Psychiatrie“ (S. 289) umschreibt.

²⁹ Häfner H (2001a)

³⁰ Peters UH (1999), S. 552: „Der 1975 fertiggestellte Bericht zeigte erhebliche Mängel im Bereich psychiatrischer Institutionen und bei der ambulanten, vor allem auch psychotherapeutischen Versorgung auf. Die daraus abgeleiteten Reform-Empfehlungen haben während der darauffolgenden Jahrzehnte zu einer grundlegenden Reform der stationären und ambulanten Versorgung geführt“.

³¹ Hanrath S (2003), S. 58-61.

³² Z.B. Kersting F-W (2003); Rudloff W (2003)

³³ Prior L (1991), S. 483: “the impetus for community as against hospital-based care can only be understood in terms of a changing discourse of psychiatry and psychiatric nursing, and especially those forms of thought which have tended to place ‘illness’ in the wings and set its primary sights on behavioural and social ‘deficits’. There is a sense, therefore, in which hospital-based practices of psychiatrists and nurses have constituted the source and origin of their own transformation”.

³⁴ Zucker LG (1988)

³⁵ Geller JL (2000b)

³⁶ Oliver C (1992)

Doch unklar bleibt letztlich angesichts dieses vielfältigen Meinungsbildes, welche Faktoren eigentlich die Veränderungsprozesse der Psychiatrieversorgung bedingten. Neuroleptika³⁷ werden hierbei häufig als wichtiger Faktor angeführt.³⁸ Doch ist ihre Rolle im Enthospitalisierungsprozeß tatsächlich eine wichtige gewesen? Unbestritten nehmen psychopharmakologische Medikamente heutzutage eine zentrale Stellung in der Psychiatrie ein,³⁹ und es hat seine Berechtigung wenn der Psychiaterhistoriker *Edward Shorter* sogar von einem „Zeitalter des Prozac“ spricht.⁴⁰ Genügt diese wichtige Stellung jedoch tatsächlich, um ein Kausalitätsverhältnis zwischen Psychomedikamenten bzw. Neuroleptika und dem Prozeß der Enthospitalisierung zu erklären?⁴¹

Es fehlt bisher eine klare Antwort zur Rolle der Neuroleptika. Solch eine Analyse läßt sich weder im deutsch- noch englischsprachigen Raum finden. Dabei bieten sich eine Reihe von Ansatzpunkten für solch eine Analyse an. Besonders vielversprechend erscheint eine nähere Beschäftigung und Untersuchung einer bestimmten Diskussion – die „Transformationsdiskussion“ – welche in den Jahren nach Einführung der Neuroleptika stattfand und sich mit der Frage beschäftigte, inwieweit diese Medikamente sich auf die psychiatrisch-stationäre Versorgung ausgewirkt haben. Diese Diskussion, die in den 1950er und 1960er Jahren stattfand, ist bis heute weitestgehend unbearbeitet geblieben. Gesetzt in einen kontextuellen Bezug zur zeitlich später (ab den 1970er Jahren, bis heute fortbestehend) stattgefundenen Enthospitalisierungsdiskussion, können interessante Ergebnisse zutage treten. Berücksichtigt werden bei solch einer Analyse muß jedoch stets die Tatsache, daß sowohl große geographische, kulturelle und zeitliche Untersuchungsräume abgedeckt werden müssen, als auch daß die Psychiatrie wohl stärker als viele andere medizinische Fachgebiete von soziologischen, politischen,

³⁷ Es werden in diesem Text die beiden Begriffe „Neuroleptika“ und „Psychopharmaka“ jeweils gebraucht. Dadurch kann der Eindruck entstehen, daß sich meine Arbeit nicht nur mit der Rolle der Neuroleptika, sondern auch mit der Rolle der Psychopharmaka beschäftigt. Dieses ist jedoch nicht so. Stattdessen werden die beiden Begriffe eingesetzt, um den einzeln zitierten Texten, die häufig von „Psychopharmaka“ und eben nicht von „Neuroleptika“ sprechen, Genüge zu tun, d.h. sie korrekt zu zitieren. Daß die Neuroleptika eine große Gruppe, aber nur eine von mehreren, unter den Psychopharmaka darstellen, muß betont werden.

³⁸ Klaus H (1971); Huber G (1972); Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1973), S. 57; Krämer HM (1984); Finzen A (1985); Krüger G et al (1993); Häfner H (2001a); Franz M et al (2001b); Wolfersdorf M et al (2002); Talbott JA (2004a)

³⁹ Heinrich K (1994). Es gibt jedoch auch dezidiert neuroleptikakritische Stimmen wie z.B. Scull A (1977), S. 139; S. 130-131.

⁴⁰ Shorter E (1997)

⁴¹ Einige Schriften sind schon unter der Fußnote 38 genannt. Weitere sind z.B. Swazey JA (1974); Deniker P (1989); Shepherd M (1994).

historischen und demographischen Umwälzungen des 20. Jahrhunderts stark mitbeeinflusst wurde, was jegliche Diskussionsanalyse schwerfallen läßt.

I.3 Material und Methoden

Im Rahmen dieser Arbeit wurden 26 deutschsprachige Journale aus dem psychiatrischen, psychiatrisch-neurologischen, psychopharmakologischen und allgemeinmedizinischen Bereich gesichtet. Wesentliche Kriterien bei der Journalwahl waren wissenschaftliche Renommiertheit, fachliche Relevanz, Bekanntheit, Verfügbarkeit und Verbreitungsgrad, wobei die Kriterienumsetzung und die Journalauswahl durch direkte Gespräche mit Bibliothekaren und in der Psychiatrie Tätigen bestätigt wurde. Die untersuchte Zeitspanne der Zeitschriften umfaßte die Jahrgänge 1950 bis zumeist Mai 2006. Nicht bei allen Journalen konnte die volle Zeitspanne untersucht werden, weil naturgemäß manche Journale ihre Erstauflage erst nach 1950 erfuhren, andere ihr Erscheinen vor 2006 einstellten oder fusionierten. Besonderen Einfluß hatte die deutsch-deutsche Vereinigung, weil hierdurch mittelfristig viele DDR-Zeitschriften eingestellt wurden. Besonderheiten einzelner Journale hinsichtlich Untersuchungszeitraum sind in der Spalte „Bemerkungen“ in *Tabelle 1* vermerkt.

Zusätzlich muß angemerkt werden, daß im untersuchten Zeitraum eine Reihe von Zeitschriften ihre Namen änderten oder sich sprachlich auf englisch umstellten. Der Übersichtlichkeit halber wird nur derjenige Journaltitel, welcher das letzte von mir gesichtete Journal trug, in der Tabelle angegeben.

Die einzelnen Zeitschriftenbände wurden handverlesen und artikelweise durchgesehen, wobei das Augenmerk auf deutsch-, französisch- und englischsprachigen Artikeln lag. Etwaige italienisch- (Schweiz) oder russischsprachige (DDR) Artikel wurden nur bedingt ausgewertet.

-Tabelle 1-

Gesichtete deutschsprachige Zeitschriften mit Ursprungsland und Jahrgänge

Zeitschriftenname	Zeitraum	Land	Bemerkungen
Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie	1949-1990	DDR	Ab 1990 eingestellt
Zeitschrift für klinische Medizin*	1946-1992	DDR	Ab 1992 eingestellt
Deutsche medizinische Wochenschrift*	1950-Mai 2006	BRD	-
Deutsches medizinisches Journal*	1950-1972	BRD	Ab 1972 eingestellt
Die Medizinische Welt*	1950-Juni 2006	BRD	-
European Archives of Psychiatry and Neurology	1950-Juni 2006	BRD	Seit 1990 englischsprachig
Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie	1950-Mai 2006	BRD	-
Krankenhauspsychiatrie	1990-Mai 2006	BRD	1990=1. Band
MMW-Fortschritte der Medizin*, (Fortschritte der Medizin-Teil)	1950-Juni 2006	BRD	Seit 2000 mit „MMW“ fusioniert
MMW-Fortschritte der Medizin*, (Münchener Medizinische Wochenschrift-Teil)	1950-Juni 2006	BRD	Seit 2000 mit „Fortschritte der Medizin“ fusioniert
Nervenarzt	1950-Mai 2006	BRD	-
Psychiatrische Praxis	1974-Mai 2006	BRD	1974=1. Band
Psychopharmacology	1959-Juni 2006	BRD	Englischsprachig
Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie	1951-Mai 2006	BRD	1951=1. Band
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	1966-Mai 2006	BRD	1966=1. Band. Englischsprachig.
Soziale Psychiatrie	1977-2000	BRD	1977=1. Band; nicht verfügbar ab 2000

Sozialpsychiatrische Informationen	1971-1999	BRD	1971=1. Band; nicht verfügbar ab 1999
Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde	1972-1994	BRD	1972=1. Band; nicht verfügbar ab 1994
Zeitschrift für Neurologie	1950-1985	BRD	Unergiebig
Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie	1951-1956	Österreich	1951=1. Band; nach 1956 eingestellt
Wiener klinische Wochenschrift*	1950-Mai 2006	Österreich	-
Wiener medizinische Wochenschrift*	1950-Mai 2006	Österreich	-
Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde & Grenzgebiete	1947-1973	Österreich	Nach 1973 eingestellt
Psychopathology	1950-Mai 2006	Schweiz	-
Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie	1950-1999	Schweiz	Bände nach 1999 nicht verfügbar
Swiss Medical Weekly*	1950-Mai 2006	Schweiz	-

Bei den umfangreichen und stärker auf allgemeinmedizinische Aspekte gerichtete Zeitschriften wurde diese manuelle Methode derart modifiziert, daß statt einer seitenweisen Vorgehensweise das Inhaltsverzeichnis nach thematisch relevanten Schlagwörtern durchsucht wurde. Die entsprechenden Zeitschriften sind in der Tabelle mit einem Stern (*) hinter dem Zeitschriftennamen kenntlich gemacht. Im Folgenden eine Auflistung der besonders relevanten Schlagwörtern und Buchstabenfolgen:

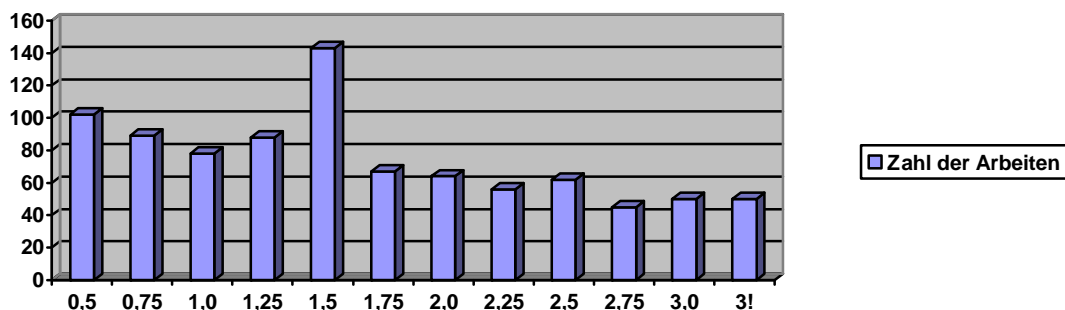
- Anstalt* (z.B. „Anstaltspsychiatrie“ oder „Anstaltsveränderung“)
- Arz* (beispielsweise „Arzt“, „Arzneimittel“ usw.)
- Chlor* („Chlorpromazin“)
- D* (v.a. Ausschau haltend nach „Dehospitalisierung“, „Deinstitutionalisierung“, „Dauerunterbringung“ oder „Dauerpatient“)
- Ent* („Enthospitalisierung“ u.ä.)
- Hosp* („Hospitalisierung“, „Hospitalstruktur“ u.a.)

- Kr* („Krankenhaus“, „Krankheit“ usf.)
- La* („Largactil“ als Medikamentenname für Chlorpromazin)
- Me* („Megaphen“ als Handelsname von Chlorpromazin, „Medikation“, „Medizin“ etc.)
- Neuro* (v.a. „Neuroleptika“)
- Psych* (z.B. „Psychiatrie“, „psychiatrische Störungen“ usf.)
- Schiz* („Schizophrenie“, „Schizophreniebehandlung“ etc.)
- Soz* („Sozialpsychiatrie“, „Soziotherapie“, usw.)

Wesentlich bei Erstsichtung eines Artikels war eine Relevanzeinschätzung, die sich auf seinen jeweiligen Titel und Zusammenfassung („Abstract“) stützte. Schien er inhaltlich nur im mindesten der Thematik verwandt, so wurde der Artikel genauer untersucht. Dieses bedeutete die Erstellung einer Fotokopie, eine gründliche Lektüre und eine Aktenarchivierung. Alle von mir derart selektionierte Artikel – Bücher sind ausgenommen von diesem System – wurden im Anschluß einer Relevanzklassifizierung unterzogen: Die Arbeiten erhielten eine Note, die sich zwischen „0“ bis „3!“ bewegte, wobei der Zahlenwert „0“ für „unbrauchbar, d.h. irrelevant im Rahmen meiner Arbeit“, der Zahlenwert „3!“ für „höchstrelevant“ stand. Zwischenstufen dieses Einordnungsschemas, das sich am schulischen Notensystem orientiert, stehen für entsprechende Zwischenschritte. Jene Arbeiten, welche gemäß dieser Relevanzklassifizierung eine Note „0-1“ oder höher erhielten, sind EDV-tabellarisch von mir erfaßt worden, um der vorliegenden Dissertation und mir vereinfacht zur Verfügung stehen zu können. *Abbildung 1* gibt einen Eindruck über die Anzahl der EDV-archivierten Artikel in Relation zur Relevanzklassifizierung, wobei die sehr große Zahl der mit „0“ und „0-“ eingestuften Arbeiten nicht mitgezählt und daher nicht aufgeführt wurden. Außerdem muß berücksichtigt werden, daß die speziell nachrecherchierten, wie auch die ausländischen, Artikel in *Abbildung 1* ebenfalls eingeflossen sind, was einen verzerrten Effekt ergibt und erklärt, warum eine doch recht große Zahl an hoch- bis höchstrelevante Artikel angegeben werden konnte.

-Abbildung 1-

Anzahl der archivierten Artikel im Verhältnis zur Relevanzklassifizierung



Darüberhinaus wurden routinemäßig die Quellenverzeichnisse relevanter Artikel gesichtet und besonders wichtig erscheinende Arbeiten herausgesucht, um auf gleiche Art und Weise prozessiert zu werden. Zusätzlich wurde die Pubmed-Datenbasis nach bestimmten Schlagwörtern („enthospitalisierung“, „dehospitalisation“, „dehospitalization“, „deinstitutionalisation“, „deinstitutionalization“,⁴² „entbettung“, „debedding“, „deinstitutionalisierung“) durchsucht und ausgewertet, wie auch örtlich vorhandene elektronische Fachkataloge.

Neben dieser systematischen deutschsprachigen Untersuchung wurden zusätzlich eine gewisse Zahl ausländischer Journale systematisch gesichtet. Es handelte sich hierbei um die „American Journal of Psychiatry“, Jahrgänge 1950-1975, die „Archives of General Psychiatry“ 1959 (Band 1)–1975, die „Hospital and Community“/„Psychiatric Services“ 1950-2005, die „Bulletin of the History of Medicine“ 1991(Band 1)-2005, die „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences“ 1991(Band 1)-2005 und die „History of Psychiatry“ 1991(Band 1)-2005.

Bei der Bearbeitung der Quellen und dieser vorliegenden Arbeit mußten eine Reihe von Entscheidungen getroffen werden, die teils sprachlicher, teils begrifflicher Art waren. Einige dieser Punkte sollen aufgezählt und näher erläutert werden:

⁴² Es stellte sich hierbei die Problematik, daß etwa 3000 Artikel als Suchergebnis auftauchten und daher eine modifizierte Suchstrategie angewendet werden mußte wie bspw. „origin AND deinstitutionalization“, „Germany AND deinstitutionalization“, „FRG AND deinstitutionalization“, „cause AND deinstitutionalization“.

(1) Die geographische Beschreibung Deutschlands und dessen Kulturraum stellt für den Historiker eine sehr große Schwierigkeit dar. Die Frage beispielsweise, ob Österreich oder die deutschsprachigen Teile der Schweiz (ganz zu schweigen von Eupen-Malmedy, Nordschleswig, Oberschlesien, Südtirol, dem Elsaß, Liechtenstein und Luxemburg) als deutschsprachig zu bezeichnen sind oder gar Teil des deutschen Kulturraumes, kann persönlich-politische Gefühle verletzen. Dieser Gefahr bewußt, aber um Leichtigkeit und Klarheit der Lektüre ringend, habe ich folgende Konventionen verwandt: „Deutschsprachig“ umfaßt in meiner Arbeit die Staaten Deutschland (zeitweise als DDR und BRD existierend), Österreich und die Schweiz, läßt aber die anderen deutschsprachigen Regionen außen vor. Geographisch teile ich Deutschland bis in die Nachkriegszeit hinein (ca. 1950) in die drei Teile Ost-, Mittel- und Westddeutschland ein, danach in die bekannten Regionen BRD (Westdeutschland, heute „alte Bundesländer“) und DDR (Mitteldeutschland, heute „neue Bundesländer“).

(2) Nichtdeutsche Zitate und Wörter wurden weitestgehend übersetzt, wo sinnvoll in der Fußnote im Original angegeben. In wenigen Einzelfällen, in denen der englische Begriff gängiger zu sein scheint, wurde dem deutschen Begriff der englische in Klammern beigefügt wie z.B. Behandlungstreue („compliance“) oder Selbstermächtigung („empowerment“).

(3) Die namentlich erwähnten Personen in meinem Text wurden kursiv hervorgehoben und mit Jahreszahl versehen, wenn es sich um historische Persönlichkeiten der ersten Hälfte des 20. oder früherer Jahrhunderte handelte. Alle noch lebenden Personen, sowie Personen, deren Wirken erst im späteren 20. Jahrhundert einsetzte, wurden ohne Jahreszahlen angeführt.

I.4. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in zwei Hauptteile mit jeweils weiteren Unterteilungen gegliedert. Der erste Hauptteil, der die Kapiteln eins bis vier umfaßt, dient der Einleitung, geschichtlichen Darstellung und Begriffsklärungen. Der zweite Hauptteil, bestehend aus den Kapiteln fünf und sechs, ist der eigentliche Kern dieser Arbeit, bei der die

Transformationsstudien (Kapitel fünf) und die um sie herum einsetzende Diskussion analysiert wird und bei der die Stichhaltigkeit der Diskussion um eine neuroleptikaassoziierte Enthospitalisierung (Kapitel sechs) untersucht wird.

Das erste Kapitel, d.h. dieses Kapitel, dient dabei im strengen Sinne als Einleitung mit Darlegung der Methodik und Fragestellung. Das folgende zweite Kapitel gibt eine recht ausführlich gehaltene geschichtliche Zusammenfassung des psychiatrischen Versorgungssystems und seiner Veränderungen im Zeitraum von knapp 1800 bis zum heutigen Tag. Dabei wird das Augenmerk vor allem auf Deutschland gelenkt, weswegen die Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland und der DDR dargestellt werden, nicht hingegen die der Schweiz oder Österreichs. Im dritten Kapitel wird dann der Enthospitalisierungsprozeß im Ausland, vor allem in USA und Großbritannien, vorgestellt. Zusätzlich wird die Entstehung des Begriffes der „Enthospitalisierung“ nachgezeichnet, aber auch eine Begriffsdefinition vorgenommen. Im vierten Kapitel wird dann der erste Hauptteil der Arbeit abgeschlossen, in dem auf die Geschichte der Neuroleptika, insbesondere des Chlorpromazins, wie auch der Schizophrenie, einem seiner wichtigsten Indikationen, eingegangen wird.

Der zweite Hauptteil ist umfangreicher und umfaßt im fünften Kapitel die „Transformationsdiskussion“, bei der zunächst Begriffliches und Geschichtliches zu dieser geklärt wird. Anschließend folgt eine Analyse von knapp zwei Dutzend Studien aus dem außerdeutschsprachigen, sowie dem deutschsprachigen Raum. Es handelt sich bei diesen Studien um sogenannte „Transformationsstudien“, d.h. Publikationen, bei denen versucht wurde, Neuroleptikaauswirkungen in Form von Veränderungen des Psychiatrieversorgungssystems nachzuweisen. Im sechsten Kapitel wird dann die „Neuroleptikaauswirkungshypothese“ untersucht, d.h. nach einer entsprechenden Einleitung wird der Blick auf acht Publikationen gelenkt, die Neuroleptikaauswirkungen in Form enthospitalisierender Prozesse postulieren. Diese werden auf ihre Stichhaltigkeit hin untersucht. Anschließend wird untersucht, ob ein mögliches Bedingungsgefüge zwischen der Transformations- und der Neuroleptikaauswirkungsdiskussion besteht und ein Fazit dem Leser angeboten. Es folgt dann eine einseitige Zusammenfassung meiner Arbeit.

Kapitel II: Geschichte der deutschen Psychiatrie

II.1. Einleitung

In der heutigen psychiatrischen Landschaft der Bundesrepublik Deutschland findet man eine diversifizierte Psychiatrieversorgung mit einem gut ausgebauten Versorgungsnetz ambulanter, stationärer, komplementärer und nachsorgender Dienste vor. Doch nicht nur in der BRD, sondern in den deutschsprachigen Ländern Österreich und der Schweiz, sowie der Mehrzahl westlich geprägter Gesellschaften findet man solch eine Diversifikation vor.⁴³

Ziel dieser zahlreichen und vielfältigen Versorgungseinrichtungen ist die Gewährleistung einer als ausreichend betrachteten Versorgung des psychisch Kranken, sowohl während seines stationären Aufenthaltes als auch im nachsorgend-ambulanten Bereich. Neben der weitestgehenden psychischen Wiederherstellung seines ursprünglichen Status quo, bzw. eines als adäquat angesehenen „normalen“⁴⁴ Geisteszustandes, soll hierdurch seine soziale (Wieder-)Eingliederung gelingen. Eine zunehmend auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Versorgung ist dafür aufgebaut worden und beinhaltet neben Psychiatriekrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern Heime, Institutsambulanzen, Tages- und Nachtkliniken, niedergelassene Psychiater uvm.

Die Zeiten, in denen zahlenmäßig wenige, dafür aber vom Umfang her sehr große Irrenanstalten⁴⁵ das Versorgungsbild dominierten, wie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Deutschland und anderen westlichen Ländern, scheinen passé. Diese Anstalten und ihr Patientenbestand haben in fast allen Industrieländern drastisch an

⁴³ Ernst K (2001), S. 11

⁴⁴ Bis zum heutigen Tag besteht die Diskussion fort, welche psychischen Eigenschaften und Verhaltensweisen als in die „Norm“ fallend und welche als „anormal“ zu werten sind. Bücher von Foucault M (1968) oder Szasz T (1975), beide dezidiert psychiatriekritisch, beleuchten diese Differenzierungsproblematik auf eindrucksvolle Art und Weise.

⁴⁵ Bei der Bezeichnung der psychiatrischen Krankenhäuser werden im Text die (ggf. ins Deutsche übersetzten) Originalnamen verwandt, wenn es sich um einzelne, spezifische Einrichtungen handelt. Ansonsten sind die Namen „Irrenanstalt“, „Anstalt“ und „Psychiatriekrankenhaus“ als Allgemeinbezeichnung großer stationärer Einrichtungen zu verstehen. Großteils werden sie in diesem Text in ihrem geschichtsspezifischen Kontext verwandt: „Anstalt“, „Irrenanstalt“ und „psychiatrische Anstalt“ bezeichnen große Psychiatriekrankenhäuser des 19. und der 1. Hälfte des 20. Jahrhunderts, die Begriffe „Psychiatriekrankenhaus“ und „psychiatrisches (Landes-)Krankenhaus“, die zumeist selben Einrichtungen, die aber nach dem 2. Weltkrieg Umbenennungen erfuhren und strukturelle Veränderungen durchliefen. Für eine detailliertere Geschichte der Anstaltsnamensgebung vgl. Carius D et al (2003).

Größe verloren, wobei diese sogenannte „Enthospitalisierung“⁴⁶ in manchen Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland vor allem nur eine Abnahme der stationären Patientenpopulation bedeutete,⁴⁷ in anderen Ländern wie z.B. Italien und Großbritannien nicht nur eine deutliche Abnahme der Zahl der Anstaltsinsassen, bzw. –betten einsetzte, sondern auch eine deutliche Verringerung der Zahl psychiatrischer Großeinrichtungen.⁴⁸ Mit der Enthospitalisierung einher ging eine verstärkte Gemeindeorientierung,⁴⁹ und an die Stelle jener Anstaltsstrukturen, welche v.a. im 19. und frühen 20. Jahrhundert errichtet worden waren, trat das schon oben angesprochene Versorgungsnetz mit den vier teilweise überlappenden Ebenen stationär-komplementär-nachsorgend-ambulant. Einer Beschäftigung mit dieser Enthospitalisierungsreform muß eine Darstellung sowohl der Entstehung als auch einiger Kontroversen und Krisenphasen des Anstaltssystems bis hin zu den umfassenden Reformbestrebungen der 1970er Jahre vorausgehen.

II.2. Entstehung des deutschen Anstaltssystems und Geschichte der deutschen Psychiatrieversorgung bis in die Nachkriegszeit des Zweiten Weltkrieges

Dem Beginn des Irrenanstaltswesens ein Datum zuzuordnen, stößt auf große Schwierigkeiten und ist bis heute nicht eindeutig gelöst. Zum einen ist problematisch, daß viele Zucht- und Tollhäuser des 16., 17. und 18. Jahrhunderts Kristallisationspunkte für spätere Irrenanstalten waren.⁵⁰ Zum anderen bleibt umstritten, welche Anstalt und damit ihr Gründungsjahr als eigentlich erste „moderne“ deutsche Irrenanstalt anzusehen ist: Häufig genannt werden in diesem Zusammenhang Jahreszahlen wie 1805,⁵¹ 1820⁵² oder

⁴⁶ Es wird in späteren Kapiteln eingehender auf den Begriff Enthospitalisierung eingegangen. Vgl. bspw. Kapitel 3 dieser Arbeit.

⁴⁷ Tegeler J (1993)

⁴⁸ Rössler W et al (1994a), S. 429. So versorgten im Jahr 1972 in Italien noch 55, in Großbritannien noch 63 psychiatrische Krankenhäuser mehr als 1.000 Patienten. Im Jahre 1982 war diese Zahl v.a. durch zahlreiche Schließungen auf 20 (Italien) und 23 (Großbritannien) abgesunken, eine Abnahme um etwa zwei Drittel.

⁴⁹ Werner W (2000)

⁵⁰ Jetter D (1992), S. 336

⁵¹ Jetter D (1981), S. 34. Im Jahre 1805 wurde auf Betreiben des preußischen Ministers und späteren Staatskanzlers *Karl August von Hardenberg* (1750-1822) durch den Arzt *Johann Gottfried Langermann* (1768-1832) die „Psychische Heilanstalt für Geistesranke“ in Bayreuth gegründet.

⁵² Rodegra H (1981); Peters UH (2000). 1820 wurde der Schleswiger Anstaltsneubau vollendet.

1825⁵³ – festgehalten werden kann somit lediglich, daß die Anfänge des modernen Anstaltswesens zu Beginn des 19. Jahrhunderts auszumachen sind.

Auch die Gründe für die Errichtung der Irrenanstalten – das Wort „irre“ galt zu Anfang des 19. Jahrhunderts als eine „schonende Bezeichnung“⁵⁴ – sind strittig. Die im 19. Jahrhundert psychiatrisch Tätigen feierten sie als Symbole für „die Humanität“ und als „Beweis für die Fortschritte der Kultur“; „mit Stolz wurde auf die Stätten hingewiesen“.⁵⁵ Zahlreiche prominente Psychiater des 19. Jahrhunderts zählten zu ihren Befürwortern, was die Geschichte der deutschen Psychiatrieversorgung als eine anstaltsdominierte nachhaltig prägte.⁵⁶

Doch ob die Schaffung von Irrenanstalten tatsächlich Streben nach humanitären Idealen verkörperte und verbesserte Bedingungen für die Geisteskranken bedeutete, bleibt aus heutiger Sicht fraglich. Zweifellos ließen sich eine Reihe unmenschlicher Zustände in der Voranstaltszeit finden, in der Tobsüchtigen Ketten angelegt, Dachkammer und Schweineställe als Unterbringungsorte genutzt und Verließe für geisteskranke Menschen gebaut wurden,⁵⁷ doch zeigte eine 1875 durchgeführte Feldstudie im Schweizer Kanton Freiburg – damals war der Kanton noch *ohne* psychiatrische Anstaltsversorgung – daß nur eine Minderheit der Geisteskranken von solchen Mißständen tatsächlich betroffen waren.⁵⁸ Die Voranstaltszeit war aller Voraussicht nach nicht für alle geisteskranke Personen ein unmenschliches Zeitalter gewesen.

Es muß vermutet werden, daß folglich neben den oft vorgebrachten humanitären Gründen, eine Reihe anderer Faktoren ausschlaggebend für die Schaffung der Irrenanstalten waren: Es werden beispielsweise der Wunsch nach „Sicherungs- und Absonderungsfunktionen“,⁵⁹ wie auch die Tendenz der damaligen Gesellschaft,

⁵³ Blasius D (1986), S. 43. 1825 wurde die Irren-Heilanstalt in Siegburg gegründet.

⁵⁴ Carius D et al (2003). Die Versuche seitens der Psychiater, positive, bzw. zumindest neutrale, Worte für die Geisteskranken zu finden ist ein wesentliches Motiv hinter den im Laufe der Zeit wechselnden Namen für diese Gruppe Kranker und den Einrichtungen, in denen sie untergebracht waren.

⁵⁵ Roller CFW (1874), S. 1

⁵⁶ Sammet K (2000)

⁵⁷ Rodegra H (1981)

⁵⁸ Ernst K (1983). Von 164 untersuchten Geisteskranken, lebten 25 Kranke zeitweise oder dauerhaft eingesperrt und/oder angebonden. Ob jedoch das Los durch eine Irrenanstalt mit ihren Möglichkeiten der Zwangsverwahrung und –maßnahmen besser wurde, ist fraglich.

⁵⁹ Dörner K (1969), S. 323

Geisteskranke einer „moralischen Ordnung“ unterwerfen zu wollen,⁶⁰ als mögliche Ursachen diskutiert. Erörterung erfährt auch ein möglicher Einfluß durch die Philosophie der Aufklärungszeit,⁶¹ der Romantik⁶² und der Philanthropie des 19. Jahrhunderts.⁶³ Weiterhin ist denkbar, daß ein zu Anfang des 19. Jahrhunderts aufkommender „Mythos der Heilbarkeit“, d.h. dem medizinisch wenig begründeten Glauben an eine Heilbarkeit Geisteskranker, eine ursächliche Rolle gespielt haben mochte. Der Geisteskranke rückte mehr ins Blickfeld der Gesellschaft, und man glaubte ihm helfen zu können und zu müssen, was sich wiederum aus gesellschaftlichen und religiösen Bewegungen der Aufklärung,⁶⁴ aus bestimmten religiösen Kreisen Englands⁶⁵ und aus der „allgemeinen freiheitlichen emanzipatorischen Bewegung, welche die französische Revolution ausgelöst hatte“,⁶⁶ speiste. Die Entstehung des Anstaltswesens als Ausdruck einer sich formierenden bürgerlichen Gesellschaft und einer verstärkten „Sensibilität für [die] Irrenfrage“ ist ebenso denkbar,⁶⁷ wie die zunehmende Medikalisierung und Verwissenschaftlichung sozialer Verhältnisse im 19. Jahrhundert.

Anfang des 19. Jahrhunderts setzten Entflechtungsprozesse der ehemals gemeinsam untergebrachten Gruppen der Armen, Verbrecher, Geisteskranken, Schwachsinnigen, usw. ein. Die Geisteskranken wurden zunehmend in gesonderten, eigens für sie eingerichteten, teilweise auch neu gebauten, Institutionen, den sogenannten „Irrenstalten“, untergebracht. Früh in dieser Entwicklung entstand eine Polarisierung der Geisteskrankenversorgung in zwei Gruppen, nämlich die der „Heilbaren“ und die der „Unheilbaren“. „Man vermutete, daß behandlungsfähige Geisteskranke nur dann genesen können, wenn sie von Unheilbaren getrennt leben. Mindestens für Epileptiker schien

⁶⁰ Foucault M (1968)

⁶¹ Freeman H (1996). Dieser Artikel bezieht sich vor allem auf die Psychiatriegeschichte Großbritanniens.

⁶² Hinterhuber H (2005)

⁶³ Vanja C (2006)

⁶⁴ Blasius D (1986), S. 42

⁶⁵ Jetter D (1981), S. 33

⁶⁶ Zeller G (1981), S. 121. Die „Tat Pinels“, in früheren Jahren als großer und wichtiger Akt der Befreiung und Auslöser der emanzipatorischen Bewegung für die psychisch Kranken deklariert, ist heutzutage umstritten hinsichtlich ihres Ursprunges und ihren Auswirkungen. Vgl. z.B. Weiner DB (1994) oder Esser W (1938).

⁶⁷ Blasius D (1986), S. 44

festzustehen: Wer immer wieder bei einem Anfall eines anderen Patienten zusehen muß, der kann nie ganz genesen“.⁶⁸

Aus diesen Polarisierungsprozessen erwuchsen sodann Heil- und Pflegeanstalten, d.h. lose miteinander verbundene Einrichtungen, die oft geographisch an verschiedenen Orten und kilometerweit voneinander entfernt lagen. Die erste Phase des deutschen Anstaltswesens kann man unter diesem Aspekt daher als diejenige der „absolut getrennten Heil- und Pflegeanstalten“ bezeichnen. *Tabelle 2a* gibt einige der im Zeitraum 1800-1850 gegründeten Heil- und Pflegeanstalten wieder.

-Tabelle 2a-

Gründungen getrennter Heil- und Pflegeanstalten in Deutschland, nach *Jetter D* (1992)⁶⁹

Heilanstalt; -gründungsjahr	Zugehörige Pflegeanstalt; -gründungsjahr
Heilanstalt Bayreuth, 1805	Pflegeanstalt Schwabach, 1805
Heilanstalt Sonnenstein (Sachsen), 1811	Pflegeanstalt Colditz, 1829
Heilanstalt Hildesheim, 1827	Pflegeanstalt Hildesheim, 1833
Heilanstalt Leubus (Schlesien), 1830	Pflegeanstalt Plagwitz (Schlesien), 1826
Heilanstalt Winnenthal, 1834	Pflegeanstalt Zwiefalten, 1834
Heilanstalt Greifswald, 1834	Pflegeanstalt Stralsund, 1842
Heilanstalt Marsberg, 1835	Pflegeanstalt Geseke, 1841

Doch dieses Modell der absoluten Trennung in sogenannte Heil- und Pflegeanstalten stellte sich im Laufe der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts als unzureichend dar. Es stieß an seine Grenzen, weil in der damaligen Zeit weder eine ausreichende Behandlungsform existierte, mit der die zu „heilenden“ Patientenfälle auch eine tatsächliche Genesung erfuhren, noch eine prognostische Aufteilung in „heilbar“ und „unheilbar“ sinnvoll durchzuführen war. Als Folge sammelten sich in den eigentlich zur Genesung vorgesehenen Heilanstalten im Laufe der Zeit immer mehr Pflegefälle, und aus ihnen wurden zunehmend Pflegeanstalten. Der in Illenau tätige Anstaltsdirektor *Christian*

⁶⁸ Jetter D (1992), S. 337

⁶⁹ Ebenda, S. 338

Friedrich Wilhelm Roller (1802-1878) beschrieb diese Entwicklung wie folgt: „Man sah bald, dass der Begriff einer reinen Heilanstalt, welche zur Aufnahme von nur heilbaren Kranken bestimmt sein sollte, eine Fiction sei, dass die Bestimmung, die Kranken schon nach einem Jahr an die Pflegeanstalt abzugeben, für manche Kranke ein zu früher, für andere ein zu später Termin, jedenfalls für viele eine harte Massregel sei: da gewann der Vorschlag, relativ verbundene Heil- und Pflege-Anstalten zu errichten, [...] einen immer grösseren Anklang“.⁷⁰

Man versuchte dieses Problem dergestalt zu lösen, daß eine gemeinsame Einrichtung für sowohl „heilbare“, als auch „unheilbare“ Patientengruppen geschaffen wurde. Es brach, wenn man so will, eine weitere Phase des deutschen Anstaltswesens an: Gegen Mitte des 19. Jahrhunderts hin wurden aus den „absolut getrennten“ zumeist „relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalten“. Dieses Grundmodell sollte das Versorgungsbild bis in das 20. Jahrhundert hinein prägen. Einer der Befürworter dieses Modells, *Heinrich Philipp August Damerow* (1798-1866), ab 1844 Anstaltsdirektor in Halle, lieferte eine theoretische Unterfütterung mit seinem 1840 erschienen Werk „Ueber die relative Verbindung der Irren-Heil und Pflege-Anstalten in historisch-kritischer, so wie in moralischer, wissenschaftlicher und administrativer Beziehung“.⁷¹ Auch der schon weiter oben erwähnte *Roller* war ein Unterstützer solch einer gemischten Anstaltsform und verfaßte mit seinem 1831 erschienenen Buch „Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen“ ein Buch, das bis ins frühe 20. Jahrhundert Bedeutung besaß.⁷² Gerade

⁷⁰ Roller CFW (1874), S. 164. Zu *Roller* und der von ihm geleiteten Anstalt vgl. Lötsch G (1996).

⁷¹ Damerow H (1840)

⁷² Roller CFW (1831). Diese irrenanstaltsgeschichtlich relevante Schrift gibt einen Einblick in die Vorstellungen bzgl. einer Anstaltsbeschaffenheit, wie sie vielfach in späteren Jahren international entstanden. Wichtige darin vertretene Grundsätze: (1) Die relative Verbindung von Heil- und Pflegeanstalt: „Als die natürlichste *Verbindung* erscheint wohl die mit einem s.g. *Siechenhause*. Es ist die Gränzlinie zwischen beiden Anstalten nicht ganz leicht zu ziehen, wie denn häufig beide Anstalten vereinigt vorkommen“ (S. 30). „Heilbare und Unheilbare können recht gut in einer Anstalt vereinigt seyn“ (S. 78). (Hervorhebung durch *Roller*) (2) Die abgeschiedene Lage einer Irrenanstalt: „Eine freundliche und ländliche Umgebung erhöht den innern Werth der Irrenanstalt“ (S. 63). „Eine Irrenanstalt liegt am besten entfernt von einer Stadt. Das Leben in ihr muß ein neues und fremdes und abgeschieden von dem in Städten und Dörfern seyn“ (S. 66). (3) Die Irrenanstalt als staatliche Einrichtung: „Als Staatsanstalt muß die Irrenanstalt unter einer Staatsbehörde stehen. Dieselbe leitet in oberster Instanz alle Angelegenheiten des Institutes“ (S. 42). (4) Der Anstaltsdirektor als ärztlich ausgebildete Person: „Der Direktor einer jeden Irrenanstalt, sie mag für Heilbare oder Unheilbare, oder für beide zugleich bestimmt seyn, kann nur ein Arzt seyn. Ihr kann, wenn sie ihren Zweck erfüllen soll, nur der vorstehen, welcher die zur Behandlung der Irren nöthigen Qualitäten in sich vereinigt, also weder der alleinige Psycholog, noch der Erzieher, noch der Geistliche, noch der somatische Arzt, noch gar ein simpler Administrativ-Beamter, sondern einzig und allein der psychische Arzt, der die Seele in ihrem gesunden und kranken Zustande zum Gegenstande seiner

Roller prägte das Anstaltswesen aufs Nachhaltigste, weil seine badische Anstalt über lange Zeit hinweg sowohl national als auch international als Prototyp einer Idealanstalt galt. Anhand ihres Beispiels verbreitete sich der Typus großer, ländlich gelegener, pflege- und heiltechnisch verbundener Einrichtungen.⁷³ *Tabelle 2b* gibt einen Überblick über einige in den deutschen Ländern entstandenen relativ verbundenen Anstalten.

-Tabelle 2b-

Relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalten in Deutschland,
nach *Jetter D* (1992)⁷⁴, *Zeller G* (1981)⁷⁵

Relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt	Entstehungszeitraum/-jahr
Illenau (Gr. Hzgtm. Baden)	1837-1842
Halle-Nietleben (Preuß. Provinz Sachsen)	1837-1844
Eichberg (Hessen-Nassau)	1840-1849
Schwetitz (Preuß. Provinz Westpreußen)	1848-1855
Allenberg (Preuß. Provinz Ostpreußen)	1848-1852
Oldenburg-Wehnen	1854-1858

Doch das gemeinsame Unterbringen von Heil- und Pflegefällen, sowie die vielen Anstaltsneugründungen konnten nicht verhindern, daß das deutsche Irrenanstaltswesen in den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts in eine große Krise aufgrund rasch ansteigender Insassenzahlen geriet. *Damerow* schrieb darüber 1862 folgendes: „Die bestehende oder bevorstehende Ueberfüllung der öffentlichen Irren-, Heil- und Pflegeanstalten, besonders der letzteren, ist nicht nur eine Thatsache, ist ein Verhängniss für das öffentliche Irrenwesen“. Es wurde nach Wegen aus der Krise gesucht, wie z.B. *Damerows* Vorschlag, Irrensiechanstalten als „Dépôts“ für Pflegefälle einzurichten. Er stellte

Forschungen gemacht, der den Werth und die Bedeutung der Religion kennt, der nicht minder den Erzieher vorstellen kann, als den Arzt körperlicher Gebrechen, der sich ebensowohl auf die Wärterzucht, als auf die innere Hausverwaltung versteht“ (S. 326).

⁷³ *Jetter D* (1981), S. 41. In diesem Kontext ist interessant zu erwähnen, daß um *Roller* die „Heidelberger Krise“ 1838 begann. Diese begründete die deutsche Zweigleisigkeit der „Hochschulpsychiatrie“ und „Anstaltspsychiatrie“, die bis heute fortbesteht. Vgl. dazu *Jetter D* (1981), S. 40-43.

⁷⁴ *Jetter D* (1992), S. 340

⁷⁵ *Zeller G* (1981), S. 123

nämlich fest: „Mit den jetzigen öffentlichen Irren-Heil und Pflegeanstalten allein ist für die Zukunft allerdings nicht mehr aus- und durchzukommen“.⁷⁶

Diese Krise bildete den Hintergrund eines bedeutenden wissenschaftlich-psychiatrischen Disputes, der sich zwischen 1865 bis 1868 ereignete und dessen Höhepunkt im September des Jahres 1868 stattfand.⁷⁷ Beteiligt waren auf der einen Seite der in Berlin lehrende Psychiater *Wilhelm Griesinger* (1817-1868; Berlin), ihm standen auf der anderen Seite die Psychiater *Karl Friedrich Flemming* (1799-1880; Sachsenberg), *Caspar Max Brosius* (1825-1920; Bendorf), *Emil Oskar Löwenhardt* (1827-1869; Königslutter) und *Heinrich Laehr* (1820-1905; Berlin) gegenüber. Es war ein Streit, der richtungweisend für das deutsche Anstaltswesen sein sollte; Hintergrund war die schon angedeutete stark angewachsene Zahl von Anstaltspatienten und wie man ihrer Herr werden könne. Den Verfechtern des Status quo standen die Reformwilligen, v.a. repräsentiert durch die Person *Griesinger*, gegenüber. *Griesinger* schwebte in diesem Zusammenhang die Schaffung von Stadtasylen in der „allernächsten Nähe“ zu „jede[r] große[n] Stadt“ vor mit, je nach Stadtgröße, 60-150 Plätzen. Kurze Patientenaufenthalte und Anstrengungen zur Reintegration und Rehabilitation vor Ort sollten durch diese gewährleistet werden, kürzere institutionelle Aufenthalte sollten dem bis dahin gängigen Modell langjähriger „Behandlung“ in häufig isolierten Großeinrichtungen bevorzugt werden.⁷⁸ Es beinhaltete Elemente, die man aus heutiger Sicht als Vorläufer einer gemeindenahen und dezentralisierten Psychiatrieversorgung ansehen könnte.

Doch es siegten die bewahrenden Kräfte und das *Griesingersche* „Stadtasyl“-Modell erfuhr eine dramatische Ablehnung.⁷⁹ Finanzielle, administrative, kontroll- und lehrtechnische Vorteile des „alten“ Anstaltssystemes wurden als Gründe für die Beibehaltung der „gemischten“ Anstalten hervorgekehrt,⁸⁰ wobei auch persönliche

⁷⁶ Damerow H (1862), S. 186-187

⁷⁷ Schmidt P-O (1983), S. 56. Der Höhepunkt des Disputes fand in der Sitzung der psychiatrischen Sektion der Naturforscherversammlung, die im September des Jahres 1868 in Dresden tagte, statt.

⁷⁸ Griesinger W (1872), S. 274-276

⁷⁹ Teil der dramatischen Situation war, daß *Griesinger* zu jener Zeit schon sterbenskrank war, wie auch die verbale Vehemenz und Vorgehensweise der Anstaltsanhänger gegenüber ihm. Eine lesenswerte Schilderung bietet Sammet K (2000), S. 263-272.

⁸⁰ Haselbeck H (1985), S. 172

Animositäten gegenüber *Griesinger* und andere, nicht-psychiatrische Gründe eine mitbestimmende Rolle spielten.⁸¹

So blieb es bei der krisenhaften Situation mit der steten Anstaltsinsassenzunahme, auf die immer wieder reflexhaft mit den selben Mechanismen reagiert wurde: Eine Ausweitung und Vergrößerung bestehender Anstalten wurde betrieben, wie auch die Neuerrichtung weiterer großer, kasernenartiger Einrichtungen. Doch diese Maßnahmen halfen immer nur begrenzt und kurzzeitig aufgrund kontinuierlich weitersteigender Patientenzahlen. Die Anstalten blieben überfüllt, wie die Statistiken des späten 19. Jahrhunderts zeigen: Man findet anwachsende Anstaltsgrößen und eine überproportional größere Zunahme der gesamten Anstaltsinsassen gegenüber der sowieso schon stark wachsenden Bevölkerung Deutschlands [siehe *Tabelle 3*].⁸²

-Tabelle 3-

Anstaltspsychiatrie im deutschen Kaiserreich,
nach *Gast U* (1989)⁸³, Statistisches Bundesamt (1964)⁸⁴

	1877	1913	Veränderung (proz.)
Durchschnittliche Bettenzahl je Anstalt	272 Betten	550 Betten	+102,2%
Gesamtkrankenbettenzahl	31.297 Betten	164.708 Betten	+426,3%
Bettenzahl je 100.000 Einwohner	5,8 Betten	18,6 Betten	+220,7%
Bevölkerungszahl ⁸⁵	43.610.000	66.978.000	+ 53,6%

Unklar war die genaue Ursache dieses steten Anwachsens der Patientenzahlen: Manche Zeitgenossen sahen hierin eine Folge des krankmachenden Modernisierungsprozesses.⁸⁶

⁸¹ Sammet K (2000)

⁸² Pándy K (1908), S. 381

⁸³ Gast U (1989), S. 80

⁸⁴ Statistisches Bundesamt (1964), S. 31

⁸⁵ 1890 wurde Helgoland Teil des Kaiserreiches. Der vierstellige Bevölkerungszuwachs und die hierdurch verursachten geringen statistischen Verzerrungseffekte wurden vernachlässigt.

⁸⁶ Uhlmann F (1914), S. 67. Wörtlich heißt es: „Man beschuldigt auch die heutige [d.h. im Jahr 1914, PJ] ‚Kultur‘, daß sie mehr geistige Erkrankungen bringe als die frühere“.

Andere wiederum sahen in dieser Entwicklung den Wunsch des preußisch-deutschen Staates nach gesellschaftlicher Kontrolle widergespiegelt, d.h. eines Einsperrens gesellschaftlicher Abtrünniger. Sie sahen somit den Anstieg der Insassen u.a. als Folge staatlicher Mißbräuche des Rechtes auf Internierung.⁸⁷ Doch auch eine Reihe von privaten Mißbräuchen – die jedoch quantitativ nicht den starken Anstieg erklären können, sondern nur mitbeteiligtend wirkten – sind gerade in jüngster Zeit aufgezeigt worden, Fälle, in welchen aufgrund eines „Interesse[s] an einer privaten Übervorteilung“ und „aus privater Eigensucht“ heraus geistig Normale interniert wurden.⁸⁸

So wurden aus den anfänglich kleinen und therapeutisch aktiven Anstalten⁸⁹ Horte einer therapeutischen Resignation, Orte der Massenanonymität und des personellen Mangels Ende des 19. Jahrhunderts. Als dann noch eine Zahl widerrechtlicher Unterbringungsfälle, bei denen geistesgesunde Menschen als Geisteskranke eingesperrt worden waren, in den 1890ern bekannt wurden, verwundert es nicht, daß eine öffentliche psychiatriekritische Bewegung entstand und ab 1892 rasch an Intensität gewann.⁹⁰ Diese spielte sich vor allem auf publizistischem und juristischem Gebiet ab.⁹¹

Doch auch aus psychiatrischen Fachkreisen wurde das Irrenanstaltswesen verstärkt bemängelt. Finanziell schien es immer weniger tragbar,⁹² der Ausbau alternativer Strukturen wie Irrenhilfsvereine, Angehörigenpflege usf. wurde gefordert,⁹³ der übermäßig lange Krankenhausaufenthalt wurde kritisiert,⁹⁴ und man ermutigte Psychiater, Geisteskranke früher nach Hause zu entsenden.⁹⁵ Z.T. entstanden alternative Einrichtungen, so daß vor dem Ersten Weltkrieg etwa 40 psychiatrische Einrichtungen

⁸⁷ Blasius D (1986), S. 60-76

⁸⁸ Schmiedebach H-P (1996), S. 130-131

⁸⁹ Kunze H (1990), S. 118. Mit „therapeutisch aktiv“ ist angesichts des im 19. Jahrhunderts in der Psychiatrie vorherrschenden Kenntnisstandes weniger die somatische und psychologische Therapie im modernen Sinne gemeint, denn ein günstiges Arzt-Patient-Verhältnis, welches mit der Zunahme der Größe der Irrenanstalten sich zu Ungunsten des Patienten veränderte.

⁹⁰ Schmiedebach H-P (1996)

⁹¹ Goldberg A (2003), S. 204-205. Es erschienen zahlreiche kritische Schriften, und es kam zu mehreren z.T. medial intensiv verfolgten Gerichtsprozessen. Ein besonders prominenter Gerichtsprozeß fand zwischen dem auch heute noch bekannten Münchener Psychiatrieprofessor *Emil Kraepelin* (1856-1926) und einem „Psychiatrieopfer“ namens *Elise Hegemann-Vorster* im Jahre 1909 statt.

⁹² Roemer H et al (1927); Friedlaender E (1932); Blasius D (1986)

⁹³ Roller CFW (1874)

⁹⁴ Uhlmann F (1914)

⁹⁵ Spamer C (1878)

vom Typus der *Griesingerschen* „Stadtasyle“ im Deutschen Reich bestanden.⁹⁶ Auch die Familienpflege, welche Beköstigung und Arbeit bei einer Pflegefamilie vorsah,⁹⁷ erlebte zunächst zwischen 1860 und 1870 eine intensive, zumeist ablehnende Debatte, wurde dennoch ab den 1880ern verstärkt eingeführt und angewendet.⁹⁸ Die anstaltsgebundene „koloniale Irrenanstalt“ mit ihrem Offentürsystem und Mischung aus extramuraler Freiheit und Anstaltsversorgung wurde ebenfalls erörtert und eingesetzt.⁹⁹ Trotz oftmals positiver Ergebnisse setzten sich diese Behandlungsformen jedoch nur begrenzt durch.

Das Ansteigen der Anstaltsinsassenzahlen hielt ungebrochen bis zum Ersten Weltkrieg an: Erst in seinem Gefolge und durch die massiven Kriegsverknappungen und entsprechende Entscheidungen der Anstaltsleitungen zur Nahrungsreduktion setzte ein „Hungersterben“, d.h. eine dramatische Verschlechterung der Ernährungssituation mit großem Patientensterben ein.¹⁰⁰ Eine ebenfalls kriegsbedingt verschlechterte Personalsituation, sowie erhöhte Infektionsraten (v.a. Tuberkulose, Typhus und Ruhr), taten ein übriges und ließen die Mortalitätszahlen noch weiter in die Höhe schnellen.¹⁰¹

Doch der Erste Weltkrieg brachte nicht nur den Tod vieler Patienten, sondern die öffentlichen Anstalten erlebten zu seinem Ende hin und in den frühen Nachkriegsjahren so manche Turbulenz. In einer Arbeit wird beispielsweise von Aufmärschen von Arbeiter- und Soldatenräten, dem Ansturm durch unzufriedene Familien, um in größerer Zahl ihre Angehörigen herauszuholen oder deutlichen Arbeitszeitkürzungen, die vom

⁹⁶ Rössler W et al (1994b), S. 821. Ein Kuriosum hieran ist, daß diese „Stadtasyle“ in Anlehnung an *Griesingers* Vorschläge entstanden, *obwohl* seine Modelle und Pläne 1868 in Deutschland abgelehnt worden waren.

⁹⁷ Stamm M (1914)

⁹⁸ Schmidt P-O (1982); Schmidt P-O (1983), S. 59: „Die Institutionalisierung der Familienpflege wurde nun [d.h. ab den 1880ern, PJ] jedoch nicht mehr im Sinne einer Alternative zum Asyl vorangetrieben, sondern als billige Ergänzung derselben für insbesondere chronisch hospitalisierte Patienten“.

⁹⁹ Paetz A (1893). Auf Seite 51 wird das Modell einer „kolonialen Irrenanstalt“ bündig erläutert: „Das Princip des Alt-Scherbitzer Systems beruht darin, dass auf dem Terrain eines Landgutes nach den neuesten irrenärztlichen und bautechnischen Erfahrungen eine kleinere Centralanstalt [...] errichtet wurde [...] und dass, räumlich getrennt von der Centralanstalt, wenn auch in bequemer Nähe und mittelbarer Verbindung mit ihr die Kolonie in der Form errichtet ist, dass unter Anlehnung an das vorhandene oder zu errichtende Gutsgehöft und unter Benutzung etwa vorhandener Bauern- oder Arbeiterhäuser eine Reihe einfacher Landhäuser nach dem Offen-Thür-System für diejenigen Kranken hergestellt werden, für welche nach der nöthigen Beobachtungszeit in der Centralanstalt aus ärztlichen oder humanitären Rücksichten der Aufenthalt in den freien kolonialen Verhältnissen für nützlich oder möglich gehalten wird“.

¹⁰⁰ Faulstich H (1998), S. 66-67. Erhöhte Mortalitätsraten hielten bis in die 1920er Jahre an, vgl. S. 99.

¹⁰¹ Haddenbrock S et al (1963), S. 50-51; Schaub R (2004), S. S258

Personal durchgesetzt werden, berichtet. Diese sollen bei manchen Anstalten sogar existenzbedrohliche Ausmaße angenommen haben.¹⁰²

Auch seitens der Psychiater wurden Reformen anvisiert. *Gustav Kolb* (1870-1938), ein in Erlangen tätiger Psychiater, forderte beispielsweise im Jahre 1919 eine „Reform der Irrenfürsorge“. So sollten „Irrenschutzgerichte“ einen gewissen Rechtsschutz des Kranken gewährleisten, und die Irrenanstalt sollte sich „möglichst wenig von einem Krankenhaus unterscheiden“.¹⁰³ Wenngleich viele seiner Reformvorschläge ungehört verhallten, so erlangte das von *Kolb* 1902 entwickelte Konzept der „Offenen Fürsorge“ – später als „Erlanger Modell“ bekannt – in den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts breite Anwendung.¹⁰⁴ Durch die „Offene Fürsorge“ sollten Geisteskranke unter ärztlicher Betreuung in das Familien- und Erwerbsleben zurückgeführt und nachgesorgt werden.¹⁰⁵

An anderem Ort, nämlich im rheinisch-westfälischen Industriegebiet, entwickelte *Friedrich Wendenburg* (1888-1960) sein „Gelsenkirchener Modell“. Es bezog präventive Maßnahmen und eine Erfassung der (untergebrachten) Geisteskranken mit rehabilitativen Bemühungen mit ein und fand früh eine stärkere Verbreitung.¹⁰⁶ Trotz einiger Parallelen wie z.B. eine Art gemeindepsychiatrischer Ansatz, unterschied sich das *Wendenburgs* vom *Kolbs*chen Modell in einem wesentlichen Punkt: Letzteres war ein „monozentrisches Konzept“, d.h. sah vor, daß die Irrenanstalt sowohl intra-, als auch extramurale Bereiche versorgte, was faktisch eine Ausweitung der Machtbefugnisse der Irrenanstalt und –ärzte auf Versorgungsgebiete außerhalb der Anstalt bedeutete. Das „Gelsenkirchener Modell“ hingegen war ein „duales Konzept“, d.h. beinhaltete eine Kooperation zwischen zwei voneinander getrennten Organisationsformen. Die Anstaltsaufgaben blieben vor allem auf intramurale Belange gerichtet, während extramurale Aufgaben von (zumeist) anstaltsunabhängigen Versorgungsdiensten übernommen wurden.¹⁰⁷

¹⁰² Siemen H-L (1986a), S. 33-34. Es werden keine Angaben zur Zahl der betroffenen Anstalten gemacht.

¹⁰³ Kolb G (1919), S. 144

¹⁰⁴ Haselbeck H (1985), S. 175. In den 1930ern wurde das „Erlanger Modell“ in allen bayerischen und 80 von 111 befragten Anstalten zumindest teilweise angewandt

¹⁰⁵ Kolb G (1927), S.170f. Wie *Kolb* es schildert: „Die Fürsorge hat nicht den Zweck, geisteskranken oder geistig anomale Menschen in die Irrenanstalt zu bringen, die Fürsorge hat vielmehr die Aufgabe, alles zu tun, damit die Betreuten tunlichst dauernd außerhalb der Anstalt leben können, nötigenfalls nach einer kurzen Anstaltsbeobachtung“. Hervorhebung durch den Autor *Kolb*.

¹⁰⁶ Wendenburg F (1927). Bereits 1927 fand das *Wendenburgs*che Modell in 33 Städten und 10 Landkreisen im Rahmen der Gesundheitsfürsorge Anwendung.

¹⁰⁷ Schmiedebach H-P et al (2004), S. 460

In den 1920er und 1930er Jahren wurden weitere komplementäre und alternative Konzepte zum „klassischen“ Irrenanstaltswesen entwickelt. Zu nennen sind z.B. die in Gütersloh von *Hermann Simon* (1867-1947) praktizierte Arbeitstherapie,¹⁰⁸ die schon weiter oben thematisierte Familienpflege,¹⁰⁹ ein System gestaffelter Fürsorge, das als „Wittenauer System“ bezeichnet wurde¹¹⁰ usf. Spätestens mit der Weltwirtschaftskrise Ende der 1920er Jahre kamen diese Reformanstrengungen in der Psychiatrieversorgung in Deutschland jedoch ins Stocken, im Laufe der 1930er Jahre mit all ihren wirtschaftlichen und politischen Umbrüchen schlußendlich zu einem stotternden Ende.¹¹¹ Mit der NSDAP setzte dann eine Zäsur ein: Sie errichtete ab 1933 auf dem Sockel der an Arbeitslosigkeit und politisch-wirtschaftlichen Krisen kränkelnden Weimarer Republik ihre Diktatur. Unter ihren Millionen von Opfern befanden sich viele Geisteskranke. Über 70.000 Psychiatriepatienten wurden im Rahmen der „Aktion T4“ im Zeitraum von Januar 1940 bis August 1941 getötet,¹¹² mehr als 200.000 geisteskranken Menschen starben an den nationalsozialistischen Untaten.¹¹³ Aber nicht nur nationalsozialistisch gesinnte Ärzte, sondern auch einige Reformpsychiater aus der Weimarer Zeit beteiligten sich an diesen todbringenden Aktionen. Sie sahen hierin eine Chance, sich der „Ballastexistenzen“ in Form der chronisch geisteskranken Menschen entledigen zu können, um hiernach einen Neuanfang in der Psychiatrie machen zu können.¹¹⁴

¹⁰⁸ Simon H (1929); Merguet H (1955)

¹⁰⁹ Gast U (1989), S. 81. Die Familienpflege war schon jahrhundertlang angewandt wurden und vielmehr handelte es sich bei der Familienpflege der Weimarer Republik um eine „Wiederentdeckung“ der Familienpflege. Details können u.a. auch Dieckhöfer K (1980) entnommen werden.

¹¹⁰ Panse F (1964), S. 53-56

¹¹¹ Über diese einschneidende gesellschaftliche Umbruchszeit von 1933 bis 1945 ist viel geforscht und geschrieben worden, so daß einige Literaturverweise für Näherinteressierte und eine skizzenhafte Nachzeichnung für die Zwecke dieser Arbeit genügen sollen: Vgl. z.B. Siemen H-L (1986a); Schmuhl H-W (1992); Faulstich H (1998); Hanrath S (2002); Sandner P (2006)

¹¹² Schmuhl H-W (2000), S. 43

¹¹³ Häfner H (2000a), S. 146

¹¹⁴ Schmuhl H-W (2000), S. 41. Ein Zitat gibt diese Situation wieder: „Diese Ärzte [...] betrachteten die ‚Euthanasie‘ als eine Chance, ihr Reformkonzept in die Wirklichkeit umzusetzen: Im Zuge der ‚Euthanasie‘ sollte die Masse der chronisch kranken und behinderten Patienten, bei denen alle damals bekannten Therapieformen versagten, vernichtet und so, indem man die ‚Ballastexistenzen‘ beiseite räumte, der Weg freigemacht werden für eine Umstrukturierung der Anstaltspsychiatrie, in deren Mittelpunkt die Trennung von Heil- und Pflegeanstalt stehen sollte. Auf der Basis dieser Reorganisation des Anstaltswesens sollten dann die in den 20er und 30er Jahren neu entwickelten Therapieformen – die ‚Aktivere Krankenbehandlung‘ sowie die Insulin-, Cardiazol- und Elektroschocktherapie – auf breiter Basis eingeführt werden“.

Doch neben dem Massentöten und den Sterilisationsaktionen, welchen viele psychisch Kranke im Zweiten Weltkrieg zum Opfer fielen, verlor die Psychiatrie durch ihre – teils passive, teils aktive – Mitwirkung sehr viel ihres öffentlichen Vertrauens. Der nur begrenzt wahrgenommene Nürnberger Ärzteprozeß vom 9. Dezember 1946 bis zum 20. August 1947 spielte in diesem Kontext keine wesentliche Rolle als Vertrauenserneuerer, und bis heute beklagen einige Gesellschaftsgruppen eine in vielen Aspekten noch mangelnde Aufarbeitung.¹¹⁵ Zusätzlich waren fähige Psychiater im Vor- und Umfeld des Zweiten Weltkrieges zwangsemigriert oder getötet worden,¹¹⁶ und erst etliche Jahre nach dem Krieg konnten die deutsche Psychiatrie und Gesellschaft dort anknüpfen, wo sie einst hatten aufhören müssen. Erschwert wurde dieses durch das brutale und menschenverachtende Abtrennen Ost- und Mitteldeutschlands,¹¹⁷ sowie des beginnenden Kalten Krieges.

Während die 1940er Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg in beiden deutschen Teilstaaten insbesondere dem Wiederaufbau und der Reorganisierung der Anstaltsversorgung dienten, setzte in den frühen 1950er Jahren in der BRD der Versuch ein, bewährte Weimarer Versorgungsmethoden wieder einzuführen: Wiederaufbau der Offenen Fürsorge,¹¹⁸ verstärkte Familienpflege,¹¹⁹ vergrößerte Anwendung psychotherapeutischer Therapien,¹²⁰ umfangreicher Einsatz von Arbeitstherapie¹²¹ etc. Diese Rückbesinnung auf Methoden aus der Weimarer Republik hielt bis weit in die 1960er Jahre hinein noch an¹²² und fand ebenfalls – wenn auch weniger offenkundig – in der DDR statt. Hier fanden sich neben den wohl als obligatorisch anzusehenden sowjetorientierten Veröffentlichungen,¹²³ ebenfalls Rückbesinnungssehnsüchte und –versuche nach Weimarer Methoden in den 1950er und 1960er Jahren.¹²⁴ Als ein sehr beeindruckender früher Versuch, die DDR-Psychiatrie umgestalten zu wollen, gelten die Rodewischer Thesen aus dem Jahr 1963

¹¹⁵ Für Details vergleiche z.B. Thom A (1994); Gröger H (1998); Kersting F-W (2003)

¹¹⁶ Peters UH (1999)

¹¹⁷ de Zayas A (2005)

¹¹⁸ Merguet H (1951)

¹¹⁹ von Bayer W (1951)

¹²⁰ Wildermuth H (1952)

¹²¹ Pointner M (1954)

¹²² Schulz HE (1962)

¹²³ Z.B. Eichler L (1960)

¹²⁴ Merguet H (1951)

und die späteren Brandenburger Thesen von 1973, auf die weiter unten eingegangen wird.

Doch insgesamt bestand das Anstaltssystem nach dem Zweiten Weltkrieg scheinbar unverändert fort. Zwar mußten die Irrenanstalten, die v.a. in den 1950er Jahren in „Psychiatriekrankenhäuser“ umgetauft wurden, teilweise wiederaufgebaut werden und für die Psychiatrie zurückgewonnen, z.B. ihrer Lazarettfunktion entledigt werden, doch es setzten rasch wieder alte Zustände ein. Der „entvölkernde“ Effekt der NS-Zeit wurde bald vom „bevölkernden“ Effekt neuer Patienten und des Zustromes heimatvertriebener Ostdeutscher mit ihren überproportional erhöhten Psychiatrisierungsraten wettgemacht.¹²⁵ Jene mißlichen Bedingungen setzten wieder ein, die schon im 19. und 20. Jahrhundert die Anstalten in Verruf gebracht hatten: Überfüllung, Verwahrlosung, Verelendung.

Eine erste und früh geäußerte Kritik hierüber seitens des Direktors des Psychiatrischen Krankenhauses Ulm-Wiessenau, *Gruhle*, im Jahre 1947,¹²⁶ verhallte mehr oder minder echolos angesichts des Massenelends der Nachkriegszeit. Doch nur wenige Jahre später erfaßte dann eine erste größere Psychiatriekritikwelle die junge Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1950 als Folge eines Kinofilmes über eine US-amerikanische Psychiatrieanstalt und eines bekanntgewordenen bundesdeutschen Prozesses um einen Arzt, der angeblich seine Frau unter falschen Vorwänden hatte in eine Anstalt einweisen lassen. Die Presse trat psychiatriekritisch auf, und die Angst, als Geistesgesunder in eine Anstalt mißbräuchlich eingesperrt zu werden, verbreitete sich.¹²⁷ Diese Sorge fand sich auch in der psychiatrischen Fachliteratur wieder,¹²⁸ und der Bundestag beschäftigte sich von 1950 bis 1956 mit der Schaffung eines bundeseinheitlichen Gesetzes zur Zwangsunterbringung zur Vorbeugung solcher Mißbräuche.¹²⁹ Doch ähnlich wie in

¹²⁵ Hartmann W (1980), S. 27. Wenig erforscht ist, warum die heimatvertriebenen Ostdeutschen deutlich erhöhte Psychiatrisierungsraten aufwiesen und ob es innerhalb dieser heterogenen Gruppe der Sudetendeutschen, Ostpreußen, Donauschwaben usw. weitere Unterschiede gab. Ein Vergleich zu anderen Gruppen wie z.B. die aus Mitteldeutschland/DDR geflohenen Bürger wäre in diesem Zusammenhang auch von Interesse, aber findet sich nicht in der mir vorliegenden Literatur.

¹²⁶ Huber G (1972), S. 517

¹²⁷ Brink C (2002); Noack T (2006)

¹²⁸ von Bayer W (1951)

¹²⁹ Martin V et al (2005), S. 2-3. Das bundeseinheitliche Gesetz zur Zwangsunterbringung kam nicht zustande.

früheren Zeiten verebbte alsbald ein Großteil der psychiatriekritischen Stimmung, und es änderte sich wenig an der Gesamtsituation.

Einzelangriffe bestanden jedoch fort und nahmen stetig zu.¹³⁰ Eine Öffnung der Anstalten wurde beispielsweise gefordert¹³¹ oder eine Aufstockung des Personals und Trennung der „Imbezillen und Idioten“ von den „psychisch Kranken“,¹³² allesamt Aspekte, die in die Enthospitalisierungsbewegung später einfließen. Die Kritik war verständlich: Schließlich bestand eine etwa hundertfünfzigjährige Psychiatrie und Psychiatrieversorgung – das Irrenanstaltswesen – in der Nachkriegszeit in vielerlei Hinsicht noch unverändert fort inmitten einer sich stark veränderten Gesellschaft. Kriege und Revolutionen waren gekommen und gegangen, die Irrenanstalten und Psychiatriekrankenhäuser hingegen geblieben – sie schienen für die Ewigkeit gebaut und unveränderlich. Während republikweit der Einzelne mit seinen individuellen Interessen und Neigungen immer mehr ins Zentrum der Beachtung rückte und gesellschaftliche Randgruppen verstärkt Beachtung erfuhren, herrschten in den Psychiatrieanstalten z.T. noch archaische Zustände. Doch auch die Substanz des Anstaltswesens bröckelte unter den wiederholten Angriffen und Kritiken. Die Welt um sie herum war eine andere geworden und verlangte nun auch die Anpassung dieser „Dinosaurier-“Anstalten, was mit dem Werkzeug der Enthospitalisierung angegangen wurde.

II.3. Die Enthospitalisierung in der alten Bundesrepublik Deutschland

Die bundesdeutsche Enthospitalisierung bedeutete einen gravierenden Einschnitt in der Versorgung von psychisch Kranken. Sie kann, weil scheinbar phasen- oder schubweise verlaufend, chronologisch eingeteilt werden. Obzwar ein derartiger Versuch schon existiert,¹³³ so erscheint angesichts der seither weitergegangenen Entwicklungen ein weiterer vonnöten. Zentrale Elemente solch einer (neuen) Einteilung müßten einerseits die Psychiatrieenquête (1971-1975) als Ausdruck der Reformbemühungen berücksichtigen, andererseits die Psychiatrie-Personalverordnung (als Ausdruck einer systematischen Bündelung von Ressourcen im Jahre 1991), die etwa gleichzeitig mit der

¹³⁰ Brink C (2006)

¹³¹ Klopp HW (1959)

¹³² Merguet H (1955)

¹³³ Finzen A (1985), S. 40-53. *Finzen* sprach von drei Phasen: „Phase der Befreiung“, „technokratische Phase“ und „Phase der Konsolidierung durch Entwicklung einer neuen therapeutischen Kultur“.

innerdeutschen Vereinigung (im Jahre 1990) zusammenfiel, mit einbeziehen. Folgende Unterteilung der bundesdeutschen Enthospitalisierung erscheint sinnvoll:

(1) Die Kritik- und Erprobungsphase, 1959-1971, entspricht der Phase, in welcher das vor allem kustodial ausgerichtete Anstaltswesen einer kritischen Betrachtung unterzogen wurde und mögliche alternative Strukturen z.T. umgesetzt wurden.¹³⁴ Hierbei kam es zu einer eher unsystematischen und –koordinierten Erprobung von Vorschlägen, zumeist auf Initiative einzelner oder kleiner Gruppen basierend.¹³⁵ Die Einrichtung der ersten Nachtambulanz an der Frankfurter (a. M.) Universitäts-Nervenambulanz im Mai des Jahres 1959 markiert ihren Beginn.¹³⁶ Es gab jedoch schon frühere Reformmaßnahmen, wie die Einrichtung einer geschützten Werkstatt und eines Patientenklubs im Jahre 1956 in Wiesloch.¹³⁷ Diese Phase endete mit dem Beginn der Psychiatrieenquête im Jahre 1971.

(2) Die Analyse- und Umsetzungsphase, 1971-1991, wurde von der Psychiatrieenquête eingeleitet. Diese Phase war gekennzeichnet vom Willen, die damalige Psychiatrieversorgung einer gründlichen Analyse zu unterziehen und dann, darauf aufbauend, mittels Richtlinien, Empfehlungen und Umsetzungen diese im Sinne einer gemeindenahen Versorgung umzustrukturieren. Trotz Einzelerfolgen und teilweise einschneidenden lokalen Veränderungen, war die der Enquête unmittelbar folgende Zeit zumeist eine von wenig geordneter und geplanter Umsetzung. Die Zahl stationär untergebrachter Patienten sank zwar erstmals deutlich über einen mehrjährigen Zeitraum ab, jedoch unstet und diskontinuierlich [siehe *Tabelle 4*, nächste Seite]. Diese Phase endete mit dem Inkrafttreten der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Jahre 1991.

¹³⁴ Kisker KP (1963); von Bayer W et al (1964); Kisker KP (1964); Häfner H (1965); Zutt J (1966); Reimer F (1970)

¹³⁵ Z.B. geschützte Arbeitsstätten in Mannheim: Viefhues H (1961); Tag- und Nachtambulanz in München: Lauter H (1964); Poliklinische Arbeit in Heidelberg: Kisker KP et al (1967)

¹³⁶ Kulenkampff C (1961), S. 218. Die Nachtambulanz wurde erbaut, um „die starre, kaum Variationen zulassende Organisationsform [d.h. das Anstaltswesen, PJ] den Erfordernissen gemäß aufzulockern“.

¹³⁷ Viefhues H (1961). Ein Patientenklub und geschützte Werkstatt können aus heutiger Sicht wertvolle Institutionen sein, aber stellen nicht unbedingt deutliche Schritte hin zu einer Gemeindepsychiatrie dar. Deshalb wurden sie nicht als der in dieser Arbeit gewählte Beginn der Enthospitalisierung gewertet.

-Tabelle 4-Zahl stationär versorgter psychisch Kranker 1952-2001, nach Statistisches Bundesamt¹³⁸

Jahr (Stand 31.12.)	Stat. Patientenzahl	Jahr (Stand 31.12.)	Stat. Patientenzahl
1952	n.v.	1977	111.936
1953	83.843	1978	112.151
1954	83.835	1979	111.572
1955	90.050	1980	108.904
1956	90.595	1981	100.656
1957	92.056	1982	98.621
1958	92.470	1983	104.157
1959	93.359	1984	100.606
1960	91.351	1985	n.v.
1961	90.541	1986	84.778
1962	92.050	1987	83.201
1963	98.259	1988	81.410
1964	100.768	1989	80.071
1965	104.472	1990	63.176
1966	105.480	1991	81.151
1967	105.209	1992	73.216
1968	109.988	1993	68.333
1969	117.235	1994	65.083
1970	117.596	1995	62.707
1971	114.357	1996	59.088
1972	113.494	1997	57.156
1973	111.063	1998	55.934
1974	112.975	1999	55.000
1975	115.922	2000	54.358
1976	114.180	2001	53.710

¹³⁸ Statistisches Bundesamt (1954-2006)

(3) Die Gemeindepsychiatisierungsphase, 1991-heute, ist gekennzeichnet von einer regen Veränderungsdynamik der Psychiatrielandschaft in der seit 1990 größer gewordenen Bundesrepublik Deutschland. Die Veränderungen, systematischer und koordinierter, wurden oftmals von Untersuchungsstudien begleitet und analysiert, den sogenannten „Enthospitalisierungsstudien“, im Bestreben, die Qualität sowohl zu überprüfen als auch zu erhöhen. Das Ergebnis dieser Enthospitalisierungsbestrebungen waren deutliche Fortschritte hin zu einer ausgewogeneren Gemeindepsychiatrielandschaft. Diese Phase dauert noch an, doch es ist durchaus denkbar, daß sie alsbald in eine nächste, ggf. intensiviertere, „Integrationsphase“ eintreten wird und muß.¹³⁹

In diesen Enthospitalisierungsphasen kamen unentwegt Impulse aus dem nicht-deutschsprachigen Ausland. Sehr stark war die Ausrichtung auf die englischsprachigen Länder USA und Großbritannien.¹⁴⁰ Doch auch andere westliche Länder und deren Psychiatriesysteme und -reformbestrebungen wurden mit Interesse beobachtet: Italien,¹⁴¹ Dänemark,¹⁴² Zypern,¹⁴³ Norwegen,¹⁴⁴ Israel¹⁴⁵ etc. Neben der englischsprachigen Welt waren für deutsche Psychiater vor allem zwei andere Regionen von besonderem Interesse: Einerseits die skandinavischen Länder, andererseits, in größerem Maße, die italienischen Psychiatriereformen, bzw. das „italienische Experiment“ der 1970er Jahre. Sehr große Verbreitung fanden italienische Psychiatriereformschriften und –gedanken, wie z.B. das Buch des schillernden Psychiaters *Franco Basaglia* „Die negierte Institution“¹⁴⁶ und das Motto „Freiheit heilt“ („La Libertà è Terapeutica“) aus dem Psychiatriekrankenhaus im italienischen Görz.¹⁴⁷

Doch trotz reger Diskussion und ersten Umsetzungsmaßnahmen, schlug sich all dieses bis 1970 nur sehr begrenzt bei den stationären Patientenzahlen nieder:

¹³⁹ Eikelmann B et al (2005a)

¹⁴⁰ Bauer M (1995), S. 48

¹⁴¹ Hinterhuber H et al (2001)

¹⁴² Driebold R (1986)

¹⁴³ Mäulen B (1992)

¹⁴⁴ Retterstøl N (1980)

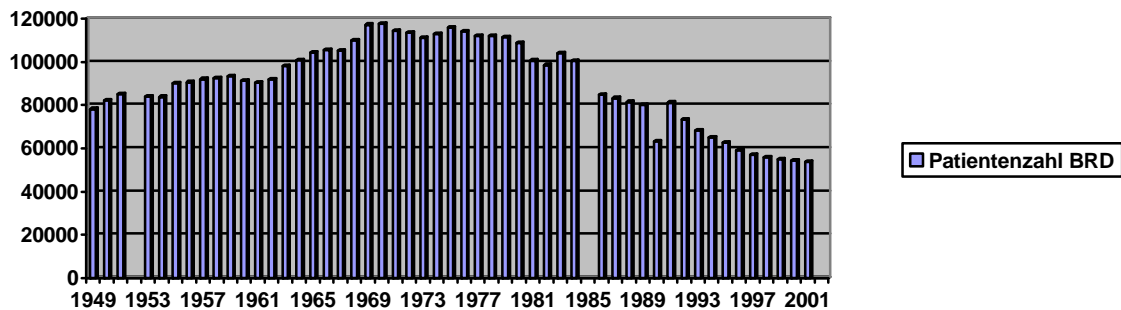
¹⁴⁵ Müller K et al (1982)

¹⁴⁶ Basaglia F (1973)

¹⁴⁷ Finzen A (1980). Eine wörtlichere Übersetzung wäre: „Die Freiheit ist Therapie“.

-Abbildung 2-

Patientenzahl stationär versorgter psychisch Kranker, nach Statistisches Bundesamt¹⁴⁸



Angesichts dieser Zahlen und der herrschenden Zuständen wurden in den 1950er und, deutlich verstärkt, 1960er Jahren Veränderungen als dringend nötig empfunden. Man rief beispielsweise Ende der 60er Jahre einen „Notstand in der Betreuung psychisch Kranker in der Bundesrepublik“ aus: 68 öffentliche Psychiatriekrankenhäuser hatten eine durchschnittlichen Belegung von 1200 Patienten.¹⁴⁹ Auch die hierarchischen Strukturen galten als starr und antiquiert,¹⁵⁰ personaltechnisch wurde neben einem Mangel an Ärzten und Pflegern auch das Fehlen von Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeitern und Psychologen moniert, die Arbeitstherapie galt als unzureichend, und es fehlten rehabilitative Maßnahmen,¹⁵¹ um nur einige Defizite zu benennen. Die Zahlen der Anstalt Emmendingen [Tabelle 5] geben beispielhaft wieder, wie wenig sich die Psychiatrie in 50 Jahren verändert hatte.

1959 begann, gemäß der in dieser Arbeit verwandten Einteilung, der Prozeß der Enthospitalisierung. Sie fußte zunächst auf Einzelinitiativen und –kritiken, und interne Umstrukturierungen in Form von Schlafsaalunterteilung, Möbiliaraufstockung und Betreuungsangebotsverbesserung fanden statt.¹⁵²

¹⁴⁸ Statistisches Bundesamt 1951-2005. Die Zahlen entsprechen denen der Tabelle 4.

¹⁴⁹ Degkwitz R et al (1971), S. 169

¹⁵⁰ Winkler WT (1969)

¹⁵¹ Finzen A (1985), S. 25-28

¹⁵² Kunze H (1990)

-Tabelle 5-

Personal und Veränderungen in der Anstalt Emmendingen 1920-1970,
nach *Degkwitz R et al* (1971)¹⁵³

Jahr	Zahl der Patienten	Krankenpflegepersonal (Pfleger : Patient)¹⁵⁴	Zahl der Gesamtärzte
1920	1200	1 : 5	9
1930	1300	1 : 5	10
1940	1100	k.A.	k.A.
1950	600	1 : 5,5	18
1960	1416	1 : 4,7	20
1970	1430	1 : 4,6	26

Diverse Veröffentlichungen begleiteten und leiteten z.T. diese Veränderungen ein: Die vom Düsseldorfer Psychiatrieprofessor *Friedrich Panse* 1964 verfaßte Monographie „Das psychiatrische Krankenhauswesen“,¹⁵⁵ die beiden von *Karl Peter Kisker*, Psychiatriedirektor in Hannover, 1963¹⁵⁶ und 1964¹⁵⁷ herausgegebenen Kritiken am psychiatrischen Krankenhaus, die 1965 vielbeachtete Denkschrift „Dringliche Reformen der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik“¹⁵⁸ des späteren Direktors des Zentralinstitut für Seelische Gesundheit *Heinz Häfner*, der Aufruf nach einer „Sozial- und Individualorientierung der Anstaltspsychiatrie“ im Jahre 1965 vom Schleswigschen Anstaltsdirektor *Döhner*¹⁵⁹ usw. Das Anstaltssystem wurde als veraltet und reformbedürftig beschrieben: „*Jede psychiatrische Einrichtung, die jetzt noch nach Größe, Lage und innere Organisation geplant und gebaut wird [...] zementiert den*

¹⁵³ Degkwitz R et al (1971), S. 177. Obwohl sich das Ärzteverhältnis gebessert hatte und statt wie in 1920 nicht mehr 133 Patienten auf einen Arzt kamen, sondern im Jahre 1970 immerhin nur noch 55 Patienten je Arzt, so war dies noch immer zu wenig, und es bestanden auf anderen Bereichen deutliche Mißstände fort.

¹⁵⁴ In die Rechnung flossen Krankenpflegeschüler, Pflegehelfer und ungeprüfte Hilfskräfte mit ein, so daß etwa 10 bis 11 Patienten auf eine Pflegekraft kamen. Siehe Finzen A (1985), S. 25

¹⁵⁵ Panse F (1964)

¹⁵⁶ Kisker KP (1963)

¹⁵⁷ Kisker KP (1964)

¹⁵⁸ Häfner H (1965), zitiert nach Häfner H (2001), S.85

¹⁵⁹ Döhner W (1965). Dieser Psychiater ist nicht zu verwechseln mit *Klaus Dörner*, der eine wichtige Rolle bei der Enthospitalisierung gespielt hat.

*Rückstand der deutschen psychiatrischen Praxis*¹⁶⁰.¹⁶⁰ Etwa zeitgleich öffnete sich auch in der Bundesrepublik Österreich die Fachwelt zunehmend der Diskussion um Zukunft und Probleme des psychiatrischen Krankenhauses,¹⁶¹ wie auch in der Schweiz¹⁶² und der DDR.¹⁶³

Während die frühen Arbeiten noch eher im Fachkreis der Psychiatrie diskutiert und erörtert wurden, beteiligte sich die bundesdeutsche Öffentlichkeit Ende der 1960er zunehmend. Das Buch „Irrenhäuser. Kranke klagen an“,¹⁶⁴ welches vom Frankfurter Lehrer *Frank Fischer* 1969 publiziert wurde, stieß sowohl auf große fachärztliche als auch laienhaft-öffentliche Resonanz. Ähnlich prominent und öffentlichkeitsbewegend wurde der Film „Einer flog übers Kuckucksnest“ (1975) des tschechisch-US-amerikanischen Filmregisseurs *Milos Forman* aufgenommen.

Es folgten praktische Konsequenzen: Das Einrichten von Tageskliniken,¹⁶⁵ wie auch von kombinierten Nacht- und Tageskliniken,¹⁶⁶ psychisch Kranke erhielten mehr Privatsphäre,¹⁶⁷ ambulante Dienste wurden geschaffen,¹⁶⁸ verschiedene Formen der Früh- und Spätrehabilitationsmaßnahmen ein- und durchgeführt¹⁶⁹ etc. Diese Aktivität fand ihren Widerpart auch auf administrativ-juristischer Ebene: Im Februar 1959 gründete sich beispielsweise der „Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke“¹⁷⁰ oder 1970 die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“. Die Jahrzehntenwende 60er und 70er Jahre war besonders aktiv in dieser Hinsicht.¹⁷¹

- Die im Oktober 1970 stattfindende Tagung der Evangelischen Akademie Loccum „Der Psychisch Kranke und die Gesellschaft“ mit Vertretern aus Politik,

¹⁶⁰ Kisker KP (1964), S. 237. Hervorhebung durch den Autor *Kisker* selbst.

¹⁶¹ Hoff H (1966)

¹⁶² Müller C (1963). Es scheint jedoch in der Schweiz so gewesen zu sein, daß die Kritik an der Psychiatrieversorgung, wie auch deren Veränderungen, subtiler verliefen als im bundesdeutschen Raum.

¹⁶³ Lange E (1966). Die Rodewischer Thesen und DDR-Reformbemühungen werden an späterer Stelle in meiner Arbeit erörtert.

¹⁶⁴ Fischer F (1969)

¹⁶⁵ Kulenkampff C (1961)

¹⁶⁶ Lauter H (1964). In Frankfurt a.M., Westberlin und München fanden sich die ersten bundesdeutschen Tageskliniken.

¹⁶⁷ Schulte W (1963)

¹⁶⁸ Kisker KP et al (1967)

¹⁶⁹ Gastager H (1968)

¹⁷⁰ Schulz HE (1962), S. 501

¹⁷¹ Kersting F-W (1998), S. 288. Erweitert um chronologische Daten von *Peter Jurczyk*.

- Psychiatrie und der Öffentlichkeit und deren Verabschiedung der „Loccumer Resolution“
- Zwei öffentliche Informationssitzungen des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit im Oktober 1970 (Bonn) und im April 1971 (Emmendingen)
 - Der vom CDU-Abgeordneten *Walter Picard* angestoßene Bundestagsantrag im März 1970, eine „umfassende Untersuchung über die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung der Bevölkerung durchzuführen“ aus der die sogenannte „Psychiatrie-Enquête“ letztlich erwuchs
 - Intensiv stattfindende Diskussionen über die Psychiatrieversorgung auf dem „73. Deutschen Ärztetag“ in Stuttgart im Jahr 1970 und der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (DGPN)¹⁷² im selben Jahr
 - Die Bildung des „Mannheimer Kreises“ aus dem im Dezember des Jahres 1970 der Verein „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in der BRD e.V.“ hervorging¹⁷³
 - Der im Januar 1971 von prominenten Politikern und Psychiatern gegründete Verein „Aktion Psychisch Kranke e.V.“

Neben diesen vielen öffentlichrechtlichen Gruppierungen, die im offenen Diskurs ihre Ansichten durchsetzen wollten und auf die Machtmittel moderner Gesellschaften – v.a. die Medien und Einflußnahme auf staatliche Institutionen – zurückgriffen, formierten und radikalisierten sich in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts einige Gruppen wie weiter unten thematisiert. Unter dem Einfluß antipsychiatrischer Denktendenzen und Büchern wie z.B. das des französischen Philosophen *Michel Foucault*, „Psychologie und Geisteskrankheit“¹⁷⁴ oder das des US-ungarischen Psychiaters *Thomas Szasz*,

¹⁷² Sie trägt heute den Namen „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“ (DGPPN)

¹⁷³ Es ist informativ, die neun Unterschreibenden der ersten Satzung aufzulisten, da einige dieser Personen eine maßgebliche Rolle bei der Enthospitalisierung spielten und auch heute noch Bekanntheit aufweisen: *Gregor Bosch, Klaus Dörner, Elisabeth Schröder-Jenner, Rolf Schütz, Jörg Engeland, Mark Richartz, Manfred Bauer, Roswitha Huber, Rainer Seidel*. Zitiert nach Clausen J (1990)

¹⁷⁴ Foucault M (1968)

„Geisteskrankheit – Ein moderner Mythos?“¹⁷⁵ ging die Kritik so weit, die gesamte Anstaltspsychiatrie unter den Generalverdacht zu stellen, absichtlich Orte der Abschiebung gesellschaftlich unerwünschter oder unangepaßter Menschen zu sein. Diese Bewegung, häufig als „Antipsychiatrie“ titulierte, klagte an, daß Anstalten vor allem deshalb bestünden, um „Abweichende“ in Psychiatriekrankenhäuser einzusperren. „Dort unterwerfe man die sozialen ‘Sündenböcke’ einer ‘Behandlung’, die darauf abziele, sie als frei denkende Persönlichkeiten zu zerstören, um sie am Ende in ‘dankbare’ Konformisten umzuwandeln“.¹⁷⁶ Daß der Ruf nach „Abschaffung“ und Auflösung der Psychiatriekrankenhäuser laut wurde, verwundert angesichts dieser z.T. drastischen Schriften und Kritiken nicht. So forderte z.B. die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) im Jahre 1979 in ihrem „Auflösungsbeschluß“ die Beseitigung „eine[r] mehr als 100 jährige[n] Zwangsinstitution zur Unterdrückung und Ausgrenzung von sog. ‘abweichendem Verhalten’“.¹⁷⁷

Um den Heidelberger Assistenzarzt *Wolfgang Huber* kam es zu einer besonders intensiven Radikalisierung: Im Februar 1970 gründete er das „Sozialistische Patientenkollektiv“ (SPK) mit etwa 50 anderen Patienten und Psychiatrietätigen, welches zunehmend heftiger in seiner Psychiatrie- und Gesellschaftskritik wurde. Viele Mitglieder trieben in antikapitalistische Denkmuster ab, die sie mit antipsychiatrischer und anarchistischer Polemik verbanden. Ihre Forderungen waren radikaler Natur, wie ein Zitat aus dem „Patienten-Info Nr. 1“ zeigt: „Genossen! Es darf keine therapeutische Tat geben, die nicht zuvor klar und eindeutig als revolutionäre Tat ausgewiesen ist ... Das System hat uns krank gemacht, geben wir dem kranken System den Todesstoß!“¹⁷⁸ Manche Mitglieder des SPK bewaffneten sich und nach Kontakten mit der Roten Armee Fraktion (RAF), einer linksterroristischen Untergrundorganisation, im Jahr 1971, wechselten einige SPK-Mitglieder zur RAF, in welcher sie Waffenschmuggel-, Tötungs- bis hin zu Mordverbrechen begingen.¹⁷⁹

Mit Ausnahme dieser destruktiven kleinen Personengruppe kann festgehalten werden, daß die anderen Gruppen mir ihrer geäußerten Kritik – zumeist – einen fruchtbaren

¹⁷⁵ Szasz T (1975)

¹⁷⁶ Schipkowensky N (1974), S. 291

¹⁷⁷ Gesundheitspolitischer Ausschuß der DGSP (1981), S. 11

¹⁷⁸ Patienten-Info 1/1970, zitiert nach Aust S (1998), S. 180

¹⁷⁹ Aust S (1998), S. 180-187

Boden bildeten, auf dem Reformen in Form des Enthospitalisierungsprozesses wachsen und wuchern konnten. Von besonderer Bedeutung war die Psychiatrieenquête, welche als Ergebnis einer von 1971 bis 1975 arbeitenden Kommission des Bundestages entstand. Diese wurde auf Beschluß des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1971 eingesetzt. Die „Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in Deutschland“, wie der offizielle Titel lautete, nahm ihre Arbeit am 31. August 1971 auf. Es beteiligten sich knapp 200 Mitarbeiter aus den unterschiedlichsten Bereichen der Psychiatrie und Politik, Vorsitzender war der rheinländische Psychiatrieprofessor *Caspar Kulenkampff*.

Der am 19. Oktober 1973 vorgelegte Zwischenbericht dieser Kommission offenbarte die miserable Versorgungslage der Geisteskranken: 39% der Patienten lebten in Zimmern mit mehr als zehn Bewohnern, sechs Kranke mußten sich durchschnittlich ein Waschbecken teilen, gerade 25% der Psychiatriekrankenhäuser waren jünger als 50 Jahre, sowie viele andere Mißstände. Es herrschten „elende“ Zustände.¹⁸⁰ Der zwei Jahre später, nämlich am 25. November 1975, dem Deutschen Bundestag zugeleitete „Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ bestätigte diese „zum Teil als *menschenunwürdig* zu bezeichnenden Umständen“ im Detail und verstärkte die schon im Zwischenbericht genannten Kritikpunkte.¹⁸¹ Gerade die großen Psychiatriekrankenhäuser wurden Brennpunkt starker Kritik und z.B. der sehr hohe Anteil an über fünf Jahre (46%) und zehn Jahre (knapp 30%) daueruntergebrachten Patienten bemängelt.¹⁸² Die Personalsituation wurde stark kritisiert und eine Aufstockung empfohlen, die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie als unzureichend eingeschätzt, die „deutliche Überalterung“ der Gebäude hervorgehoben, Einrichtungen für Rehabilitation als fehlend angegeben usw. – die Liste an Kritikpunkten und Empfehlungen war lang.

Die Psychiatrieenquête war jedoch ein Bericht ohne gesetzgebenden Charakter. Sie hätte, wie so mancher Bericht des Bundestages und seiner Kommissionen, in Vergessenheit versinken können. Dennoch tat sie das nicht, sondern „gab den entscheidenden Anstoß zu einer tief greifenden Wende in Struktur und Funktion der

¹⁸⁰ Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1974), S. 39-62

¹⁸¹ Bericht über die Lage der Psychiatrie (1975)

¹⁸² Ebenda, S. 120

psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik“,¹⁸³ wie der Stellvertretende Vorsitzende der Psychiatrieenquête, *Heinz Häfner*, es 2001 formulierte. Viele Gründe mögen hierfür gesorgt haben, doch besonders zwei von *Asmus Finzen* genannte, der während der Psychiatrieenquête als Mitglied des Arbeitskreises „Intramurale Dienste“ und später als Direktor der niedersächsischen Anstalt Wunstorf wirkte, sind besonders eingängig: Einerseits wurden aus den über 200 Mitarbeitern der Enquête „Mediatoren“, d.h. Personen, welche ihre Ideen hinaustrugen und umsetzten. Andererseits hatte sie sowohl die Öffentlichkeit als auch psychisch Tätige und Politiker für die Probleme der Geisteskranken „sensibilisiert“.¹⁸⁴

Statistiken der 70er und 80er Jahre scheinen die Wirkungskraft der Enquête zu belegen:

(1) Die großen Psychiatriekrankenhäuser erfuhren in vielen Fällen eine Verkleinerung. Beispielsweise sank in den Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland die Bettenzahlen von 13.000 (1970) auf circa 7.000 Betten (1984).¹⁸⁵

(2) Psychiatrische Abteilungen wurden in Allgemeinkrankenhäusern geschaffen. Von 21 Abteilungen im Jahr 1971 steigerte sich deren Zahl um 362% auf 97 im Jahr 1989.

(3) Eine zunehmende klinikinterne Differenzierung, bzw. Spezialisierung fand statt.¹⁸⁶

(4) Die sozial-rechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken und somatisch Kranken kam zwar schleppend voran, setzte sich jedoch zunehmend durch.¹⁸⁷

(5) Der Ausbau teilstationärer und ambulanter Dienste setzte insbesondere in den 80er Jahren ein [siehe *Tabelle 6*].

Doch nicht nur Vorteile, wie die obenerwähnten oder Kostenersparnisse wurden gesehen,¹⁸⁸ sondern es fanden auch weiterhin Diskussionen über fehlerhafte

¹⁸³ Häfner H (2001a), S. 96

¹⁸⁴ Finzen A (1985), S. 35-36

¹⁸⁵ Tegeler J (1993), S. 672

¹⁸⁶ Spengler C et al (1987)

¹⁸⁷ Rabenstein E (2001)

Umsetzung,¹⁸⁹ mögliche Stagnation des Enthospitalisierungsprozesses¹⁹⁰ und alternative Wege bei der Enthospitalisierung¹⁹¹ statt. Noch im Jahre 1988, also beinahe 30 Jahre nach der Errichtung der ersten Nachtambulanz in der Bundesrepublik und 13 Jahre nach der Erstellung der Psychiatrieenquête, fanden sich zuhauf Kritikpunkte und 91% der damals befragten Chefarzte gaben an, daß sie Mängel bei der Versorgung von psychisch Kranken und der Personalsituation noch sähen.¹⁹²

-Tabelle 6-

Versorgungsstrukturen der Abteilungspsychiatrie in der (Alt-)Bundesrepublik und Westberlin, nach Köhler G-K (1993)¹⁹³

	1981	1985	1989	Veränderung (1981-1989)
Zahl der Abteilungen	65	84	97	+49%
Stationäre Betten ¹⁹⁴	4.606	6.985	8.912	+93%
Nachtambulanzbetten	40	44	43	+8%
Tagesambulanzbetten	109	583	1.093	+903%
Tagesstätten u.ä.	20	105	380	+1800%
Betreutes Wohnen (Heim, WG)	210	1.398	2.647	+1160%
Betreutes Arbeiten (Werkstätten, Plätze)	285	828	1.543	+441%
Sozialpsychiatrische Dienste	5	21	31	+520%

¹⁸⁸ Haberfellner EM et al (2006)

¹⁸⁹ DGSP-Rundbrief-Redaktion (1983)

¹⁹⁰ Reimer F (1985)

¹⁹¹ Trenckmann U (1985b)

¹⁹² Redaktion „Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (1988)

¹⁹³ Köhler G-K et al (1993), S. 676

¹⁹⁴ Es handelt sich bei diesen stationären Betten nicht um die der psychiatrischen Großkrankenhäuser, sondern die der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Betrachtet man ihre steigende Zahl, so lassen sich, obwohl eine wesentliche Forderung vieler Psychiater gewesen war, eben jene Betten in Allgemeinkrankenhäusern zu schaffen, folgende weitere Kritikpunkte am Enthospitalisierungsprozeß festmachen: Einerseits, daß eine gewisse Transinstitutionalisierung stattfand und Patienten aus den großen Psychiatriekrankenhäusern in die Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser verlagert wurden. Andererseits, daß die Durchschnittsgröße zwischen 1981 und 1989 von knapp 71 auf knapp 92 Betten je Abteilung angestiegen war. Die Enthospitalisierung brachte eben nicht ausschließlich Verbesserungen mit sich.

1988 war auch jenes Jahr, in welchem die „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung“ veröffentlicht wurde.¹⁹⁵ Diese auf fünf Jahre angelegte Untersuchung hatte die eingetretenen Fortschritte seit der Enquête auf der Grundlage von 14 Modellregionen analysiert und daraus Empfehlungen entwickelt: Der Aus- und Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes, die Rückführung stationärer Langzeitpatienten, der Aufbau beschützter Wohnangebote, die Weiterentwicklung der Kinder-, Jugend- und Gerontopsychiatrie, Abbau von Benachteiligungen von psychisch Kranken, der Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und die Verkleinerung der Fachpsychiatriekrankenhäuser. Durch diesen Bericht fand auch der Begriff der „Enthospitalisierung“ Verbreitung.¹⁹⁶

-Tabelle 7-

Personal tätig in der psychiatrischen Versorgung im Jahr 1990 und 1995,
nach Bundesministerium für Gesundheit (1998)¹⁹⁷

Personal	1990	1995
Ärzte	1.630	2.334
Krankenpflegepersonal	11.577	13.613
Psychologen	408	541
Ergotherapeuten	872	1.231
Bewegungstherapeuten	320	401
Sozialarbeiter	445	818
Gesamtpersonal	15.253	18.939

Die am 1. Januar 1991 inkrafttretende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bedeutete einen weiteren wesentlichen Schritt. Die Psych-PV sorgte für eine verbesserte

¹⁹⁵ Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988)

¹⁹⁶ Ebenda, S. 671; S. 621

¹⁹⁷ Bundesministerium für Gesundheit (1998), S. 44

Versorgungsqualität durch eine Aufstockung des Personals: „Außerdem sollen die im stationären Bereich behandelten Patienten soweit wie möglich befähigt werden, außerhalb der Klinik zu leben [...]. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, die psychiatrischen Einrichtungen personell so auszustatten, daß es ihnen möglich wird über ein ‘qualifiziertes Enthospitalisierungsprogramm’ eine große Zahl von Patienten, die heute noch als krankenhausbehandlungsbedürftig angesehen werden, aus dem Krankenhaus zu entlassen“.¹⁹⁸

Die Psych-PV schuf damit in der Folgezeit die Rahmenbedingungen für die Entlassung einer weiteren größeren Zahl von Patienten und für bedarfsgerecht differenzierte Behandlungsformen. Innerhalb von nur fünf Jahren wurde 24% mehr Personal – bei sinkenden Bettenzahlen – eingestellt [siehe *Tabelle 7*].

II.4. Die (versuchte) Enthospitalisierung in der DDR

Die deutsch-deutsche Vereinigung im Jahr 1990 war wichtig für die bundesdeutsche Psychiatrie. Es bleibt jedoch unklar, inwieweit es ein unterschiedliches Versorgungsniveau vor der Vereinigung gab und ob eine „rückständige“ DDR-Psychiatrie sich einer „modernen“ BRD-Psychiatrie anschloß, wie von einigen Autoren porträtiert.¹⁹⁹ Wahrscheinlicher ist jedoch, daß dieses Bild als zu einseitig anzusehen, daher auch so bemängelt worden ist.²⁰⁰ Es hatte nämlich zweifellos innovative Psychiatriestrukturen und –reformen in der DDR gegeben: Zu nennen sei das Dispensairesystem,²⁰¹ die Rodewischer Thesen,²⁰² tages- und nachtklinische Stationen mit Patientenklubs,²⁰³ Rehabilitationseinrichtungen mit beschütztem Wohnen und Arbeiten²⁰⁴ u.a. Aber dennoch schien, trotz dieser Maßnahmen und der Bemühungen einer Reihe von v.a. jungen Psychiatern, die eine Veränderung angestrebte, und dafür Widerstand und

¹⁹⁸ Bundesministerium für Gesundheit (1998), S. 7

¹⁹⁹ Z.B. Schädle J (1991); Bauer M (1992a)

²⁰⁰ Bach O (1991)

²⁰¹ Ruser HR (1982)

²⁰² Loos H (1992)

²⁰³ Kühne GE (1970)

²⁰⁴ Gropler H (1970)

Benachteiligung erfahren hatten,²⁰⁵ ein gewisser Rückstand auf einigen Gebieten der Versorgung bestanden zu haben.²⁰⁶

Dabei hatte es in der Anfangszeit der DDR in manchen Aspekten den Anschein, daß dieser von den Sowjets geschaffene Staat, trotz (oder gerade wegen) seines Strebens nach einer „Psychiatrie der sozialistischen Gesellschaft“²⁰⁷ raschere Fortschritte bei der Reformierung der Psychiatrielandschaft machte als sein westlich-kapitalistischer Bundesnachbar. So gelang die Einrichtung einer ersten Nachtklinik zwar etwas später als in der BRD, nämlich in Mühlhausen (b. Erfurt) im Jahr 1962,²⁰⁸ doch mit den zehn im Mai 1963 formulierten Rodewischer Thesen waren richtungsweisende Psychiatriereformvorgaben erstellt worden, die ihresegleichen in der BRD suchten.²⁰⁹ Die aus der Bundesrepublik angereisten Beobachter *Kisker* und *Merguet* „wurden schnell aktiv Mitstreiter“ und zeigten sich positiv beeindruckt ob dieser fortschrittlichen Reformansätze.²¹⁰ Aus den Rodewischer Thesen erwuchs das 1968 erlassene „Gesetz über die Einweisung in Einrichtungen für psychisch Kranke“, rückblickend eines ihrer wenigen konkreten Umsetzungen.

Denn trotz anderslautender Bekundungen zeigte sich das DDR-Régime gegenüber seinen geisteskranken Bürgern als wenig reformorientiert, diese benachteiligend und bestimmend; so durften Geisteskranke nicht wählen und mußten bei besonderen Anlässen (Staatsfeiertage, Staatsbesuche, Massenveranstaltungen usw.) innerhalb der Klinikmauern bleiben – es bestand die Angst, daß sie negatives Aufsehen und Unruhe erregen könnten.²¹¹ De facto waren die psychiatrischen Veränderungen also nur begrenzter Natur. Auch die im Jahre 1974 formulierten neun „Brandenburger Thesen“,²¹² welche die DDR-Psychiatrie voranbringen sollten, blieben mehr wohlmeinende Worte denn Taten; das Resultat war dürftig, die Umsetzung spärlich.

²⁰⁵ Eichhorn H (1992)

²⁰⁶ Uhle M (1990)

²⁰⁷ Thom A (1974)

²⁰⁸ Lange E et al (1966)

²⁰⁹ Lange E (1966); Loos H (1992); Waldmann K-D (1998)

²¹⁰ Lange E (1979), S, 387. Es kann jedoch bei diesem, wie auch anderen, DDR-Artikeln nie ganz ausgeschlossen werden, daß eine gewisse Beschönigung aus Propagandazwecken stattfand und daß die „positive Beteiligung“ der BRD-Beobachter *Kisker* und *Merguet* überproportional stark betont und hervorgehoben wurde.

²¹¹ Schirmer S (1992)

²¹² Schirmer S et al (1976)

Nichtsdestotrotz wurde von so manchem bundesdeutschen Psychiater in den 80er Jahren Teilaspekte der DDR-Psychiatrie als nachahmenswert empfunden.²¹³ Andere wiederum bekundeten nach dem Mauerfall und Vereinigung Mißfallen und zeichneten das Bild der DDR-Psychiatrie in düsteren Farben gegen welches sie die BRD-Psychiatrie als fortschrittlich priesen: Die DDR sei „wie bei uns Anfang der 70er Jahre, doch zusätzlich überzogen von jener DDR-Patina [...]. Psychiatrie in der Ex-DDR [wurde] allzusehr als Anstaltspsychiatrie begriffen [...] Ansonsten aber sind psychiatrische Anstalten in der ehemaligen DDR große Behinderteneinrichtungen mit einem relativ kleinen Krankenhausteil für die Akutkranken“.²¹⁴

II.5. Die Enthospitalisierung in der vergrößerten Bundesrepublik Deutschland

In der größer gewordenen Bundesrepublik Deutschland sind mittlerweile mehr als 30 Jahre seit der Psychiatrieenquête und mehr als 15 Jahre seit der Vereinigung vergangen. Die Enthospitalisierung hat die regional verschiedenen Ausgangslagen teilweise schon überwunden,²¹⁵ und es entstand eine verbesserte Versorgung, wie man den Zahlen des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg [*Tabelle 8*] beispielhaft entnehmen kann.

Aber während große Veränderungen erzielt worden sind und die Weiterentwicklung hinsichtlich der Personal- und Einrichtungsstruktur sich fortsetzt, sind andere Probleme geblieben, bzw. hinzugekommen: Beispielsweise existiert noch immer ein ambulant und gemeindenah schwer zu versorgender „harter Kern“ in Form von Langzeitpatienten in den Psychiatriekrankenhäusern,²¹⁶ noch immer erfahren Geisteskrankte in der Öffentlichkeit eine Benachteiligung und fühlen sich stigmatisiert²¹⁷ und weiterhin fehlen geeignete nachsorgende Einrichtungen für schwere Formen der Geisteskrankheiten.²¹⁸ Auch eine „Re-Institutionalisierung“,²¹⁹ bzw. „Umhospitalisierung“,²²⁰ bei der die Reduzierung der Zahl der Betten und Patienten in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern

²¹³ Dörner K (1986)

²¹⁴ Bauer M (1992a), S. 17-18

²¹⁵ Bramesfeld A (2003)

²¹⁶ Meyer T et al (2002)

²¹⁷ Angermeyer MC (2004)

²¹⁸ Wolfersdorf M et al (2002)

²¹⁹ Dörner K (1997)

²²⁰ Steinhart I (1997)

mit einem Anstieg der Betten in (Pflege-)Heimen und anderen Einrichtungen einherging, fand statt, und nicht zu Unrecht besteht die Vermutung, daß gerade schwierige Fälle einfach in andere Institutionen verschoben wurden. Selbst eine Verlagerung in die Wohnsitzlosigkeit ist für die BRD diskutiert worden.²²¹

-Tabelle 8-

Veränderungen der psychiatrischen Versorgungsstruktur des Landeskrankenhauses Weinsberg 1950-2000, nach *Schaub R* (2004)²²²

Jahr	Bettenzahl	Verweildauer	Pflegekräftezahl	Ärzte/Psychologen
1950	465	k.A.	88	9/0
1955	620	173	113	10,5/0
1960	811	156	143	10,7/0
1965	854	151	157	10,5/2
1970	935	72	182	18/2
1975	658	50	206	30/5
1980	587	61	211	30/14
1985	595	48	192	38/8
1990	554	48	240	36/8
1995	527	44	321	56/15
2000	524	31	310	51/17

Die Diskussion um die Enthospitalisierung hat bis dato noch kein Ende gefunden und die große Reihe an Enthospitalisierungsstudien zeigt zwar v.a. positive Veränderungen auf.²²³ Doch es entwickelten sich weitere Kontroversen, ob z.B. überhaupt das Richtige gemessen werde: „Im Grunde bildet die Ausgrenzung oder Integration von chronisch

²²¹ Rössler W et al (1994c)

²²² Schaub R (2004), S. S257. Es sei auf eine nicht immer einheitliche Entwicklung verwiesen, wie beispielweise die Abnahme ärztlicher Arbeitskräfte zwischen 1985 und 1990, sowie 1995 und 2000.

²²³ Beispielhaft seien die Berliner Enthospitalisierungsstudie und die Hessische Enthospitalisierungsstudien genannt. Siehe hierzu u.a. Priebe S et al (1996) oder Franz M et al (2002a).

psychisch Kranken das Kernproblem, das im Lauf der gesamten Psychiatrie-Geschichte bis heute letztlich nicht gelöst werden konnte“.²²⁴

Ungelöst bleibt auch, welche Richtung die Psychiatrieversorgung in der Zukunft nehmen wird. So mancher Autor spricht von einer einsetzenden „Reinstitutionalisierung“-Ära, weil die Zahl der forensischen Psychiatriebetten, der betreuten Wohnplätze und der Gefängnisszahlen im Steigen begriffen ist.²²⁵ Ob das der Fall ist, ist unklar. Sicher bleibt vor allem nur, daß der jetzige Stand nicht der endgültige Stand und das endültige Erreichte markieren werden.

²²⁴ Böcker FM (2005), S. 19

²²⁵ Priebe S et al (2005)

Kapitel III: Der Enthospitalisierungsprozeß im Ausland und die Begrifflichkeit der Enthospitalisierung

III.1. Einleitung

Die Enthospitalisierung der Bundesrepublik Deutschland erhielt wesentliche Impulse aus dem englischsprachigen Raum. Sie fand jedoch in den einzelnen Ländern zeitversetzt statt: So nahm die Zahl der stationären Patienten, die nahezu einhellig als ein Hauptkriterium der Enthospitalisierung angesehen wird, in Großbritannien seit 1954 und in USA seit 1955, in der BRD aber erst seit 1970 ab [vergleiche *Tabelle 9a*].

-Tabelle 9a-

Zahl der stationären Patienten in England & Wales, USA und der BRD,
nach *Scull A* (1989)²²⁶, Statistisches Bundesamt (1956-1983)²²⁷

Jahreszahl	England & Wales²²⁸	USA	BRD
1951	143.200	520.300	85.085
1952	144.600	532.000	n.v.
1953	146.600	545.000	83.843
1954	148.100	554.000	83.835
1955	146.900	558.000	90.050
1956	145.600	551.400	90.595
1957	143.200	548.000	92.056
1958	142.800	545.200	92.470
1959	139.100	541.900	93.359
1960	136.200	535.000	91.351
1961	135.400	527.500	90.541
1962	133.800	515.600	92.050
1963	127.600	504.600	98.259

²²⁶ Scull A (1989), S. 312-313

²²⁷ Statistische Jahrbücher (1956-1983)

²²⁸ Es liegen mir nur Zahlen für England und Wales vor, nicht für ganz Großbritannien.

1964	126.500	409.400	100.768
1965	123.600	475.200	104.472
1966	121.600	452.100	105.480
1967	118.600	426.000	105.209
1968	116.400	400.700	109.988
1969	105.600	370.000	117.235
1970	103.300	339.000	117.596
1971	103.000	309.000	114.357
1972	100.000	276.000	113.494
1973	94.000	255.000	111.063
1974	90.000	215.600	112.975
1975	87.000	191.400	115.922
1976	83.800	171.500	114.180
1977	80.800	159.500	111.936
1978	78.200	153.500	112.151
1979	76.500	140.400	111.572
1980	75.200	132.300	108.904

Es muß auch angemerkt werden, daß eine unterschiedliche Dichte der Psychiatriebetten zwischen diesen drei Ländern bestand [siehe *Tabelle 9b*], deren Ursache unklar bleibt.

-Tabelle 9b-

Zahl der stationären Psychiatriebetten je 100.000 Einwohner, bezogen auf das jeweilige Jahr mit dem Höchststand in England & Wales, USA und der BRD, nach Rössler *W et al* (1994),²²⁹ Rothman *DJ* (1980),²³⁰ Degkwitz *R et al* (1971)²³¹

	England & Wales	USA	BRD
Bettendichte	344 (1954)	322 (1948)	180 (1970)

²²⁹ Rössler *W et al* (1994a), S. 428

²³⁰ Rothman *DJ* (1980), S. 374. Für die USA wurden Zahlen des Jahres 1948 statt 1955 verwendet.

²³¹ Degkwitz *R et al* (1971), S. 170

Eine Skizzierung des jeweiligen Enthospitalisierungsprozesses in Großbritannien und USA soll nachstehend gegeben werden. Hierdurch wird bewußt, daß eine Reihe von Unterschiedlichkeiten in den jeweiligen Ländern auftraten.

III.2. Entwicklung der Psychiatrie und Enthospitalisierung in den USA

Der US-Begriff der „Enthospitalisierung“ („deinstitutionalization“) wurde erst in den 1970er Jahren von einer größeren Autorenschaft benutzt,²³² obwohl die Psychiatriereform zu diesem Zeitpunkt in den USA schon einige Jahrzehnte währte. Ähnlich wie in der Bundesrepublik Deutschland ist der Ursprung und das erstmalige Auftreten dieses Begriffes in den USA noch nicht abschließend geklärt. Seine Konnotation ist in etwa mit derjenigen des deutschsprachigen Raumes vergleichbar, wenngleich er aufgrund seines auch nicht-psychiatrischen Gebrauches bei der Alten- und Jugendhilfe,²³³ sowie in der kriminologischen Fachwelt²³⁴ in der englischsprachigen Welt ein begrifflich etwas breiteres Konzept zu umfassen scheint.

Die US-amerikanische Enthospitalisierung bewirkte eine Veränderung der Psychiatrielandschaft, die deutlicher und rascher ablief als in vielen anderen westlichen Ländern. In knapp vierzig Jahren sank die Zahl der stationären Patienten auf ein Neuntel ihres Ursprungswertes und auch die Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser nahm stark ab:

-Tabelle 10-

Zahl der psychiatrischen Krankenhäuser und stationären Patienten
1954 und 1996 (in den USA), nach *Geller JL (2000a)*²³⁵

Jahr	Zahl der Krankenhäuser	Zahl der stationären Patienten
1954	352	553.979
1996	254	61.722
Differenz (proz.)	-27,8%	-88,9%

²³² Trotter S et al (1974); Bazelon DL (1975); Treadway CR (1975); Bachrach LL (1977)

²³³ Moxley DP (1989)

²³⁴ Scull A (1977)

²³⁵ Geller JL (2000a), S. 46

Neben einer deutlichen Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer – diese sank z.B. alleine im Vierjahreszeitraum 1971 und 1975 um 40% von 44 Tage auf 26 Tage²³⁶ – waren vor allem eine massiv betriebene „Transinstitutionalisierung“ von Dauerpatienten von Psychiatriekrankenhäuser in Pflegeheime hinein, wie auch die Entlassung in die Obdachlosigkeit, Mitgründe für die rasche Abnahme der Zahl stationärer Patienten.²³⁷

Wie in der BRD bedeutete in den USA die Enthospitalisierung einen Paradigmenwechsel hin zu einer Gemeindepsychiatrie und das Schwächerwerden des Irrenanstaltwesens. Dieses System war, ebenfalls wie in Deutschland, vor allem im 19. Jahrhundert entstanden²³⁸ und hatte sich im 20. Jahrhundert als unzureichend herausgestellt u.a. weil der stete Anstieg der Insassenzahlen nicht zu bremsen gewesen war. Diverse Versuche, eine Reform und Veränderungen herbeizuführen, waren unzureichend gewesen.²³⁹ Beispielsweise verbesserte sich in der sogenannten „Progressiven Ära“, die um die Jahrhundertwende des 19. und 20. Jahrhunderts in den USA begann und in welcher Geisteskrankheiten und deren Behandlung verstärkte Aufmerksamkeit erfuhren, das Los der Geisteskranken nur wenig.²⁴⁰ Statistiken belegen die ähnliche Entwicklung wie in Deutschland, bei dem die Anstalten immer überfüllter wurden und der Anteil der Geisteskranken an der Gesamtbevölkerung ohne Unterlaß anstieg: Während im Jahr 1903 auf 100.000 US-Einwohner noch 159 Anstaltsinsassen kamen, waren es im Jahr 1948 schon 322 je 100.000 Einwohner. Eine in manchen Kliniken bei 80% liegende Chronikerrate unter den Psychiatriekrankenhauspatienten, Personalmangel und mißliche Zustände waren prävalent.²⁴¹ Die Bühne war bereitet für Veränderungen, die verstärkt nach dem Zweiten Weltkrieg einsetzten.

Am Anfang stand v.a. eine Diskussion über den Zustand der Psychiatrieversorgung, und psychiatriekritisierende Monographien wie *Mary Jane Wards* „Die Schlangengrube“ (1946) und *Albert Deuschs* „Die Schande der Staaten“ (1948) erregten Aufsehen.²⁴² Der schlechte Versorgungszustand der in den Anstalten untergebrachten psychisch Kranken

²³⁶ Klerman GL (1979)

²³⁷ Klerman GL (1977); Slovenko R (2003)

²³⁸ Blasius D (1986), S. 59

²³⁹ Shorter E (1997)

²⁴⁰ Rothman DJ (1980), S. 335-336. Wie der Autor zynisch feststellte, war das einzig Wesentliche, was sich änderte, daß seit der „Progressiven Ära“ die „Asyle“ nunmehr „Psychiatriekrankenhäuser“ hießen.

²⁴¹ Ebenda, S. 374

²⁴² Mora G (1992), S. 188

und die z.T. mangelhafte Zustände der Unterbringung wurden thematisiert. Es bildeten sich reformwillige Gruppierungen wie z.B. die „Gruppe zur Verbesserung der Psychiatrie“.²⁴³ Auch deutlich polemisierende Artikel, die z.B. einen Vergleich einer Irrenanstalt mit den Konzentrationslagern Europas herstellten, wurden veröffentlicht.²⁴⁴ Pro-reformatorische und psychiatriekritische Studien erschienen immer zahlreicher im Laufe der 1950er Jahre, wenngleich sie teils sehr heterogen in ihren Lösungsansätzen waren.²⁴⁵ Diffamierende Begriffe wie „Institutionalitis“²⁴⁶ oder „institutionelle Neurose“²⁴⁷ wurden geprägt, um Patienten zu beschreiben, die jahrelang in Psychiatriekrankenhäuser untergebracht waren. Statt dem noch Anfang des 20. Jahrhunderts geltenden Motto, wonach jegliche Behandlung innerhalb einer Irrenanstalt besser als jegliche Behandlung außerhalb einer Anstalt sei, galt zunehmend, daß „das schlimmste Zuhause besser als das beste psychiatrische Krankenhaus sei“.²⁴⁸ Wie in anderen Ländern wurden die Größe, Struktur, Organisation, die Isolierung der Psychiatriekrankenhäuser, ihre mangelhafte Integration in allgemein-medizinische Strukturen und das Fehlen ausreichender Nachsorgemöglichkeiten angeprangert.²⁴⁹ Trotz warnender Stimmen vor zu rascher Umstrukturierung²⁵⁰ kam es zu schnellen Veränderungen in den 1950er Jahren: Tages- und Nachtkliniken wurden eingerichtet, das Personal stark aufgestockt, eine deutliche finanzielle Erhöhung der Mittel vorgenommen und die Zusammenarbeit zwischen Gemeinden und Psychiatriekrankenhäusern verbessert. So stiegen z.B. zwischen 1948 und 1957 die psychiatrischen Gesamtausgaben um 131,6% auf knapp 732 Millionen US-Dollar und das Verhältnis von Personal zu Patient verbesserte sich deutlich von 1:5,2 (1947) auf 1:3,4 (1957).²⁵¹

²⁴³ Talbott JA (2000). Der englische Originalname war „Group for the Advancement of Psychiatry“ (GAP).

²⁴⁴ Orlansky H (1948)

²⁴⁵ Ridgway EP (1952); Peffer PA (1953); Barry P (1955); Greenblatt M et al (1958); Tyhurst JS (1958);

Tourney G et al (1959); Tyhurst JJ (1959)

²⁴⁶ Cole LL (1955)

²⁴⁷ Barton R (1966)

²⁴⁸ Scull A (1989), S. 310

²⁴⁹ Tyhurst JJ (1959)

²⁵⁰ Tillim SJ (1958)

²⁵¹ Tallman FF (1959), S. 819. Einige Beispiele: Das Arzt:Patient-Verhältnis stieg von 1:258,8 (1948) auf 1:161,4 (1957), das Psychologen:Patient-Verhältnis von 1:2.157,0 (1948) auf 1:673,3, das der Pflegekräfte von 1:9,4 (1948) auf 1:6,2 (1957) und das der Sozialarbeiter je Patient von 1:679,6 (1948) auf 1:375,9 (1948). Das war insgesamt eine deutliche Personal- und Finanzaufstockung in nur einem Jahrzehnt.

Die Kritik riß trotzdem nicht ab, und z.T. vernichtende Urteile wurden über die Institution „Psychiatriekrankenhaus“ ausgesprochen: „Es existiert, selbst in unseren besten Psychiatriekrankenhäusern, eine unangenehme Ähnlichkeit zwischen unseren Institutionen und Gefängnissen [...]. Die Patienten sind infantil [...] weil wir sie infantil machen“.²⁵² Die antipsychiatrischen Schriften und Autoren, die schon z.T. im 2. Kapitel erwähnt worden waren (*Szasz, Laing, Cooper, Foucault* etc.), spielten gerade in den 1960er Jahren ebenfalls eine herausragende Rolle. Das negative Schlagwort von der „totalen Institution“²⁵³ des kanadisch-US-amerikanischen Soziologen *Erving Goffman* fand im Jahr 1961 einen kräftigen Widerhall. Zwar waren schon früher die schlechten Auswirkungen einer zu lange währenden Unterbringung beschrieben worden – beispielsweise im Jahre 1939 als „Gefängnisstupor“ („prison stupor“)²⁵⁴ oder im Jahre 1955 als „Hospitalismus“ („institutionalization“)²⁵⁵ – doch durch *Goffman* verankerte sich das Konzept der schädlichen Institutionenwirkung in breiten Schichten der Fach- und Laienwelt.

Allerdings gab es schon frühere politisch-administrative Bestrebungen nach Veränderungen: 1946 wurde ein Bundesgesetz („National Mental Health Act“) erlassen, welches psychiatrieweit Forschung, Krankenpflege-Training und finanzielle Ausstattung in den USA deutlich verbesserte.²⁵⁶ Im Jahre 1950 wurde die US-amerikanische Sozialgesetzgebung („Social Security Act“) derart verändert, daß sie enthospitalisierende Maßnahmen förderte.²⁵⁷ Weiterhin wurde 1955 eine politische Kommission berufen, die „Joint Commission on Mental Illness and Health“, deren Abschlußbericht im Jahre 1961 als Grundlage vieler späteren Diskussionen und als Entscheidungsgrundlage diente.

In diesem Rahmen muß auch die richtungweisende Rede des US-amerikanischen Präsidenten *John F. Kennedy* vom 5. Februar 1963 erwähnt werden. Hierin stellte er fest, daß die Psychiatriekrankenhäuser „auf beschämende Art und Weise personell

²⁵² Redlich F (1958), S. xi (Vorwort), in Caudill W (1958)

²⁵³ Goffman E (1972)

²⁵⁴ Meyerson A (1939)

²⁵⁵ Martin DV (1955)

²⁵⁶ Geller JL (2000b)

²⁵⁷ Ebenda. Das sah so aus, daß für ältere Patienten weniger staatliche Zuschüsse bezahlt wurden, sobald sie Anstaltsinsassen wurden (und umgekehrt). Diese nicht unbeträchtliche finanzielle Bürde für die Psychiatriekrankenhäuser und damit den Gemeinden und dem Bundesstaat, begünstigte Bestrebungen zur Entlassung gerade älterer Patienten.

unterversorgte, überbelegte, unangenehme Einrichtungen waren, von welchen oftmals alleine der Tod die einzig feste Hoffnung auf Entlassung darstellte“.²⁵⁸ Im Gefolge der entstehenden Diskussion und Gesetzesvorgaben konnte die Psychiatrieversorgung weitere Verbesserungen in den 1960er Jahren durchmachen. Juristische Entscheidungen wirkten ebenfalls mitverbessernd: Nach etlichen Klagen wurde den Geisteskranken das Recht auf eine bessere Krankenbehandlung zugesprochen mit entsprechenden Auswirkungen.²⁵⁹

Die Enthospitalisierung, die sich am offensichtlichsten in der Abnahme der stationären Patientenzahlen seit 1955 zeigte, verstärkte ihre Dynamik in den 60er und 70er Jahren: Während in der ersten Achtjahresperiode abnehmender Patientenzahlen (1955-1963) die Zahl der stationär untergebrachten Patienten von 558.000 (1955) auf 504.600 (1963), also um 9,6%, insgesamt absank, tat sie es in der nächsten Achtjahresperiode von 504.600 (1963) auf 309.000 (1971), also um 38,8%. Wiederum eine Achtjahresperiode später war sie gar um 51,7% auf nunmehr 140.400 (1979) Patienten abgesunken.

Die parallel hierzu aufgebauten gemeindepsychiatrischen Unterkünfte und Betreuungsformen reichten zahlenmäßig nicht aus, um die Masse an entlassenen Krankenhauspatienten aufzunehmen. Die Folge war in den USA eine massive Entlassung nicht nur in gemeindepsychiatrische Einrichtungen, sondern in Pflegeheime und in die Obdachlosigkeit.²⁶⁰ Neue Mißstände entstanden. Die enthospitalisierten Wohnungslosen machten sich im Straßenbild bemerkbar: „Die Obdachlosen sind zu einer großen städtischen Krise geworden. Die Straßen, die Zug- und Busbahnhöfe und die städtischen Unterkünfte sind die Psychiatriekrankenhäuser von gestern geworden“, hieß es 1983.²⁶¹ Auch wenn dieses Problem in den letzten Jahren aktiv angegangen wurde,²⁶² scheint es noch in erheblichem Maße zu bestehen.²⁶³

²⁵⁸ Kennedy JF (1964), S. 729

²⁵⁹ Morris GH (1970). Der Prozeß *Rouse gegen Cameron* erlangte US-Bekanntheit, weil er das „Recht auf Behandlung“ („right to treatment“) festschrieb.

²⁶⁰ Talbott JA (2004a), S. 1113. Statistisch ist dieses belegt: Während bei einem gleichgebliebenen institutionalisierten Bevölkerungsanteil von 1% zwischen 1950 bis 1970 der Anteil der in Psychiatriekrankenhäusern untergebrachten Institutionalisierten von 39 auf 20% sank, stieg der in Pflegeheimen untergebrachte Anteil z.B. von 19% auf 44% an.

²⁶¹ Lipton FR et al 1983, zitiert nach Geller JL (2000a), S. 49

²⁶² Wasylenki DA et al (1993); Mares AS et al (2004)

²⁶³ Sullivan G et al (2000)

So ist die US-amerikanische enthospitalisierte Psychiatriclandschaft bis heute noch im Fluß geblieben und muß alte wie auch neue Probleme der Psychiatricversorgung lösen. Warnende Stimmen sind zu hören, die eine Konsolidierungspause anmahnen, um benötigte Gemeindevorrichtungen und den tatsächlichen Bedarf stationärer Betten abschätzen und aufbauen zu können.²⁶⁴ Ein Optimalzustand der Versorgung psychisch Kranker – auch wenn unklar ist, wie diese auszusehen hat und ob sie überhaupt je erreicht werden kann – scheint noch nicht erreicht zu sein. Viele Mißstände sind zwar behoben worden, doch im folgenden zynischen Ausspruch eines Wissenschaftlers bezüglich der Enthospitalisierung findet sich durchaus Wahhaftes: „Dem chronischen Geisteskranken wurde der Lebens- und Pflegeort von einer einzelnen lausigen Einrichtung hin zu zahlreichen erbärmlichen verlagert“.²⁶⁵

III.3. Entwicklung der Psychiatric und Enthospitalisierung in Großbritannien

Die Enthospitalisierung – in Großbritannien v.a. als „deinstitutionalisation“ bezeichnet – scheint als Begriff aus dem US-Raum gekommen zu sein, wenngleich die genaue Wurzeln auch hier unklar bleiben. Sie ist, wie in anderen westlichen Ländern auch, eng verwoben mit der Geschichte des Irrenanstaltswesens. Die „Entwicklung der Anstaltspsychiatric in England verlief parallel zu der in Deutschland [...]: immer größer werdende isolierte, geschlossene Häuser, vorwiegend mit Kustodialfunktion, in denen therapeutischer Pessimismus herrschte“.²⁶⁶

Im 19. Jahrhundert entstand das Irrenanstaltswesen: Durch ein Gesetz des Jahres 1808, welches den lokalen Verwaltungsbehörden Gelder für den Bau und den Betrieb von Anstalten zur Verfügung stellte und bestimmte Rahmenbedingungen für die Aufnahme und Versorgung von Geisteskranken festlegte,²⁶⁷ entstand ein erster Schub zur Errichtung von Irrenanstalten in Großbritannien. Dieser verlief zunächst zahlenmäßig langsam – im Jahr 1844 waren erst 3.579 Geisteskranken in 16 öffentlichen Anstalten untergebracht.²⁶⁸ Doch mit Verabschiedung des Irrengesetzes („Lunacy Act“) von 1845 kam es zu einer deutlichen Zunahme der Irrenanstaltszahlen: Die Anzahl der Anstalten lag bei 24 Stück

²⁶⁴ Lamb HR (1992)

²⁶⁵ Talbott JA (2004a), S. 1113

²⁶⁶ Dilling H (1970), S. 278

²⁶⁷ Crammer JL (1994), S. 106

²⁶⁸ Jones K (1960), S. 7; Crammer JL (1994), S. 106

im Jahr 1850, um auf 91 im Jahr 1910 anzusteigen, entsprechend einem Anstieg der Zahl der hierin untergebrachten Patienten von 7.140 (1850) auf 97.580 (1910). Auf die Bevölkerung umgerechnet bedeutete das eine Zunahme von 160 (1859) auf 366 (1909) untergebrachte Patienten je 100.000 Einwohner,²⁶⁹ also eine ähnlich überproportionale Zunahme der Geisteskranken wie in den USA. Die Folge war, daß die Anstalten ebenfalls bald unter einer spürbaren Überfüllung litten, welche sich zunehmend verschärfte.²⁷⁰

Kritik im 19. Jahrhundert, wie in Deutschland, vermochte nur begrenzt die Lage zu verbessern: Das 1863 veröffentlichte Buch „Bargeld: Ein Tatsachenroman“²⁷¹ erregte zwar die Gemüter der Öffentlichkeit, wie andere um diese Zeit herum veröffentlichte Bücher,²⁷² doch erwachsen hieraus nur wenig überdauernde Psychiatrieveränderungen. Ein Grund kann sein, daß sich in der Öffentlichkeit neben der Angst vor psychiatrischen Mißbräuchen und einer Abscheu vor schlechten Versorgungsbedingungen in der Psychiatrie auch starke Ängste vor psychisch Kranken fanden.²⁷³

Doch es kam auch zu Verbesserungen im Laufe des 19. Jahrhunderts, teils unabhängig von der Psychiatriekritik. Zwangsmaßnahmen wurden zum Beispiel zunehmend kritisch gesehen, und der englische Arzt *John Connolly* (1794–1866) erlangte Bekanntheit durch sein „No-restraint-System“, welches er ab 1839 in der Hanwall Anstalt (bei London) auf breiter Basis anwandte.²⁷⁴ Auch andere „humanere“ Behandlungsformen wie die Abschaffung des Einsperrens im „Fisherton House Asylum“ im Jahre 1861 oder das Offentürsystem, welches im Jahre 1870 im „Fife and Kinrose Asylum“ eingeführt wurde und eine (weitestgehende) Abschaffung geschlossener Stationen bedeutete, waren entscheidende Psychiatrieverbesserungen, die weltweit Anerkennung fanden und als Orientierung dienten.²⁷⁵

²⁶⁹ Blasius D (1986), S. 59-60. Die letztere Zahlen, d.h. 160 (1859), bzw. 366 (1909) Geistesranke je 100.000 Einwohner umschließen neben der sehr großen Gruppe der in öffentlichen Anstalten hospitalisierten Patienten auch die in Privat- und Familienpflege befindlichen Patienten.

²⁷⁰ Parker RR et al (1993), S. 96. Die Zahlen aus der 1851 eröffneten Anstalt Rainhill („Rainhill County Asylum“) im Bezirk Lancashire zeigt diese Entwicklung auf: Von ursprünglich 638 Patienten wuchs der Patientenbestand auf 2.029 Insassen (1900) an und noch weiter auf 3.000 Anstaltsinsassen im Jahre 1936.

²⁷¹ Reade C (1863)

²⁷² Z.B. *Charlotte Brontës* „Jane Eyre“ (1847) oder *Wilkie Collins* „The Woman in White“ (1869).

²⁷³ Jones K (1960), S. 22-25

²⁷⁴ Bennett D (1991), S. 322. Das „No-restraint-System“ sah Freiheit von Zwangsmaßnahmen vor, weil diese als kontraproduktiv zur Genesung angesehen wurden. Es verbreitete sich in Großbritannien und anderen westlichen Ländern im Laufe der nächsten Jahrzehnte.

²⁷⁵ Bennett D (1967)

Das 1890 erlassene Irrengesetz („Lunacy Act of 1890“) war als Verbesserung der Versorgung gedacht, was jedoch aufgrund der zahlreichen und detaillierten Regelungen nur bedingt zutraf. Die problematisch gelöste Aufnahmepraxis war nur einer der negativen Aspekte, und gemäß der britischen Psychiatriehistorikerin *Kathleen Jones* wurden die Anstalten durch das Gesetz eher zu Verwahreinrichtungen degradiert denn verbessert.²⁷⁶ Die Patientenzahlen stiegen unbeirrt weiterhin an, und so waren vor dem Ersten Weltkrieg mehr als 100.000 Patienten in Anstalten untergebracht. Mit dem Einsetzen dieses Krieges kam es auf vielen Feldern zu weiteren deutlichen Verschlechterung wie z.B. eine Personalverknappung,²⁷⁷ und die Anstalten, aufgrund ihrer Größe gelegentlich auch als „Mammutinstitute“ bezeichnet, prägten, wie in anderen Ländern, um 1918 herum das Bild der Psychiatrieversorgung.²⁷⁸

Verbessernde Regelungen, wie das Einrichten eines staatlichen Gesundheitsministeriums („Ministry of Health“) wurden im Jahr 1919 und die Regulierung der pflegerischen Ausbildung („Nurses' Registration Act“) im selben Jahr, eingeführt – eine Wendung zum Besseren schien einzusetzen. Auch das 1930 erlassene Geisteskrankenbehandlungsgesetz („Mental Treatment Act“) kann als ein Meilenstein bezeichnet werden, weil die Einweisungspraxis verbessert, das Einrichten ambulanter Kliniken anempfahlen und administrative Erleichterungen vorgenommen wurden.

Doch der ab 1939 folgende 2. Weltkrieg mit seinem Ressourcen-, Geld- und Personenbedarf ließ die Reformen für die Dauer des Krieges verebben.²⁷⁹ Er brachte viele, auch psychoanalytisch orientierte Psychiater nach Großbritannien wie *Anna Freud*, *Melanie Klein*, *Michael Balint* usw., die nicht genau zu beziffernde, aber sicherlich große Impulse in die britische Psychiatrie brachten.²⁸⁰ Nach dem Ende des Krieges setzten erneut wichtige interne Reformen ein, und ab 1954 sank die Zahl stationärer Patienten.²⁸¹

²⁷⁶ Jones K (1960), S. 93. „Dieses [Gesetz] hatte zur Folge, daß Anstalten nicht mit Frühformen und den meisten Formen leichter oder akuter Fällen zu tun hatten. Ihre Arbeit wurde vorwiegend eine verwahrende“, so die Autorin in ihrem Text über das 1890 erlassene Gesetz. Problematisch war auch, daß Laienrichter zu bestimmen hatten, wer eingewiesen wurde und wer nicht.

²⁷⁷ Clarke L (1993), S. 530. Die Personalverknappung war sowohl quantitativer als auch qualitativer Art: Viele junge Briten meldeten sich für den Kriegsdienst, und es fehlte an adäquatem Ersatz.

²⁷⁸ Scull A (1991b), S. 156

²⁷⁹ Clarke L (1993), S. 530-531

²⁸⁰ Freeman H (1996), S. 325. Die britische Psychiatrie erfuhr durch diesen Zustrom wichtige Impulse auf Jahrzehnte hinaus, aber auch eine stärkere psychoanalytische Orientierung als ehemals.

²⁸¹ Brooke EM (1962), S. 1211

Spätestens hier begann die Enthospitalisierung. Folgende Faktoren waren u.a. wichtig, die Psychiatrielandschaft in den 40er und 50er Jahren unzukrempeln:

(1) Das Öffnen von psychiatrischen Stationen und damit die Umsetzung einer freiheitlicheren Behandlung und Unterbringung der Geisteskranken wurde implementiert und wirkte sich positiv auf den Zustand Langzeituntergebrachter aus. Den Anfang machte das Dingleton Krankenhaus (in der Kleinstadt Melrose) im Jahr 1949, danach folgten andere Krankenhäuser wie das Mapperley Krankenhaus (Nottingham) im Jahr 1953, das Warlingham Park Krankenhaus (südöstlich von London) im Jahr 1954 und andere.²⁸²

(2) Das „Worthing Experiment“, ab 1957 in der englischen Küstenstadt Worthing durchgeführt, setzte auf eine intensivierete außerklinische Versorgung. Die Erfolge wurden als vielversprechend angesehen: „Unsere Erfahrung in Worthing haben uns überzeugt, daß für einen Großteil der Geisteskranken die stationäre Aufnahme unnötig ist und daß die außerklinische Versorgung völlig ausreichend und effektiv ist“.²⁸³

(3) Tageskliniken („Psychiatric Day Hospitals“) gewannen nach dem Zweiten Weltkrieg stark an Bedeutung. So wurde 1946 im englischen Hampstead eine erste Tagesklinik betrieben, um ab 1954 unter dem Namen „Malborough Tagesklinik“ englandweit bekannt zu werden. *Joshua Bierer*, ein nach England zwangsemigrierter österreichischer Psychiater, hatte maßgeblich an ihrer Errichtung mitgewirkt.²⁸⁴ Bis Ende der 50er Jahre bestanden mehr als 40 solcher Einrichtungen in Großbritannien.²⁸⁵

(4) Rehabilitationsbemühungen in Form betrieblicher Arbeit wurden in den 1950ern verstärkt eingesetzt mit z.T. sehr positiven Studienergebnissen.²⁸⁶ Die britischen Ärzte „erkannten, daß die Arbeit innerhalb des Krankenhauses allein nicht ausreichend war. Sie bemühten sich deswegen darum, die Kranken nicht nur zu aktivieren, sondern auch zu

²⁸² Clarke L (1993)

²⁸³ Carse J et al (1958), S. 40

²⁸⁴ Clarke L (1997). *Bierer* sah sich, etwas unbescheiden, als Begründer der britischen Sozialpsychiatrie.

²⁸⁵ Bierer J (1959), S. 901-902

²⁸⁶ Wing JK et al (1959)

rehabilitieren, d.h. sie nach Möglichkeit zu einem normalen Leben (was immer hier normal heißen mag) zurückzuführen“.²⁸⁷

(5) Eine Reihe von Büchern und Veröffentlichungen zu Themen wie die „Therapeutische Gemeinschaft“ (1953),²⁸⁸ tatsächlicher Anteil der Krankenhausbedürftigen unter den Hospitalisierten (1958),²⁸⁹ nachstationärer Anpassung entlassener Psychiatriepatienten (1958)²⁹⁰ usw. erschienen in den 1950er Jahren und steigerten das Bewußtsein für die Anstaltsproblematik. Auch antipsychiatrische Schriften und die vielen in den USA erschienenen Artikel und Bücher, wie schon oben angesprochen, regten die britische Öffentlichkeit und Fachwelt zu Veränderungen und Diskussionen an.²⁹¹

(6) Die Schaffung eines einheitlichen, staatlichen Gesundheitssystems im Juli des Jahres 1948 hat schwer zu beziffernde Veränderungen bewirkt. Das Gesundheitsgesetz aus dem Jahre 1946 („National Health Service Act 1946“) schuf das staatliche Gesundheitssystem NHS („National Health Service“). Psychiatrische Dienstleistungen wurden hierin zu einem integralen Teil des NHS, d.h. die Psychiatrie verstärkt in die somatische Medizin integriert. Mit Hilfe finanzieller Zuwendungen und dieser Umstrukturierung konnten so neue komplementär-nachsorgende Einrichtungen erbaut, Personal aufgestockt und Dienstleistungen ausgeweitet werden.

(7) Eine weitere Umstrukturierung des britischen Gesundheitssystems im Jahr 1959 mittels des Geistesgesundheitsgesetzes („Mental Health Act“) veränderte ebenfalls auf schwer zu beziffernde Art und Weise das britische Psychiatrieversorgungssystem.²⁹²

All diese Faktoren führten dazu, daß sich vom Patientenhöchststand des Jahres 1954 eine kontinuierliche Abnahme von jährlich etwa 1,3% einstellte. Im Gegensatz zu den USA verlief diese Abnahme kontinuierlich in dieser Quotenspanne fort. Die britische

²⁸⁷ Degkwitz R et al (1973), S. 510

²⁸⁸ Jones M (1953)

²⁸⁹ Garratt FN et al (1958)

²⁹⁰ Brown GW et al (1958)

²⁹¹ Berlim MT et al (2003). *Berlim* bietet einen kleinen Überblick über antipsychiatrische Schriften.

²⁹² Lavender A et al (1988), S. 13

Enthospitalisierung kann wahrlich nicht als eine Hauruckenthospitalisierung bezeichnet werden. Entsprechend den Patientenzahlen, sank auch die Bettenmeßziffer langsam, aber stetig, von ihrem Höchststand von 3,44 Betten je 1.000 Einwohner im Jahr 1954 auf 1,63 je 1.000 Einwohner im Jahre 1988.²⁹³ Im Jahr 2001 lag sie bei 0,63 je 1.000 Einwohner.²⁹⁴

In den 1980er Jahren taten sich vielfach Bestrebungen auf, die Psychiatriekrankenhäuser zu schließen.²⁹⁵ In diesem Kontext waren bis zum Jahr 1993 mehr als 39 Krankenhäuser geschlossen worden, darunter bekannte wie das „Barnstead Psychiatriekrankenhaus“ (1986), das „Friern Psychiatriekrankenhaus“ (1993) oder das „Bethel Psychiatriekrankenhaus“ (1993).²⁹⁶ Zwei Psychiatriekrankenhäuser Nord-Londons, das „Friern Krankenhaus“ und das „Claybury Krankenhaus“ wurden seit 1983 bei diesem Schließungsprozeß von einer Gruppe von Wissenschaftlern statistisch begleitet, wobei diese Studie als eine der frühesten Enthospitalisierungsstudien gilt. Ihr zufolge stieg durch die Enthospitalisierung die Zufriedenheit der Patienten bezüglich ihrer Lebenssituation. Auch ihre sozialen Kontakte zu Freunden und Bekannten vergrößerten sich, und es besserten sich die Negativsymptome.²⁹⁷ Für die Enthospitalisierungsbefürworter galt diese Studie als eine Bestätigung, daß der Weg hin zu einer (britischen) Gemeindepsychiatrie der richtige sei.

Auch eine Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung ist weitestgehend eingetreten – die Größe eines Sektors liegt zumeist zwischen 25.000 bis 180.000 Einwohner. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind ebenfalls aufgebaut, betreute Wohngruppen eingerichtet und ein differenziertes Versorgungssystem ist etabliert worden.²⁹⁸ Es ist unsicher, ob diese Entwicklung weitergehen wird oder eine „Reinstitutionalisierung“ aus noch unklaren Gründen eintritt.²⁹⁹ Ggf. wird aber auch in Großbritannien die Enthospitalisierung vertieft werden müssen.³⁰⁰ Wie in anderen

²⁹³ Rössler W et al (1994a), S. 428

²⁹⁴ Priebe S et al (2005), S. 124

²⁹⁵ Jones K (1991), S. 27

²⁹⁶ Bennett DH et al (1995)

²⁹⁷ Leff J et al (1996)

²⁹⁸ Becker T et al (1998)

²⁹⁹ Priebe S et al (2003)

³⁰⁰ Goldberg D (1999)

Ländern, ist auch in Großbritannien hinsichtlich der Enthospitalisierung noch vieles offen und Verbesserungspotential zu konstatieren.

III.4. Allgemeines zur Enthospitalisierung

Die Enthospitalisierung – die „Rückführung von Langzeitpatienten aus dem stationären Bereich in die Gemeinde“³⁰¹ – war, wie schon im Vorkapitel skizziert, ein psychiatrisch-gesellschaftlicher Vorgang, der zu einer Differenzierung der Psychiatrieversorgung vom Anstaltswesen hin zu einem breit gefächerten Versorgungsnetz führte. Sie setzte in vielen westlich-industrialisierten Ländern in der zweiten Jahrhunderthälfte des 20. Jahrhunderts ein, in der BRD ab Ende der 1950er Jahre. Dabei unterschieden sich jedoch international die Zeitabläufe, der Beginn und das Tempo, wie auch die Rahmenbedingungen der Enthospitalisierung.³⁰² Darüberhinaus bestehen bis heute noch eine Reihe regionaler Verschiedenheiten fort, die wohl als Folge von kulturellen Eigenheiten, Sprachgrenzen und geschichtlichen, wie auch gesellschaftlichen Besonderheiten anzusehen sind.³⁰³ Selbst in Ländern mit gleicher Sprache, großen geschichtlichen Gemeinsamkeiten und einem sich ähnelnden geographischen Raum, wie bei der BRD und der DDR, ist die Enthospitalisierung aufgrund der jeweils dort herrschenden Umständen anders abgelaufen.³⁰⁴

Doch bei einem internationalen Vergleich lassen sich nichtsdestotrotz Ähnlichkeiten bei den Zielvorstellungen feststellen. Sie umfassen insbesondere folgende drei Ziele:³⁰⁵

(1) Es galt, die zumeist großen, überbelegten Psychiatriekrankenhäuser/Anstalten zu verkleinern und die Zahl der stationären Krankenhausbetten zu senken.³⁰⁶ Diese Größe und Überbelegung rührte zum Teil daher, daß die psychiatrischen Krankenhäuser mit einer Reihe von chronischen Kranken und Insassen gefüllt waren, die nur im entfernten

³⁰¹ Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988), S. 621

³⁰² Rössler W et al (1994a)

³⁰³ Eine bundesdeutsche Enthospitalisierung muß von einer „italienischen“, einer „österreichischen“, einer „spanischen“ usw. Enthospitalisierung unterschieden werden. Vgl. Monsorno A (1997) (Italien); Pedrosa GF et al (2000) (Spanien); Zechmeister I et al (2004) (Österreich) für Enthospitalisierungsbeispiele aus verschiedenen Ländern.

³⁰⁴ Schmiedebach H-P (2000)

³⁰⁵ Priebe S et al (1996), modifiziert.

³⁰⁶ Lorenzen D (1984)

Sinne einer psychiatrischen Versorgung bedurften und als „fehlplaziert“³⁰⁷ galten (z.B. geistig Behinderte, Demente). In manchen Psychiatriekrankenhäusern wurden 60-80% der Betten für die Aufbewahrung von langfristig Hospitalisierten genutzt.³⁰⁸

(2) Die psychiatrischen Unterbringungs- und Versorgungsbedingungen der Psychiatriekrankenhäuser bedurften dringend einer Verbesserung. Sie galten vor Beginn der Enthospitalisierung häufig als katastrophal.³⁰⁹ Die Enthospitalisierung sollte positivere Versorgungsumstände und eine bessere Lebensumwelt in den verbleibenden psychiatrischen Krankenhäusern gewährleisten.

(3) Darüberhinaus lagen die Psychiatriekrankenhäuser zumeist abseits der Bevölkerungszentren, und ein Heranrücken an die Gesellschaft, auch um das Abreißen von familiären und persönlichen Bindungen zwischen den psychisch Kranken und der Gesellschaft zu minimieren, wurde gefordert. Die Anstalten sollten „familiarisiert“ und „demokratisiert“ werden.³¹⁰ Es sollte statt einer „Anstaltspsychiatrie“ eine „Gemeindepsychiatrie“ vorherrschen.³¹¹

So wie man über die einzelnen Länder hinweg diese Zielvorstellungen allgemein ausmachen kann, so ähnelte sich auch länderübergreifend das Ergebnis des Enthospitalisierungsprozesses: Eine dezentrale, sektorisierte, auf ambulante Betreuung fußende Psychiatrieversorgung. Da fast ausschließlich westlich-industrialisierte Staaten, welche demokratisch-orientierte, das Individuum betonende, kapitalistische, pluralistische Gesellschaften besitzen, diese Entwicklung durchlaufen haben, kann eine

³⁰⁷ Jakubaschk J et al (1980). Die Autoren sprachen von 36% „Fehlplazierung“ in ihrer Untersuchung, wobei die Kriterien einer „Fehlerplazierung“ in anderen Studien zu deutlich anderen Werten führten.

³⁰⁸ Böker W (1982)

³⁰⁹ Finzen A et al (1979), S.51. Im 2. Kapitel sind z.B. die im Zwischenbericht angesprochenen „elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ genannt worden. Vgl. auch Merguet H (1955) für detailliert enumerierte Therapie- und Personalmängel und Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquete) (1975) für nähere Erläuterungen zu fehlender Privatsphäre, der Überfrachtung von Patientenzimmern mit Patientenbetten und Patienten, dem Nichtvorhandensein ausreichender sanitärer Anlagen etc.

³¹⁰ Zutt J (1966)

³¹¹ Dörner K et al (1979)

Kausalität zwischen diesem Prozeß und dieser Gesellschaftsform postuliert werden.³¹² Unter diesen Gesellschaften spielte die englischsprachige Welt, v.a. Großbritannien und die USA, eine Vorreiterrolle bei der Enthospitalisierung.

Kommunistische Länder und Entwicklungsländer durchliefen hingegen nur begrenzt derartige Enthospitalisierungsentwicklungen. Bei den Entwicklungsländern kann wiederum gemutmaßt werden, daß das Fehlen einer umfassenden modernen Psychiatrieversorgung eine Hauptrolle hierbei spielt.³¹³ Bei den kommunistischen Ländern kann hingegen vermutet werden, daß eine totalitäre Komponente mitentscheidend gewesen sein mag.³¹⁴ Zahlenmäßig wenige Psychiatriekrankenhäuser unterliegen leichter einer Kontrolle als eine diversifizierte und dezentrale Versorgungsstruktur.³¹⁵

Nichtsdestotrotz gab es Reformbemühungen im Ostblock. Beispielsweise führte die Volksrepublik Polen in den 70er Jahren die psychiatrische Sektorisierung ein,³¹⁶ in der UdSSR fand eine Differenzierung statt wie z.B. das Entstehen „narkologischer“ Unterbereiche für die Behandlung Suchtkranker³¹⁷ und in der DDR kam es zur Erarbeitung der schon an anderer Stelle erwähnten Rodewischer Thesen.³¹⁸ Im Vergleich zum umfassenden Prozeß der Enthospitalisierung im Westen wirken diese Reformbemühungen jedoch eher wie Teilreformen, denn sie beließen das Anstaltssystem großteils intakt.

Erst mit dem Zusammenbruch und Auflösung des Warschauer Paktes und der Sowjetunion sind Veränderungen eingetreten, um das „existierende Modell der Krankenhausversorgung allmählich mit dem der Gemeindeversorgung“ zu ersetzen.³¹⁹

³¹² Scull A (1977); Kersting F-W (1998)

³¹³ Klecha D et al (2004). Die zitierte Arbeit zeigt das Fehlen einer ausgebauten (modernen) Psychiatrieversorgung in einem afrikanischen Land (Nigeria) auf und soll pars pro toto für Entwicklungsländer stehen.

³¹⁴ Insgesamt scheint es wenig Fachliteratur im deutschsprachigen Raum zur Enthospitalisierung in der sozialistischen und sogenannten Dritten Welt zu geben. Vgl. u.a. Süß S (1998); Leiß M et al (2001), S. 10-11; Schmidt-Michel P-O et al (2004).

³¹⁵ Bloch S et al (1984). So kam es auch tatsächlich zu politischen Mißbräuchen der UdSSR-Psychiatrie, die ihr vorgeworfen wurde, weshalb sie im Januar 1983 aus dem Weltverband für Psychiatrie (WPA) austrat.

³¹⁶ Puzyński S et al (2001)

³¹⁷ Poloshij B et al (2001), S. S59. Wobei natürlich das ausufernde Alkoholproblem der UdSSR hier Mitverursacher für die Entstehung von Narkologieeinheiten gewesen sein mag.

³¹⁸ Loos H (1992)

³¹⁹ Puzyński S et al (2001), S. S 72

Die DDR und die BRD stehen beispielhaft für diese Ost-West-Diskrepanz und auch dafür, wie diese überwunden werden kann.

III.5. Schwierigkeiten des Begriffes „Enthospitalisierung“

Es scheint keine einheitliche Definition für den Begriff „Enthospitalisierung“ im deutschsprachigen Raum zu geben.³²⁰ Dennoch verwendet eine Vielzahl von Autoren diesen Begriff, bleibt jedoch zumeist eine Definition schuldig – ein Zustand, der verwirrend wirken kann.³²¹ Erschwerend für eine Begriffsbestimmung ist weiterhin, daß er als „ideologisch vermint“ gilt und damit einer kritischen Auseinandersetzung nicht unumschränkt zugänglich ist.³²²

Insgesamt lassen sich v.a. folgende Hauptschwierigkeiten im begrifflichen Umgang und Inhalt aufzeigen:

(1) Es mangelt an einer einheitlichen und klaren Definition. Stattdessen bestehen vor allem autoren- und textspezifische Bedeutungen des Enthospitalisierungskonzeptes, und was für den einen Autor unter „Enthospitalisierung“ verstanden wird, mag für den anderen nur bedingt der Fall sein. Dieses verleiht dem Begriff eine gewisse konzeptionell-inhaltliche Vagheit.³²³

(2) Der Ursprung des Begriffes „Enthospitalisierung“ ist unklar, d.h. seine Entstehung sowohl aus etymologischer als auch konzeptioneller Sicht. Auch seine Ersterwähnung ist nicht dokumentiert und schwer nachzuvollziehen in der deutschsprachigen Literatur.

³²⁰ Einige Beispiele sollen dieses belegen. So findet sich bei Krüger G et al (1993), S. 63, folgendes: „Mit der Bezeichnung *Enthospitalisierung* sind allgemein alle Bemühungen angesprochen, die der Aufhebung oder Vorbeugung von Hospitalismuserscheinungen dienen“. Egli J (1999): Die Enthospitalisierung ist „die Wiederherstellung normalisierter Lebensumstände für Menschen mit Behinderungen nach langdauerndem Aufenthalt in Psychiatrischen Krankenhäusern“. Hoffmann K-M (2003), S. 16: Enthospitalisierung ist „die Auflösung der alten Landeskrankenhäuser, die Entlassung der dort zum Teil langjährig behandelten Patienten, die Rückführung dieser Menschen an ihren ursprünglichen Lebens- und Wohnort und ihre wohnortnahe Behandlung und Betreuung. Impliziert stand der Begriff aber gleichzeitig für Fortschritte in der Psychiatrie, Strukturwandel des Versorgungssystems, Erproben neuer Behandlungs- und Versorgungsformen, ja manchmal sogar für Humanität in der Psychiatrie schlechthin“. Die Vielfalt ließe sich anhand weiterer Beispiele fortsetzend aufzeigen.

³²¹ Beispiele solch eines Verwenden des Enthospitalisierungsbegriffes ohne Definition finden sich z.B. bei Franz M et al (2001a), S. S95; Bramesfeld A (2003), S. 319; Haberfellner EM et al (2006), S. 74-75.

³²² Heilemann H (2001), S. S90

³²³ Kallert TW et al (2004), S. 447

(3) Es herrscht eine verwirrende Vielfalt an Formulierungen und Wörtern vor, welche den Vorgang der Enthospitalisierung beschreiben. Dabei muß eine „vorbegriffliche Zeit“ (1959-1988) von einer „nachbegrifflichen Zeit“ (1988-heute) unterschieden werden: Während in der „nachbegrifflichen Zeit“ das Wort „Enthospitalisierung“ zunehmend Bekanntheit und Gebrauch erfuhr, verwandte man in der „vorbegrifflichen Zeit“ mangels eines Begriffes eine Reihe von Umschreibungen wie zum Beispiel „Umstrukturierungsprozeß“, „Reformprozeß“³²⁴ oder „Veränderungen der psychiatrisch hospitalisierten Bevölkerung“ zur Beschreibung der Enthospitalisierung.³²⁵ Obwohl sich nach 1988 der Begriff „Enthospitalisierung“ allmählich durchsetzte, sind bis heute noch Alternativwörter und –begriffe in der Fachliteratur anzutreffen, wie z.B. das recht häufige „Deinstitutionalisierung“³²⁶ oder die selteneren Begriffswörter „Entinstitutionalisierung“³²⁷ oder „Dehospitalisierung“.³²⁸ Unklar ist das Verhältnis dieser Begriffe zueinander, was gerade bei gleichzeitigem Vorkommen in dem selben Text Schwierigkeiten bereiten kann.³²⁹ Andere Begriffe wie „Transinstitutionalisierung“³³⁰ oder „Reinstitutionalisierung“³³¹ bedürfen auch noch einer Ortung.

³²⁴ Reimer F (1985), S. 161

³²⁵ Heinrich K et al (1977), S. 578

³²⁶ Bspw. bei Fiore M et al (1991); Becker T (1995); Rössler W et al (1996a); Angermeyer MC (2000); Werner W (2000); Zechmeister I et al (2004); Eikelmann B et al (2005a+b)

³²⁷ Z.B. Rudas S (1990), S. 209: „Eine zahlenmäßig kleine Gruppe von Patienten ist zwar ‘psychiatrisch’ enthospitalisiert, jedoch nicht entinstitutionalisiert worden“.

³²⁸ Fiore M et al (1991)

³²⁹ Hier seien einige Textstellen mit gleichzeitiger Verwendung von Begriffen wie „Deinstitutionalisierung“ und „Enthospitalisierung“ erwähnt. Z.B. Leiß M et al (2001), S.11: „Obwohl der Deinstitutionalisierungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, scheint es angezeigt, nach nunmehr fast 10-jährigem Verlauf Ergebnisse dieser Umstrukturierungsmaßnahmen zu dokumentieren. (Leider war eine eigentlich wünschenswerte begleitende Evaluation der mit der Wende beginnenden Enthospitalisierung auf Grund der Geschwindigkeit und Dynamik der politischen Umwandlungsprozesse nicht zu realisieren.)“. Eikelmann B et al (2005a), S. 664-665: „Die klassische sozialpsychiatrische Hypothese, dass soziale Integration automatisch durch Enthospitalisierung geschehe, hat sich [...] überlebt. [...] Die vor einigen Jahren von Munk-Jorgensen ausgelöste Debatte um die Frage, ob die Deinstitutionalisierung zu weit gegangen sei, hatte ihren Hintergrund im massiven Bettenabbau. [...] Im Lichte des neuen weiteren Kontextes muss die Frage aber erlaubt sein, ist die Deinstitutionalisierung (des gemeindepsychiatrischen Ansatzes) überhaupt weit genug gegangen?“. Für den Leser bleibt unklar, welche Konnotation den jeweiligen Begriffen gegeben wird und inwieweit sich die „Deinstitutionalisierung“ von der „Enthospitalisierung“ unterscheidet.

³³⁰ Haberfellner HM et al (2004), S.196

³³¹ Krüger G et al (1993), S. 68; Dörner K (1997)

(4) Das Verhältnis des Begriffes „Enthospitalisierung“ zum englischen Begriff „deinstitutionalisation“³³² ist schwer einzuordnen. Da eine überwältigende Mehrzahl deutschsprachiger Wissenschaftler „Enthospitalisierung“ mit „deinstitutionalisation“ übersetzt, wird eine Gleichheit angedeutet, die einer Überprüfung noch harret.

(5) Obwohl Wissenschaftler mit englischer Muttersprache fast ausschließlich das Wort „deinstitutionalisation“ in ihrer Fachliteratur gebrauchen – mit ganz wenigen Ausnahmen³³³ – haben einige nichtenglische Muttersprachler im Englischen das Wort „dehospitalisation“ verstärkt angewandt.³³⁴ Ob dieses ein sekundäres Übersetzungsphänomen, d.h. Folge einer Übersetzungsnachlässigkeit, oder tatsächlich Folge einer begrifflich-namentlichen Diskussion im englischsprachigen Raum ist,³³⁵ ist ungeklärt. Dieses könnte Rückwirkung auf das deutsche „Enthospitalisierung“ als Begriff haben.

Es kann nicht Aufgabe meiner Arbeit sein, diese begrifflichen Schwierigkeiten zu lösen. Eine gründliche Analyse und ggf. Lösung dieser Probleme muß einer späteren Arbeit vorbehalten bleiben. Eine Kenntnis dieser Umstände erlaubt jedoch, die Schwierigkeit besser zu sehen, mit welcher alleine schon das Herangehen an eine Analyse der Enthospitalisierungsdiskussion behaftet ist. Daher soll eine Begriffsentstehungsgeschichte und eine grobe, für die Zwecke dieser Arbeit ausreichende Definition der „Enthospitalisierung“ als Fundament gegeben werden, auf dem die Enthospitalisierungsdiskussion dann untersucht werden kann.

III.6. Begriffsentstehung und Definition

Der Begriff „Enthospitalisierung“ hat eine junge Geschichte und ist insbesondere seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts in zahlreichen deutschsprachigen Veröffentlichungen anzutreffen. Sein erstmaliges Auftreten ist jedoch nicht belegt und bleibt, trotz intensiver Recherche, schwer nachzuvollziehen. So konnte als früheste und ggf. erste Erwähnung

³³² Während die Nordamerikaner (USA, Kanada) das Wort „deinstitutionalization“ mit „z“ schreiben, gebrauchen die Briten und britischgeprägten Englischsprechende das „s“-Wort „deinstitutionalisation“.

³³³ Barton GM (1975); Sussman S (1998); Geller JL (2000a); Geller JL (2000b)

³³⁴ Krüger G et al (1993); Gollmer E et al (1991); Eikermann B et al (2005a)

³³⁵ Geller JL (2000a), S. 41. Einige englischmuttersprachliche Autoren bevorzugen das Wort „dehospitalization“ vor dem gängigen „deinstitutionalization“, stellen jedoch eine deutliche Minderheit dar.

das Jahr 1988 eruiert werden, nämlich in der Schrift „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung“.³³⁶ Doch es ist schwer vorstellbar, daß nicht schon eine frühere deutschsprachige Erwähnung stattgefunden hat angesichts der Tatsache, daß der englische Begriff „deinstitutionalisation“ schon in den 1970er Jahren Einzug in die englischsprachige Fachliteratur hielt.

Anfänglich bestand eine Art Dualismus zwischen dem (jüngeren) Begriff „Enthospitalisierung“ und dem englischinspirierten (älteren) „Deinstitutionalisierung“ als Synonyme desselben Konzeptes. Doch gerade in den letzten Jahren hat sich der Enthospitalisierungsbegriff weitestgehend durchgesetzt. Dieses mag u.a. daran liegen, daß der Begriff „Enthospitalisierung“ den Wandlungsprozeß geeigneter zu beschreiben scheint: Er bezeichnet in erster Linie eine Patientenbewegung heraus aus Psychiatriekrankenhäusern und ein Schwächer- und Wenigerwerden der Stellung des Krankenhauses in der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Die „Deinstitutionalisierung“ hingegen beschreibt vom Wortsinn her eine Patientenbewegung heraus aus Institutionen – „de“ und „institutio“ – und hin zu Nicht-Institutionen. Da jedoch die meisten enthospitalisierten Patienten die Institution „Krankenhaus“ mit einer anderen Institution wie z.B. ein Wohnheim, betreutes Wohnen, eine Tagesklinik u.ä. tauschten, ist der Begriff „Deinstitutionalisierung“ oftmals, im wörtlichen Sinne verstanden, inkorrekt. In der englischen Sprache ist diese Kritik gegenüber „deinstitutionalisation“ auch schon angebracht worden.³³⁷

Dem Begriff, der den Enthospitalisierungsprozeß beschreibt, liegt ein multidimensionales Konzept zugrunde. Die US-Amerikanerin *Bachrach* unterscheidet beispielsweise begrifflich-inhaltlich drei Komponenten: Eine Prozeß-, eine Tatsachen- und eine Ideologiekomponente. Das heißt, daß der Begriff sowohl eine sich selber stets ändernde Entwicklung und damit etwas Prozeßhaftes beschreibt, wie auch etwas Tatsächliches, d.h. die Fakten hinter dem abgelaufenen Enthospitalisierungsvorgang, als auch eine

³³⁶ Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988), S. 621; S. 671. In den Jahren vor 1988 wurden entweder die im Text schon genannten Umschreibungen wie „Reformprozeß“ u.ä. gebraucht oder der Begriff „Deinstitutionalisierung“.

³³⁷ Geller JL (2000a), S. 41

bestimmte Weltanschauung und Meinungsbild, eine Ideologie, welches hiermit verbunden ist.³³⁸

Berücksichtigt man diese angesprochenen Aspekte, ergibt sich für meine Arbeit folgende Definition der „Enthospitalisierung“, die drei wesentliche Bedeutungsinhalte umfaßt:

(1) Er meint die Entlassung stationärer Langzeitpatienten, die, diagnoseunabhängig, mindestens ein Jahr daueruntergebracht waren, aus psychiatrischen Krankenhäusern. Dabei umfaßt dieses nicht nur die Überführung in andere Institutionen (Heim, Tagesklinik usw.), sondern auch die Entlassung in eigenständiges Wohnen und Familienpflege, wie auch die als fehlerhaft anzusehende Entlassung in die Obdachlosigkeit.³³⁹

(2) Er beinhaltet das Errichten gemeindenaher Strukturen, z.B. Tages- und Nachtkliniken, Ambulanzen, Betreutes Wohnen, Wohn- und Pflegeheime etc., welche die Versorgung für die enthospitalisierten Patienten übernehmen.

(3) Zusätzlich bedeutet er den Wunsch nach, sowie die Umsetzung einer Verbesserung der stationären Versorgungsbedingungen, sowie auch das Einrichten einer sektorierten Psychiatrieversorgung und dezentraler Strukturen, wie z.B. psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Zusammen mit diesen Enthospitalisierungsentwicklungen wurden eine Reihe von öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen zur Entstigmatisierung und Erhöhung der Toleranz gegenüber Geisteskranken durchgeführt.³⁴⁰ Diese werden jedoch in dieser Arbeit nicht unter dem Begriff der „Enthospitalisierung“ zu zählen sein.

³³⁸ Bachrach LL (1981), S. 54-57. *Bachrach* entwickelte ihre begriffliche Dreigliederung am amerikanischen „deinstitutionalization“. Da meiner Ansicht nach dieser in sehr vielen Aspekten deckungsgleich mit dem deutschen „Enthospitalisierung“ ist, kann ihr Modell auf den deutschen Begriff übertragen werden.

³³⁹ Rössler W et al (1994c). Nicht nur die „Enthospitalisierung“ in die Obdachlosigkeit wurde von so manchem Autor kritisiert, sondern auch die „Transinstitutionalisierung“, d.h. die Verlagerung der daueruntergebrachten Geisteskranken von der Institution „Psychiatriekrankenhaus“ in die Institution „Heim“.

³⁴⁰ Werner W (1998); Finzen A (2000); Angermeyer MC (2004)

Kapitel IV: Geschichte der Neuroleptika und Schizophreniebegriff

IV.1. Einleitung

In das für viele deutschsprachige Psychiatricversorgungs-systeme noch schwierige Jahr 1952 – der Nachhall des verlorenen Krieges mit Menschen- und Territoriumsverlust,³⁴¹ des Todes und der Emigration von etwa 600 Psychiatern³⁴² und den vielfältigen Verstrickungen der Psychiatrie mit dem Nationalsozialismus,³⁴³ sowie das Entstehen des totalitären DDR-Staates³⁴⁴ seien stichwortartig genannt – fiel, am Anfang weitestgehend unbemerkt, die „Einführung“, bzw. „Entdeckung“,³⁴⁵ des ersten Neuroleptikums, Chlorpromazin. Auf einem Kongreß der französischen und französischsprachigen Neurologen und Psychiater, der vom 21.-27. Juli in Luxemburg stattfand, wurde erstmals seine psychiatrische Wirkung einem größeren Kreis publik gemacht. In drei Vorträgen referierten der Psychiater *Jean Delay* und der Pariser Sorbonne-Professor *Pierre Deniker* über den Einsatz des Chlorpromazins als psychisch wirksame Substanz.³⁴⁶ Diese Vorträge markierten den „Eintritt in das Pionierzalter der Pharmakopsychiatrie“, wie von einigen titulierte,³⁴⁷ das selbst heute noch, mehr als 50 Jahre später, scheinbar wenig seiner Dynamik verloren hat.³⁴⁸

IV.2. Vorgeschichte des Chlorpromazins

Unter vielen Psychiatern wird jener luxemburgische Kongreß oftmals als Geburtsstunde der neuroleptischen Behandlung angesehen. Das ist nur bedingt richtig. Denn die Geschichte der Neuroleptika begann de facto zu einem früheren Zeitpunkt, und oftmals werden andere entscheidende und an seiner Geschichte maßgeblich beteiligte

³⁴¹ de Zayas A (2005)

³⁴² Peters UH (1999)

³⁴³ Schmuhl H-W (2000). Z.B. wurden hirmorphologische Forschungen an Gehirnen von Opfern des „Euthanasieprogrammes“ an Geisteskranken durchgeführt. Dieses steht beispielhaft für die Verzahnung von Wissenschaft und NS-Unrecht in der diktatorischen Ära Deutschlands 1933-1945.

³⁴⁴ Süß S (1998)

³⁴⁵ Auch wenn im Text von einer „Einführung“ und „Entdeckung“ des Chlorpromazins gesprochen wird, so wird weiter unten ersichtlich, daß Chlorpromazin schon seit mindestens 1950 bekannt war. Es handelt sich bei der als „Einführung“ und „Entdeckung“ titulierte Jahreszahl 1952 folglich weniger um eine erstmalige Entdeckung, denn die Verbreitung einer Idee, nämlich daß Chlorpromazin als Monotherapie bei psychiatrischen Krankheiten eingesetzt werden kann.

³⁴⁶ Delay J et al (1952a); Delay J et al (1952b); Delay J et al (1952c)

³⁴⁷ Heinrich K (1994b), S. 33

³⁴⁸ Gerlach J (2002)

Wissenschaftler wie der französische Militäarchirurg *Henri-Marie Laborit*, die Militärpsychiater *Joseph Hamon*, *Jean Paraire* und *Jean Velluz*, die alle vier Anfang der 1950er Jahre am französischen Krankenhaus Val-de-Grâce tätig waren, nicht erwähnt.³⁴⁹

Die Ursprünge der Neuroleptika selber reichen weit zurück bis ins 19. Jahrhundert: Aus Substanzen aus der deutschen Farbindustrie stellte der Heidelberger Chemiker *August Heinrich Bernthsen* (1855-1931) die Gruppe der Phenothiazine her. Es handelte sich chemisch gesehen um eine Substanzgruppe mit einem Dreiringsystem. Man stellte im Laufe der Zeit diverse Wirkungen wie z.B. gegen Insekten und Malaria gerichtete und antihelminthische, sehr spät auch antihistaminerge, Eigenschaften fest. Zusätzlich konstatierte man gewisse zentralnervöse (Neben-)Effekte, wie beispielsweise eine ausgeprägte Müdigkeit, Dösigkeit und eine narkotisierende und schmerzhemmende Wirkung.³⁵⁰ Die gemeinsame Gabe mit Barbituraten verstärkte deren anästhesierenden Effekt,³⁵¹ eine Beobachtung, die als Grundlage der noch bis heute verwandten Neuroleptanalgesie diente. Die Phenothiazingruppe wurde stetig weiterentwickelt und Mitte des 20. Jahrhunderts Chlorpromazin synthetisiert.³⁵²

Dessen Erstherstellung erfolgte 1950 in den Laboratorien der französischen Firma Rhône-Poulenc (R.P.). *Paul Charpentier*, einem dort tätigen Chemiker, gelang die Chloridierung der Substanz Promazin im Dezember des Jahres 1950: Das Produkt, zunächst unter seinem Firmennamen 4560 R.P. bekannt, erlangte alsbald als Chlorpromazin, bzw. Chlorpromazin, Weltruhm.³⁵³

Der französische Militäarchirurg *Henri-Marie Laborit* und der Anästhesist *P. Huguenard* setzten diesen Wirkstoff im Jahr 1951 als Zusatzanästhetikum bei ihren Operationen ein, um die körperliche Reaktion auf einen operativen Eingriff zu vermindern. Sie waren sehr positiv von den Wirkungen des 4560 R.P. angetan und veröffentlichten ihre Ergebnisse in den Jahren 1951 und 1952.³⁵⁴ Neben spasmolytischen, temperatursenkenden, anti-

³⁴⁹ Pichot P (1996) Der Grund dieses Nichterwähns soll u.a. in persönlichen Animositäten zwischen der Pariser St-Anne Gruppe (*Delay, Deniker*) und der Val-de-Grâce Gruppe (*Laborit, Hamon, Paraire, Velluz*) gelegen haben. Dieses soll auch ein wesentlicher Grund gewesen sein, warum keiner der Forscher, obwohl nominiert und als aussichtsreiche Kandidaten angesehen, den Nobelpreis für ihre Entdeckungen erhielt.

³⁵⁰ Ratschow M (1953)

³⁵¹ Winter CA (1948)

³⁵² Swazey JP (1974), S. 22-60. Dieser Text erläutert ausführlich die Geschichte des Chlorpromazins.

³⁵³ Jacobsen E (1986)

³⁵⁴ Laborit H et al (1951); Laborit H et al (1952)

emetischen und anticholinergen stellten sie auch neurologisch-beruhigende Eigenschaften fest. Daraus folgerten sie, eher am Rande, daß sich „bestimmte Indikationen eines Einsatzes als Psychiatriemittel [vorhersehen lassen]“.³⁵⁵

Während einer Mahlzeit in der Kantine des „Hôpital Val-de-Grâce“ überzeugte *Laborit* daher seine Kollegen aus der Neuropsychiatrie, das Mittel 4560 R.P. (Chlorpromazin) an psychiatrischen Patienten zu probieren.³⁵⁶ Das Ergebnis war ein sehr positives: Ein 24-jähriger manischer Patient beruhigte sich innerhalb kürzester Zeit nach Gabe des Mittels und konnte drei Wochen später entlassen werden. Am 25. Februar des Jahres 1952 wurde dieses beeindruckende Resultat auf einer Sitzung der „Société Médico-Psychologique“ von *Jean Paraire* vorgestellt. Der Vortrag endete mit der Aussage: „Es ist wahrscheinlich, daß wir eine Palette an psychodynamischen Produkten gefunden haben, welche die psychiatrische Therapie bereichern werden“.³⁵⁷

Andere französische Krankenhäuser erprobten nun ebenfalls den Einsatz dieses Mittels. Der psychiatrische Chefarzt *Pierre Deniker* verschaffte sich z.B. mehrere Proben der Substanz 4560 R.P., und zusammen mit dem schon eingangs erwähnten Psychiatrieprofessor *Jean Delay* wandte er es in Monoverabreichung nur wenige Wochen nach dem Vortrag von *Jean Paraire* in Paris an. Sie konstatierten positive Ergebnisse bei agitierten und psychotischen Patienten, wobei sie etwas höhere Dosen (75-100 mg per diem) einsetzten. Insgesamt sechs Veröffentlichungen tätigten diese beiden Forscher zwischen Mai und Juli 1952,³⁵⁸ wobei sie die „ganglioplegischen und zentralen Effekte“ des Mittels für die bessernde Wirkung verantwortlich machten.³⁵⁹ Als historischer Moment ihres produktiven wissenschaftlichen Forschens in jenem Jahr scheint rückblickend der eingangs erwähnte luxemburgische Kongreß im Juli 1952 gewesen zu sein. Eine Geburtsstunde der Neuroleptika im eigentlichen Sinne war er jedoch nicht.

³⁵⁵ Laborit H et al (1952), S. 208. An dieser Stelle sei der Satz im Original wiedergegeben: „Ces faits laissent prévoir certaines indications de l'emploi du produit en psychiatrie“.

³⁵⁶ López-Muñoz F et al (2005). In meinem Text wird gelegentlich von 4560 R.P. anstelle des sich später durchgesetzten Namens Chlorpromazin gesprochen, um den (frühen) Originaltexten Rechnung zu tragen, die oftmals noch ersteren verwandten.

³⁵⁷ Hamon et al (1952), S. 334-335. Der Patient erhielt neben Chlorpromazin auch Elektroschocks und das Opiat Pethidin, so daß hier keine Monotherapie vorlag, wie das bei *Delay et alii* später der Fall war.

³⁵⁸ López-Muñoz F et al (2005), S. 120

³⁵⁹ Delay J et al (1952d), S. 112. Mit „ganglioplegisch“ ist eine an Gangliensynapsen blockierende Wirkung des Chlorpromazins/4560 R.P. gemeint, die als Wirkmechanismus postuliert wurde.

IV.3. Frühe Jahre der Neuroleptika

- Tabelle 11 -

Markteinführung einiger neuroleptischer Substanzen in den 1950er Jahren,
nach *Siepmann M et al (2001)*,³⁶⁰ *Hippius H et al (1958)*³⁶¹

Jahr der Markteinführung	Wirkstoff
1954	Mepazin
1955	Meprobramat
1955	Perazin
1955	Chlorperazin
1956	Lävopromazin
1956	Methoxypromazin
1956	Trifluoromethylpromazin
1956	Promazin
1957	Perphenazin
1957	Thiomethylpromazin
1957	Acetylpromazin
1958	Trifluperazin
1958	Chlorprothixen
1958	Haloperidol
1959	Clozapin

Der Wirkstoff Chlorpromazin erlangte nach 1952 eine rasche Ausbreitung und Bekanntheit: Unter den Markennamen Megaphen® (BRD, Österreich), Largactil® (Schweiz, Frankreich), Propaphenin® (DDR) bzw. Thorazine® (USA, England) war er in kürzester Zeit eine nicht mehr wegzudenkende Säule der Therapie in der Psychiatrie geworden. Im Jahre 1955 prägten *Delay* und *Deniker* den Begriff „Neuroleptie“ als sie versuchten, die gemeinsame neurologisch-beruhigende Wirkung Reserpins und

³⁶⁰ Siepmann M et al (2001), S. 398

³⁶¹ Hippius H et al (1958), S.585-587

Chlorpromazins zu beschreiben³⁶² – der Gruppenname „Neuroleptika“ fand hierdurch Einzug in die europäische Psychiatrie.³⁶³

Viele Veröffentlichungen, Symposien und Forschungsarbeiten widmeten sich dieser neuen Medikamentengruppe, wobei Chlorpromazin am meisten Aufmerksamkeit genöß. Das Largactil-Symposium an der psychiatrischen Universitätsklinik Basel am 28. November 1953 unterstreicht das schon von früh an vorherrschende große Interesse am Wirkstoff Chlorpromazin, bzw. der Neuroleptika,³⁶⁴ wobei noch größere Symposien in Philadelphia und Paris alsbald folgten.³⁶⁵

Es gab viele Weiterentwicklungen innerhalb der Neuroleptikagruppe [siehe *Tabelle 11*]. Chlorpromazin büßte zwar bald seine monopolartige Stellung ein, doch spielte es noch jahrzehntelang eine wesentliche Rolle sowohl in der Therapie als auch als eine Meßlatte und Vergleichssubstanz für spätere Neuroleptika.³⁶⁶ Selbst heute findet es noch Anwendung.

Diese 1952 beginnende „Neuroleptikaära“ schien zugleich die „Psychopharmakologie-ära“ einzuläuten. Obwohl schon im 19. Jahrhundert wichtige psychowirksame Substanzen wie z.B. Morphin (1806), Chloralhydrat (1832) und Atropin (1833) synthetisiert und das Wort „Pharmakopsychologie“ am Ende des 19. Jahrhunderts vom in Dorpat, Heidelberg und München lehrenden Psychiatrieprofessor *Emil Kraepelin* (1856-1926) geprägt worden war,³⁶⁷ kam dem Begriff der Ära der Psychopharmakologie seit 1952 eine neue Bedeutung zu. Denn es kam zu einer „stürmischen Entwicklung pharmakologischer Therapieformen [...], die die nosologischen Konzepte und die Vorstellungen über die Entstehungsbedingungen von Krankheiten (biochemische Grundstörung) in der Psychiatrie wie in keinem anderen Fach prägte“.³⁶⁸ Neben den Neuroleptika kamen im Laufe der 50er und 60er Jahre andere Wirkgruppen hinzu und vergrößerten dramatisch die Therapieoptionen der Psychiater: Das Reserpin (ab 1954),

³⁶² Simkó A et al (1961), S. 231

³⁶³ Die Nordamerikaner lehnten den Gruppennamen „Neuroleptika“ mehrheitlich ab. Stattdessen wurde von „tranquilizers“, später von „major tranquilizers“ und „antipsychotics“ gesprochen. Vgl. López-Muñoz F et al (2005), S. 118-119.

³⁶⁴ Haffter C (1955). Auch Reserpin spielte in den 1950er Jahren eine wichtige, wenngleich kleinere Rolle.

³⁶⁵ Labhardt F (1957)

³⁶⁶ Haase H-J (1963). Man unterteilte die Neuroleptika durch einen Vergleich mit Chlorpromazin in solche mit schwacher, mittelstarker, starker und sehr starker neuroleptischer Potenz.

³⁶⁷ Müller U et al (2006)

³⁶⁸ Siepmann M et al (2001), S. 397

die große Gruppe der Antidepressiva (ab 1957) oder der Benzodiazepinen (ab den frühen 60er Jahren), um nur einige zu nennen. *Tabelle 12* gibt einen Überblick:

-Tabelle 12-

Ausgewählte Medikamente der Psychopharmakologie und deren Entdeckungsjahr,
nach *Siepmann M et al* (2001)³⁶⁹, *Heinrich K* (1994)³⁷⁰

Entdeckungsjahr	Wirkstoff
1903	Barbital
1949	Lithium
1952	Chlorpromazin
1954	Reserpin
1957	Imipramin
1958	Haloperidol
1959	Clozapin
1960	Chlordiazepoxid
1963	Diazepam
1971	Carbamazepin
1986	Fluoxetin

Das Therapieren mittels Tablette (und/oder Spritze) wurde bei vielen Krankheiten zur Routine, z.B. bei Depressionen (Imipramin, Haloperidol), Schizophrenie (Chlorpromazin), Epilepsie (Diazepam) oder der Manie (Chlorpromazin, Lithium).

Die Neuroleptika – im umfassenderen Sinn: Die Psychopharmaka – verbreiteten sich rasch. Ihre positive therapeutische Wirkung scheint mitbestimmend hierfür gewesen zu sein. Doch auch dem Vermarktungswillen und –geschick der pharmazeutischen Industrie wird eine nicht unwesentliche Rolle zugesprochen.³⁷¹ An anderer Stelle ist außerdem aufgezeigt worden, daß therapeutischer Wandel, wozu auch der Übergang in die

³⁶⁹ Siepmann M et al (2001), S. 401

³⁷⁰ Heinrich K (1994b), S.31

³⁷¹ Moncrieff J (1999)

Neuroleptikaäara gerechnet werden kann, in der Psychiatrie als ein komplexer Prozeß vielfältiger Faktoren zustande kommt, in dem neben wissenschaftlichen zumindest auch gesellschaftliche Faktoren eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen.³⁷²

Es darf aber trotz aller Erfolge nicht vergessen werden, daß somatische Behandlungsverfahren in der Psychiatrie, wozu auch die Neuroleptika zählen, noch keine endgültige Heilung bedingen. Ihre Gefährlichkeit ist zwar geringer im Vergleich zur persönlichkeitsverändernden und manchmal fatal endenden Lobotomieoperationen oder die mit recht hohen Todesziffern behaftete Insulinkomatherapie. Doch Nebenwirkungen der Neuroleptika wie die Dyskinesien, die teils irreversibel sind,³⁷³ zwingen ebenfalls zu einem vorsichtigen Abwägen zwischen einem möglichen Nutzen gegenüber einem eventuell stark beeinträchtigenden Schaden. Das maligne Neuroleptikasyndrom ist zwar ein seltenes, aber höchst lebensgefährliches Ereignis, und schränkt den Gebrauch der Neuroleptika ein,³⁷⁴ wie auch die Agranulozytose bei den atypischen Neuroleptika.³⁷⁵ Außerdem ist jüngst in einer großangelegten Studie – die CATIE-Studie – aufgezeigt worden, daß die größte Mehrheit der Patienten, die Neuroleptika einnehmen, diese aufgrund Therapieversagens oder Nebenwirkungen innerhalb von 18 Monaten absetzen.³⁷⁶ Noch weitere Probleme lassen sich anführen.³⁷⁷ Weiterentwicklungen, die diese Probleme beseitigen, wären begrüßenswert.

IV.4. Schizophrenie: Der Begriff und seine Geschichte

Durch diese Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychopharmakologie profitierten viele psychisch Kranke und deren Krankheitsbehandlung; gerade die Schizophrenie wurde eine Hauptindikation der Neuroleptika. Noch 1911 hatte der am Zürcher Burghözli tätige Psychiater *Eugen Bleuler* (1857-1939) die Schizophreniebehandlung folgendermaßen

³⁷² Scull A (1994)

³⁷³ Kulenkampff C et al (1956). Die Erstbeschreibung war im Jahr 1956 durch *Caspar Kulenkampff*, wobei manche Autoren als Erstbeschreibung eine andere Arbeit, nämlich *Schönecker M* (1957) nennen.

³⁷⁴ Krauseneck T et al (2007)

³⁷⁵ Siepmann M et al (2001)

³⁷⁶ Lieberman JA et al (2005). CATIE steht abgekürzt für „Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness“, eine an 1493 schizophrene Patienten an 57 US-Zentren durchgeführte doppelblinde, randomisierte Studie, die eine medikamentöse Abbruchquote von insgesamt 74% innerhalb von 18 Monaten Therapiedauer feststellte.

³⁷⁷ Charlton BG (2006)

beschrieben: „Sagen wir es uns ganz offen, *wir kennen bis jetzt keinen Eingriff, der die Krankheit als solche zur Heilung oder nur zum Stillstand bringen könnte*“.³⁷⁸

Dabei war es zu *Bleulers* und *Kraepelins* Zeit schon eine großartige Leistung gewesen, den Begriff und das Krankheitskonzept der Schizophrenie geprägt zu haben. Denn die Schizophrenie war seit mehr als einem Jahrhundert Anlaß vieler Kontroversen gewesen, die bis heute noch nicht verstummt sind.³⁷⁹ So sind beispielsweise bei den vier Hauptuntergruppen, d.h. der paranoiden, hebephrenen und katatonen Schizophrenie und der Schizophrenia simplex die Gruppengrenzen, wie auch teilweise einige der Gruppen selbst nicht unumstritten.³⁸⁰

Obwohl sich klar als Schizophrenie erkennbare Krankheitsbeschreibungen spätestens seit Anfang des 19. Jahrhunderts aufzeigen lassen, blieb die Namensgebung lange Zeit unklar, wie auch die Ursache und die Pathophysiologie dieser „Form des Wahnsinnes“.³⁸¹ 50 Jahre später, im Jahre 1860, prägte der Franzose *Benedikt Morel* (1809-1873) mit seiner Fallbeschreibung den Begriff „*démence précoce*“,³⁸² der durch *Kraepelin* unter dem latinisierten Namen als „*Dementia praecox*“ Ende des 19. Jahrhunderts³⁸³ popularisiert und mehrere psychiatrische Krankheitstypen unter diesem Konzept zusammengeführt wurden,³⁸⁴ wobei angemerkt werden muß, daß *Kraepelins* eigentliche Rolle in der Psychiatrie und sein „Erbe“ nicht ganz unumstritten sind.³⁸⁵

³⁷⁸ Bleuler E (1911), S. 381. Hervorhebung durch den Autor *Eugen Bleuler* selbst.

³⁷⁹ Howells JG (1991); Häfner H (1995); Süllwold L (1995); Braus DF (2005)

³⁸⁰ Alanen YO (2001). So wird beispielsweise in der ICD-10 die Diagnosestellung der Schizophrenia simplex abgeraten.

³⁸¹ Sedler MJ (1991). Die jeweils erstbeschreibenden Autoren waren *John Haslum* (1764-1844) und der Franzose *Philippe Pinel* (1745-1826).

³⁸² Morel B (1860), zitiert nach Sedler MJ (1991), S. 55. Hier ein Auszug aus dieser Fallbeschreibung: „Der junge Patient vergaß zunehmend alles, was er einst erlernt hatte und sein ehemals brillanter Geist erlag einem beunruhigenden Stillstand. Eine Art Erstarrung, typisch für Stumpfsinn, trat an die Stelle der früheren Aktivität. Ich wußte, daß die unaufhaltbare Veränderung hin zu einen Zustand vorzeitiger Verblödung („*démence précoce*“) vorwärts schritt“.

³⁸³ Kraepelin E (1899). Der Begriff wurde schon 1891 von *Arnold Pick* (1851-1924) in einem Fallbericht benutzt und 1896 von *Kraepelin* in weiterentwickelter Form popularisiert. Das hier zitierte Lehrbuch wird als Quelle angegeben, weil es meines Erachtens nach das „*Dementia praecox*“-Konzept adäquat beschreibt.

³⁸⁴ Stransky E (1953), S. 320. Dieser umfaßte die *Heckersche* „Hebephrenie“ (flache und unangemessene Gefühlslage, Inkohärenz, Fehlen eines systematisierten Wahns), die *Kahlbaumsche* „Katatonie“ (motorische Sperrungszustände mit Stupor und Negativität, die dann wiederum von unkontrollierter psychomotorischer Erregung unterbrochen sind) und die unter anderem von *Daraszkiwicz* beschriebenen „paranoide Zustände“ (Größenwahn). 1913 kam die „*Dementia simplex*“ hinzu.

³⁸⁵ Engstrom EJ et al (2007a+b); Jablensky A (2007)

Doch das Konzept der *Dementia praecox* zu Anfang des 20. Jahrhunderts blieb Gegenstand regelmäßiger Kritik; so wurde beispielsweise die schwer greifbare Diagnosestellung, wie auch der im Krankheitsnamen implizierte, aber in Wirklichkeit nur in einer Minderzahl der Fälle auftretende, negative Verlauf bemängelt.³⁸⁶ Eine wesentliche Weiterentwicklung gelang *Eugen Bleuler*, der den modernen Begriffsnamen der „Schizophrenie“ prägte. Assoziationsstörungen, Affektstörungen, Autismus und Ambivalenz wurden als wesentliche Symptome aufgefaßt; das Problem des Schizophrenen wurde letztlich in einem gestörten Denken gesehen.³⁸⁷

Auf dieser Grundlage des modernen Schizophrenieverständnisses kamen noch eine Reihe weiterer Veränderungen zustande. Beispielhaft seien die von *Karl Jaspers* (1883-1969) vorgebrachten phänomenologischen Aspekte oder die Kriterien 1. und 2. Ranges des Psychiaters *Kurt Schneider* (1887-1967) genannt.

Auch wenn das heutige Schizophrenieverständnis und die Diagnostik auf vielen dieser historischen Konzepte basiert, so ist die gegenwärtige Einteilung stetig weiterentwickelt worden und orientiert sich heutzutage in Deutschland (und vielen anderen Ländern) maßgeblich am international erarbeiteten Katalog „International Classification of Diseases 10“ (ICD-10). Es werden darin neun Symptomgruppen angeführt, von denen ein Symptom von einem der ersten vier Symptomgruppen und mindestens zwei Symptome aus den Symptomgruppen fünf bis acht vorhanden sein müssen für die Diagnosestellung der Schizophrenie. Die Symptomgruppe neun ist der *Schizophrenia simplex* vorbehalten.³⁸⁸

Klassischerweise werden bei der Schizophrenie die Symptome in Positiv- (Übersteigerungen des normalen Erlebens) und Negativsymptome (Einschränkungen des normalen Erlebens) eingeteilt. Häufige Positivsymptome sind inhaltliche Denkstörungen wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Ich-Störungen wie Gedankeneingebung, Gedankenentzug und –ausbreitung und motorische Unruhe. Häufige Negativsymptome

³⁸⁶ Stransky E (1953), S. 320. „Mindestens muß man präzisere Kriterien verlangen als es damals die *Kraepelin*'sche Schule getan hat [...] Man fühlte mehr als man erkannte, daß in der Grundsymptomatik der von *Kraepelin* zusammengefaßten Formen irgendein gemeinsamer Generalnenner sei; *Kraepelin* hat ihn zu definieren versucht, und seine Schüler versuchten es mit ihm. Doch diese Definitionen erwiesen sich nicht als restlos tragfähig“, wie der Psychiater *Stransky* die inhärenten Konzeptprobleme schilderte.

³⁸⁷ Bleuler E (1911)

³⁸⁸ WHO (1992). In USA und einigen hieran orientierten Ländern wird das psychiatrische Klassifikationsschema/Katalog DSM-IV verwandt.

sind hingegen kognitive Defizite wie Perseveration, Idiolalie oder Verarmung des sprachlichen Ausdruckes, dynamische Entleerung wie Affektverflachung, Antriebsarmut oder Motivationsmangel und motorische Defizite. Insgesamt kann daher konstatiert werden, daß die Schizophrenie eine als ernst und mit vielen v.a. kognitiven Einschränkungen verbundene Krankheit anzusehen ist.³⁸⁹

IV.5. Aktuelle Forschungslage zur Schizophrenie

Die Schizophrenie wird auch heute noch in vielen ihrer Facetten unzureichend verstanden. Ihre Ätiologie ist ebenso ungelöst wie Möglichkeiten einer Heilung oder ihre Pathophysiologie. Epidemiologische Forschungen haben erst bedingt Antworten zu geben vermocht.³⁹⁰ Die modernen somatischen Therapieformen, wozu auch die neuroleptische Therapie zählt, vermochten bisher bestenfalls symptomatische Erleichterung herbeizuführen. Eine Beendigung neuroleptischer Therapie führt oftmals zum Wiederauftreten der Symptome. So war schon eines der frühen Ergebnisse der Neuroleptikauntersuchungen die Feststellung, daß „unter denjenigen, welche [auf Neuroleptika, PJ] ansprachen, ein sofortiger Entzug von Chlorpromazin einen Rückfall herbeiführte“.³⁹¹

Biologische Modelle haben in den letzten Jahrzehnten verstärkt an Bedeutung gewonnen. So wird zum Beispiel der verspätete Beginn der Schizophrenie beim weiblichen Geschlecht³⁹² durch einen protektiven Effekt der Östrogene zu erklären versucht.³⁹³ Genetischen Einflüssen wird eine wesentliche Rolle für die Schizophrenieentstehung nachgesagt, und so spricht beispielsweise eine Untersuchung davon, daß 80% der Varianz der Schizophrenie auf Gene zurückzuführen ist.³⁹⁴ Im Gegenzug verlieren psychogene Erklärungsmodelle an Bedeutung, und Schlagwörter wie die der schizophrenogenen Mutter,³⁹⁵ der Doppelbindungstheorie („double-bind“)³⁹⁶ oder eines

³⁸⁹ Gottman II (1993)

³⁹⁰ Jablensky A (2000). Selbst die angegebenen Inzidenzraten von 0,16-0,42 und Prävalenzraten von 1,4-4,6 je 1.000 Einwohner sind noch Anlaß für Diskussionen.

³⁹¹ Trethowan WH (1955), S. 785

³⁹² Huber G et al (1979), S. 351-352

³⁹³ Huber G (2005)

³⁹⁴ McGuffin (2004) P, S. S189

³⁹⁵ Fromm-Reichmann F (1959)

³⁹⁶ Bateson et al (1956)

schizophreniefördernden Einflusses durch einen (aggressiven) Vater³⁹⁷ geraten zusehends in den Hintergrund. Stattdessen werden Gene, welche die Schizophrenie verursachen, gesucht,³⁹⁸ sowie schizophrenogene Viren³⁹⁹ oder saisonale Faktoren, welche die schizophrene Psychosenhäufung von in Winter- und Frühjahrsgeborenen erklären hilft.⁴⁰⁰ Andere Wissenschaftler mutmaßen gar hirnmorphologische Veränderungen; so wird zum Beispiel gemutmaß, daß die Schizophreniesymptome Folge einer Hirnvolumenabnahme seien.⁴⁰¹

IV.6. Somatische Schizophreniebehandlung in präneuroleptischen Zeiten

Das Ziel einer Heilung bleibt bei der Therapie der Schizophrenie bis zum heutigen Tag unerreicht. Zwar haben sich die therapeutischen Möglichkeiten in den letzten 100 Jahren verbessert, dennoch bleibt die Mehrzahl der an Schizophrenie Erkrankten lebenslang betroffen und ist auf eine kontinuierliche Therapie angewiesen. Die mittlerweile beachtliche Palette an therapeutischen Möglichkeiten ist immer noch nicht ausreichend: Neuroelektrische Therapie, Psychochirurgie, Wach- und Lichttherapie, Antidepressiva, Tranquilizer und Neuroleptika stehen heute v.a. zur Verfügung.⁴⁰²

In der Ära vor Einführung spezifischer somatischer Therapien – wobei Diskussionen bestehen, ob Neuroleptika oder Elektrokrampftherapie beispielsweise aufgrund ihrer z.T. sehr breiten Wirkweise überhaupt als „spezifische“ Therapie anzusehen sind⁴⁰³ – war die Behandlung der Schizophrenie, wie auch die anderer psychiatrischer Krankheitsbilder, bedrückend. Dem Nobelpreisträger *Julius Wagner von Jauregg* (1857-1940) gelang ein viel beachteter Fortschritt durch die Entdeckung der Fiebertherapie im Jahr 1917. Obgleich es sich hierbei um eine Therapieform handelte, die gegen eine spezifische Erkrankung mit klarer (infektiöser) Ätiologie gerichtet war – die Neurolyse – wurde sie als großer Fortschritt in der Psychiatrie gefeiert. „Die Malariatherapie [...] trug wesentlich zu einer Aktivierung der Therapie in unserem Fach bei, in welchem sich gerade in den letzten Jahrzehnten eine gewisse Stagnation, vielleicht auch eine Art Resignation

³⁹⁷ Erichsen F (1973a+b)

³⁹⁸ Harrison PJ et al (2003)

³⁹⁹ Bechter K (1998)

⁴⁰⁰ Franzek E (1998)

⁴⁰¹ Pajonk F-G et al (2005a), S. 162-163

⁴⁰² Heinrich K (1994a)

⁴⁰³ Scull A (1994)

bemerkbar gemacht hatte“, wurde 1976 rückblickend angemerkt.⁴⁰⁴ Die psychologische Wirkung dieser Entdeckung darf nicht unterschätzt werden.

Denn daß eine Resignation in vielen Anstalten Anfang des 20. Jahrhunderts vorherrschte, ist sehr gut vorstellbar: Die stete Patientenzahlzunahme auf der einen Seite, auf der anderen Seite das Fehlen spezifischer Behandlungsmöglichkeiten; hierdurch fanden Mittel wie Dauerbäder oder Bettbehandlung breite Anwendung, wobei die hiermit erzielten Ergebnisse bescheiden waren. Jahr für Jahr wurden viele neue Therapieformen erprobt, die jedoch zumeist erfolglos waren und rasch wieder in Vergessenheit gerieten.⁴⁰⁵

Der unter *Eugen Bleuler* tätige Arzt *Jakob Kläsi* (1883-1980) tat einen großen Schritt als er 1920 die „Dauernarkose“-Behandlung schizophrener Patienten entdeckte.⁴⁰⁶ Mittels Somnifen (wäßrige Lösung von diäthyldipropenyl-barbitursäurem Diäthylamin) war es ihm gelungen, bei seinen 26 behandelten Fällen zum Teil deutliche Symptombesserung zu erzielen. Die Wirksamkeit der Behandlung, weil nur bedingt in späteren Untersuchungen zu reproduzieren, wurde jedoch weithin kontrovers beurteilt.⁴⁰⁷

Wenige Jahre später gelang *Manfred Sakel* (1900-1957) mit seiner Insulinkurbehandlung ein ähnlicher Erfolg. In Zusammenarbeit mit dem in Wien tätigen Psychiatrieprofessor *Otto Pötzl* (1877-1962) setzte er das 1921 gefundene Insulin zur Behandlung psychotischer, vornehmlich schizophrener, Patienten ein. Ein nicht ganz ungefährliches hypoglykämische Koma erzeugte eine Besserung des Geisteszustandes. 1935 veröffentlichte *Sakel* diese Ergebnisse in seiner Monographie „Die Convulsionstherapie der Schizophrenie“. Doch sie blieb umstritten,⁴⁰⁸ wie weiter unten im Kapitel erläutert wird.

Ladislav von Meduna (1896-1964) forschte in den 30er Jahren ebenfalls an einer symptombessernden Behandlungsform durch Krampfbehandlung: 1934 beschrieb er die Campherkrampfbehandlung⁴⁰⁹ und 1935 die Cardiazolkrampfbehandlung,⁴¹⁰ bei der ein Anfall durch chemische Substanzen verursacht wurde. Es traten z.T. dramatische

⁴⁰⁴ Von Keyserlingk H (1976), S. 326

⁴⁰⁵ Ebenda, S. 328

⁴⁰⁶ Kläsi J (1922), S. 558-559

⁴⁰⁷ Angst J (1969)

⁴⁰⁸ Bourne H (1953)

⁴⁰⁹ Von Meduna L (1934), S. 339

⁴¹⁰ Von Meduna L (1935)

Symptombesserung ein, aber die Behandlung war nur schlecht zu steuern. Außerdem schreckten unangenehme Nebenwirkungen wie qualvolle Angstzustände, die im Rahmen der Behandlung auftraten, viele Patienten und Psychiater von ihr ab.

Die elektrisch erzeugte Krampftherapie, 1938 erstmalig von *Ugo Cerletti* (1877-1963) eingesetzt,⁴¹¹ wurde daher als ein Fortschritt empfunden. Langjährige Vorarbeit und Tierexperimente waren dem Einsatz vorausgegangen.⁴¹² Sie wird bis heute, trotz dauernder Weiterentwicklung, noch immer von einzelnen Psychiatern unterschiedlich bewertet.⁴¹³

Auch auf chirurgischem Gebiet wurden neue Wege bei der Behandlung psychisch Kranker, darunter v.a. schizophrene Patienten, beschritten. *Egas Moniz* (1874-1955) gelang die Ein- und Durchführung der Leukotomie, wofür er 1949 den Nobelpreis erhielt. Durch alkoholische Injektionen und chirurgische Schnitte führte er mit seinem portugiesischen Kollegen *Almeida Lima* die zerebrale Leukotomie durch. Sie lädierten präfrontale Verknüpfungen, welche sie als wesentlich für die Krankheitsentstehung ansahen.⁴¹⁴ Trotz einiger positiver Ergebnisse blieb sie jedoch aufgrund ihrer invasiven Natur, der dauerhaft bestehenden Persönlichkeitsveränderungen, Gedächtnis- und Hirnleistungsausfällen, sowie oftmals bestehender Funktionseinschränkungen sehr umstritten und verlor, mit Einführung weiterer somatischer Verfahren, ab den 1950er Jahren an therapeutischer Bedeutung.⁴¹⁵

Noch viele weitere somatische Behandlungsverfahren wurden erprobt, wie *Tabelle 13* veranschaulicht. Doch nur sehr wenige dieser somatischen Behandlungsformen fanden jemals breite psychiatrische Anwendung. Es beeindruckt den heutigen Leser neben der eingesetzten Vielfalt auch die Gefährlichkeit vieler Therapieformen – Injektionen von Hirnsubstanz oder Kohlenstoffdioxidbehandlung konnten mit entsprechenden tödlichen Folgen verbunden sein.

⁴¹¹ Impastato DJ (1959), S. 1114

⁴¹² Thiele W (1972), S. 1180

⁴¹³ Scull A (1995a)

⁴¹⁴ Moniz E et al (1936), S. 585; Moniz E (1936a+b)

⁴¹⁵ Holden JMC (1970), S. 596

-Tabelle 13-Somatische Schizophrenietherapien 1920-1952 (Auszug), nach *Schmidt R (1957)*⁴¹⁶

Somatische Therapie	Erstanwendungsjahr	Beteiligte Forscher
Kokaingabe gegen Stupor	1921	<i>Berger</i>
Darmspülungen	1921	<i>Holmes</i>
Blut- und Seruminjektionen	1921	<i>Jacobi</i>
Hängemattenbehandlung	1926	<i>Tramer, Esther</i>
Kohlendioxydbeatmung	1926	<i>Loevenhart</i>
Lachgasbeatmung	1928	<i>Zádor</i>
Hyperventilation	1930	<i>Peters</i>
Atropingaben	1932	<i>Hoch, Mauss</i>
Lumbalpunktionen	1933	<i>Klimbe</i>
Injektionen von Hirnsubstanz	1934	<i>Choroschko</i>
Alkoholinjektionen	1935	<i>Kantorovich</i>
Kopfgalvanisation	1937	<i>Becker</i>
Stickstoffbeatmung	1938	<i>Himwich, Alexander</i>
Histamininjektionen	1938	<i>Hill</i>
Chininbehandlung	1938	<i>Kantorovic</i>
Urotopinbehandlung	1939	<i>Efremov, Chimanskaya</i>
Alkalisierende Therapie	1940	<i>Lavitola</i>
Kältetherapie	1941	<i>Fay, Smith</i>
Pervitin-Therapie	1942	<i>Belart</i>
Malononitrilinjektionen	1947	<i>Hyden, Hartelius</i>
Zwischenhirnröntgenbestrahlung	1949	<i>Solé-Sagarra</i>
Pantothensäurebehandlung	1952	<i>Lenz</i>

Spätestens mit dem 1939 beginnenden und sich ausweitenden Weltkrieg verlangsamte und stagnierte die internationale Forschung weitestgehend. Nach dem Krieg mußte dann

⁴¹⁶ Schmidt R (1957). Diese Tabelle stellt nur einen Auszug aller im Zeitraum 1920-1952 erprobten Therapieversuche dar.

Altes wieder neu entdeckt und aufgebaut werden. Erst 1952, der „Geburtsstunde“ der Neuroleptika, schien ein gelungener Neuanfang für die Schizophreniebehandlung und damit die Psychiatrie, in der die Schizophrenie eine große Krankheitsgruppe bildet, getan.

IV.7. Vergleich der somatischen Therapieformen

In den 1950er Jahren zählten zu den „wichtigsten biologischen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie“ vor allem drei Therapieformen: Die Elektrokrampftherapie (EKT), die Insulinschocktherapie (auch als Insulinkomatherapie (IKT) bekannt) und die seit 1952 zunehmend eingesetzten Neuroleptika.⁴¹⁷ Um alle drei Therapieformen gab es Kontroversen bezüglich ihrer Wirksamkeit und Nebenwirkungen, wobei die Neuroleptika den geringsten und die Insulinkomatherapie den größten Anlaß zu Kontroversen gaben.⁴¹⁸ Doch im Kontext ihrer jeweiligen Zeit gesehen, muß festgehalten werden, daß sie mehrheitlich als Fortschritt bewertet wurden.⁴¹⁹

Chronologisch betrachtet gilt die Insulinkomatherapie oft als die „erste erfolgreiche Behandlung der Schizophrenie“,⁴²⁰ wobei beide Attribute kritisch zu werten sind. Einerseits existierten schon vor 1921 Therapieoptionen für die Schizophrenie,⁴²¹ andererseits weil die frühen Ergebnisse, die von bis zu 70%-igen Remissionsraten sprachen,⁴²² in späteren Arbeiten nur sehr selten in solcher Höhe bestätigt werden konnten. Die IKT war nie unumstritten gewesen, wurde jedoch ab den 1950er Jahren Ziel besonders heftiger Kritik. Ein englischer Wissenschaftler bezeichnete sie beispielsweise 1953 als wirkungslos, als „Mythos Insulin“, und schlug damit hohe Wellen in der Fachliteratur: „Die Belege für den Wert der Insulintherapie sind nicht überzeugend. [...] Es gibt keinen Beweis für irgendeine spezifische therapeutische Wirkung und die Langzeitprognose wird überhaupt nicht beeinflusst.“⁴²³

⁴¹⁷ Pichot P (1960)

⁴¹⁸ Scull A (1994)

⁴¹⁹ Merskey H (1994)

⁴²⁰ Wortis J (1958), S. 288. Hervorhebung von *Peter Jurczyk*.

⁴²¹ Bleuler E (1911). Es muß angemerkt werden, daß die Therapieoptionen zumeist als suboptimal galten.

⁴²² Shepherd M (1994). Es muß jedoch angemerkt werden, daß diese Angabe einer 70%-igen Remissionsrate von ihrem Entdecker, *Manfred von Sakel*, stammten.

⁴²³ Bourne H (1953), S. 968

-Tabelle 14-

Behandlungsergebnisse einiger somatischer Therapien bei der Schizophrenie,
nach *Pichot P* (1960)⁴²⁴

Therapie	Zahl der Behandelten	% der sozialen Remission
Ohne Therapie	11.080	19%
Insulin	9.483	48%
Elektroschock	7.357	29%
Chlorpromazin	2.718	38%
Reserpin	1.269	25%

Ihren genauen Stellenwert einzuordnen ist angesichts ihres unklaren Behandlungserfolges daher ein schwieriges Unterfangen. So existiert eine Minderheit von Autoren, welche die IKT noch in den 1960er Jahren als wichtig und wirksam ansahen. So empfahl der Pariser Psychiater *Pichot* die IKT noch als eine der wirksamsten Therapieformen für die Behandlung der Schizophrenie im Jahre 1960. Er stütze sich dafür auf aus diversen Studien gesammelte Daten [siehe *Tabelle 14*].

Da jedoch einerseits diese Ergebnisse aus einer Vielzahl unterschiedlicher Studien, z.T. einzelnen Beobachtungen, zusammengetragen worden sind, ist diese tabellarische Zusammenfassung *Pichots* sehr kritisch und skeptisch zu betrachten und seine Ergebnisse daher nur sehr bedingt zu verwenden. Andererseits war gerade dadurch, daß spätere und methodisch oft moderneren Standards entsprechenden Studien nur geringe bis keine Wirksamkeit aufzeigten,⁴²⁵ die IKT hinsichtlich ihrer Wirksamkeit sehr kritisch anzusehen. Da sie auch als teuer, personell aufwendig und für den Patienten als gefährlich erachtet wurde, verlor sie ab Einführung der EKT und, viel stärker, ab Einführung der Neuroleptika stetig an Boden.⁴²⁶ Einige Untersuchungen zeigen zwar zwischen einer mit Chlorpromazin- und einer mit IKT behandelten Gruppe nur einen

⁴²⁴ Pichot P (1960), S. 736. Diese Tabelle wurde aus der Zusammenfassung vieler verschiedener Studien, Artikeln, Einzelbeobachtungen usw. erstellt, ist daher sehr heterogen und nur bedingt nutzbar.

⁴²⁵ Ackner B (1962), zitiert nach Angst J (1969), S. 2. 1962 erschien eine randomisierte, einfachblinde Studie an 66 Schizophrenen, die zwischen einer Kontrollgruppe (mit Barbituraten behandelt) und einer mit IKT behandelten Experimentgruppe keine Wirksamkeitsunterschiede aufzeigen konnte.

⁴²⁶ Angst J (1969)

geringfügigen Unterschied für die medikamentöse Gruppe,⁴²⁷ aber die große Mehrheit der Untersuchungen spricht sich doch zu deutlichem Gunsten gegenüber der medikamentösen Therapie aus.⁴²⁸ Auch eine Kombinationstherapie beider Methoden schien keine synergistischen Effekte zu bringen.⁴²⁹ Trotz dieser Tatsachen wurde in den 1950er und 1960er Jahren „das Aufgeben der Insulinbehandlung an vielen Stellen aufs lebhafteste bedauer[t]“.⁴³⁰

Mit der Elektrokrampftherapie verhielt sich der Sachverhalt etwas anders. Obgleich sie auch seit ihrer Einführung (1938) immer wieder kontrovers diskutiert worden war⁴³¹ – die wiederholte Anwendung zum Erreichen einer Symptombesserung, wie auch die Tatsache, daß sie bei Patienten Schmerzen (wenn nicht adäquat anästhesiert) und Angst, in Einzelfällen Hämatome, Frakturen oder gar Hirnblutungen durch Konvulsionen und Traumata verursachte,⁴³² machte sie unbeliebt – so war die EKT-Wirkung weniger umstritten als die IKT. Außerdem blieb sie deutlich länger, bis weit in die 1960er hinein, noch ein sehr wesentlicher Bestandteil der Schizophreniebehandlung⁴³³ und findet selbst heute noch Anwendung.⁴³⁴ Ihr Anteil an der Gesamtschizophreniebehandlung wurde für die 60er Jahre noch immer bei knapp 20%-25% veranschlagt.⁴³⁵

Wenige Studien ließen Zweifel an der Wirksamkeit der EKT-Behandlung aufkommen – wengleich es hier Ausnahmen gab⁴³⁶ – und allgemein sah man die EKT als einer reinen pflegerischen Psychiatriebehandlung überlegen.⁴³⁷ Auch im Verhältnis zur IKT galt die Elektroschocktherapie grundsätzlich als die zu bevorzugende Behandlungsform.⁴³⁸ Ihr

⁴²⁷ Fink M et al (1958), S. 1846

⁴²⁸ Boardman RH et al (1956). Eine Übersicht findet sich in Angst J (1969).

⁴²⁹ Angst J (1969), S. 2-3

⁴³⁰ Kalinowsky LB (1964), S. 9

⁴³¹ Scull A (1995a)

⁴³² Impastato DJ (1959). Ihr Entdecker *Ugo Cerletti* hat einst über die Elektroschocktherapie gesagt, daß sie „nicht eine Erfindung, sondern eine waghalsige Tat“ war. Tatsächlich war auch ihre Einführung im Jahre 1938 eine dramatische Handlung, und es ist zweifelhaft, ob eine Ethikkommission die (damalige) EKT unter heutigen Bedingungen je zugelassen hätte.

⁴³³ Angst J (1969), S. 6. Folgendes Zitat mag dieses veranschaulichen: „Im ganzen herrscht die Ansicht vor, daß die Elektroschocktherapie trotz Überwiegens der Pharmakotherapie nicht ersetzbar ist; viele messen der Elektrokrampftherapie einen besonderen Wert zu“.

⁴³⁴ Huber G (2005)

⁴³⁵ Meyer H-H (1967a), S. 136

⁴³⁶ Goller ES (1960), zitiert nach Davis JM (1965), S. 557. Es muß jedoch auch angemerkt werden, daß es bei der EKT schwierig war, doppelblinde randomisierte Bedingungen herzustellen aufgrund der für die Prüfer und Patienten offensichtlichen Verabreichungsform.

⁴³⁷ May PRA (1964), zitiert nach Angst J (1969), S. 7

⁴³⁸ Angst J (1969)

Verhältnis zur Neuroleptikatherapie war jedoch schwieriger einzuschätzen angesichts widersprüchlicher Daten. Manche Autoren sahen beide Methoden als gleich wirksam an,⁴³⁹ während andere Wissenschaftler eine kürzere Hospitalisierungsdauer bei gleicher Symptombesserung der Pharmakotherapie zusprachen.⁴⁴⁰ Wiederum andere sahen die EKT als überholt an, weniger aus wissenschaftlichen denn pragmatischen Gründen – Tabletten sind z.B. einfacher zu verabreichen – und bevorzugten deswegen die neuroleptische Therapie.⁴⁴¹ Es schienen also sowohl Medikamente als auch die EKT wirksam zu sein, aber summa summarum sprach man eine – zumindest in der Tendenz – positivere Wirkung den Neuroleptika als der EKT zu. Gekoppelt mit Vorteilen wie ihre geringere Gefährlichkeit, ein geringerer Personalaufwand und eine einfachere Handhabung waren die Neuroleptika daher oft beliebter. Eine Kombinationstherapie beider Methoden existierte oft ebenfalls, brachte jedoch nur in einer Minderzahl der Fällen Synergieeffekte: „Im übrigen empfehlen zahlreiche Untersucher die Kombination der EKT mit *Phenothiazinderivaten*. Ob die Kombinationstherapie synergistisch wirkt, ist zweifelhaft, wenn auch einzelne Untersuchungen auf höhere Erfolge der Kombinationstherapie hinweisen“.⁴⁴²

Trotz dieser zum Teil widersprüchlichen Ergebnisse soll aus diesen Informationen für die drei wichtigsten somatischen Therapieformen der 50er und 60er Jahre ein abschließendes Urteil gefällt werden. Es muß jedoch nachdrücklich auf die methodischen und inhaltlichen Mängel der Untersuchungen hingewiesen werden, auf denen dieses Urteil basiert: Die Neuroleptika, die ihre Wirksamkeit z.B. in einer 1964 durchgeführten randomisierten, doppelblinden Untersuchung aufgezeigt haben,⁴⁴³ sind als die am sichersten wirkende und einfachsten einzusetzenden Behandlungsmethode anzusehen.⁴⁴⁴ Hinsichtlich der Wirksamkeit ist ihr die EKT fast ebenbürtig, obwohl ihr Nebenwirkungs- und Anwendungsprofil ihren Einsatz stärker beschränkt. Die IKT hingegen wurde in ihrer Gesamtheit kritisch bewertet trotz einiger Einzelerfolge und ab

⁴³⁹ Ross IS (1962), zitiert nach Angst J (1969), S. 7

⁴⁴⁰ Langsley DG et al (1959)

⁴⁴¹ Azouri E (1961), zitiert nach Angst J (1969), S. 7

⁴⁴² Angst J (1969), S. 9. Es werden eine Reihe an Literaturangaben im Text gemacht. Hervorhebung durch den Autor *Jules Angst*.

⁴⁴³ Cole JO et al (1964)

⁴⁴⁴ Whitaker R (2004). Wie an dieser Arbeit aufgezeigt, gibt es auch heute noch Stimmen, welche die Neuroleptika sehr kritisch sehen und eine *starke* Wirksamkeit derselben anzweifeln.

den späten 1950er Jahren zunehmend nur noch in Einzelfällen angewandt. Bei allen drei Behandlungsformen scheinen synergistische Effekte nur bedingt bis gar nicht vorhanden zu sein.

Die Einführung der Neuroleptika muß vor diesem Hintergrund gesehen werden: Sie waren eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten und ersetzten z.T. andere Verfahren. Doch andere Verfahren, v.a. ist die EKT zu nennen, fanden schon weiten Einsatz und sorgten für zum Teil recht hohen Remissionsraten unter den Schizophrenen.

IV.8. Neuroleptikaauswirkungen

Nach 1952, wie schon mehrfach angedeutet, eroberten sich das Chlorpromazin und andere Neuroleptika rasch eine wichtige Stellung in der Psychiatrie. Es herrschte eine „Aufbruchstimmung“ und „Jahre einer Sturm- und Drangzeit“,⁴⁴⁵ die neuen Antipsychotika wurden „überwiegend mit Begeisterung“⁴⁴⁶ aufgenommen, obwohl man noch wenig über sie wußte. Vielleicht wurden sie gar überbewertet. Selten fanden sich ernüchternde Stimmen in diesem scheinbaren Meer der Euphorie: „15 Jahre sind seither [seit der Einführung der Neuroleptika, PJ] vergangen, eine ausreichend lange Zeit, um Grenzen und Möglichkeiten dieser neuen Therapie abzustecken, und lange genug, um Erfahrungen zu sammeln und um zu zeigen, daß die Bäume auch hiermit nicht in den Himmel wachsen“.⁴⁴⁷

Es stellt sich natürlich die Frage, inwieweit diese Euphorie berechtigt war und inwieweit diese Stimmungen diverse Autoren beeinflußt haben. Denn denkbar ist beispielsweise, daß auf Kausalitäten geschlossen wurde, wo keine bestanden oder zumindest keine nachgewiesen worden waren. Dazu ein Beispiel: „Die Atmosphäre in den psychiatrischen Krankenhäusern hat sich seit der Anwendung dieser neuen Medikamente grundlegend geändert. Es gibt offene Türen und keine Gitter mehr für die Patienten“.⁴⁴⁸ Hatten die Türen wirklich durch die Wirkung der Medikamente erst geöffnet und die Gitter hierdurch entfernt werden können?⁴⁴⁹

⁴⁴⁵ Heinrich K (1994b), S. 34

⁴⁴⁶ Modestin J (1983), S. 1446

⁴⁴⁷ Meyer H-H (1967a), S. 135

⁴⁴⁸ Bartel I (1966), S. 2

⁴⁴⁹ Paetz A (1893). Es sei an dieser Stelle nochmals auf das schon im 19. Jahrhundert bestehende Offentürsystem als Gegenbeispiel hingewiesen.

Solche Kausalitätsnachweise zwischen Systemänderung und Neuroleptikaeinführungen fallen schwer. Dennoch sind solche Aussagen in der Wissenschaftsliteratur verbreitet⁴⁵⁰ und scheinen nachvollziehbar. Doch sind sie bewiesen? Und, noch weiter: Wie wird der Beweis eben für solch eine Verquickung geführt?

Im konkreten Fall meiner Arbeit: Wie werden enthospitalisierende Vorgänge mit der Einführung der Neuroleptikatherapie als Kausalkette zusammengebracht? Ist das methodisch überhaupt machbar? Die folgenden beiden Kapiteln wollen anhand einer Analyse der entsprechenden Publikationen sich eingehender diesem Sachverhalt zuwenden.

⁴⁵⁰ Wolfersdorf M et al (2002), S. 139

Kapitel V: Die Neuroleptikadiskussion im Kontext der Transformationsstudien

V.1. Frühe Neuroleptikaära

Wie schon im Vorkapitel angesprochen, bestand in den frühen Jahren der Neuroleptikaära, zumindest etwa im ersten Jahrzehnt ihrer Einführung, ein großer Optimismus. Der „segensreiche Einfluß“, der „praktisch 80% der asylierten Schizophrenen aufgelockerter, beruhigter und ‘gesellschaftsfähiger’ werden“ ließ, schien so deutlich ins Gewicht zu fallen, daß mancher Autor von einer Wunderwirkung neuroleptischer Medikation sprach.⁴⁵¹

Die Verwendung des Chlorpromazins (im Laufe der Zeit erweiterte sich das Spektrum um weitere Neuroleptika, wie im Vorkapitel erläutert) nahm rapide zu; beispielsweise stieg allein in Frankreich zwischen 1952 und 1957 die verabreichte Menge an Chlorpromazin um mehr als den Faktor 5000 an.⁴⁵² Trotz der anfänglichen Unklarheit bezüglich der Indikationsstellung setzte man es bei vielfältigen psychiatrischen, aber auch nichtpsychiatrischen Krankheiten ein. So wurde es neben der mittlerweile als typisch erachteten Indikation in der Schizophrenietherapie⁴⁵³ zur Therapie der Hyperemesis gravidarum eingesetzt und propagiert,⁴⁵⁴ aber auch zur Beeinflussung von Schmerzgeschehen, bei bestimmten Formen der chronischen Polyarthritits oder zur Vorbereitung einer Broncho- oder Gastroskopie.⁴⁵⁵ Positive Ergebnisse bei der Behandlung akuter Alkoholzustände⁴⁵⁶ und selbst einige Fälle von erfolgreich mit Chlorpromazin behandelten ausgebrochenen Tetanusfällen gaben den Eindruck eines Medikamentes mit einem sehr breiten Einsatzpotential⁴⁵⁷ – kurz, eine Art Wundermedikament.

⁴⁵¹ Loch W (1956), S. 464

⁴⁵² Delay J (1959)

⁴⁵³ Lieberman JA et al (2005)

⁴⁵⁴ Kraus W (1955)

⁴⁵⁵ Rösner K (1956)

⁴⁵⁶ Mitchell EH (1955)

⁴⁵⁷ Richter WH (1954)

Chlorpromazin wurde als „eine *wirkliche Bereicherung* somatischer Behandlungsmethoden in der Psychiatrie“ empfunden und in hohen Tönen gelobt.⁴⁵⁸ Es schien, daß hierdurch der „Circulus vitiosus, bestehend in seelischer Spannung, vegetativer Dystonie, Schlafstörung, der bei vielen psychischen Störungen und Psychosen eine verhängnisvolle Rolle spielt, durchbrochen werden“ konnte.⁴⁵⁹ Eine tiefgreifende Umgestaltung der Psychiatrie und der Psychosenbehandlung schien für manchen im Bereich des Möglichen. Der im 2. Kapitel erwähnte Vorsitzende der Psychiatrie-Enquête-Kommission, *Caspar Kulenkampff*, drückte es wie folgt aus: „Unter der neuroleptischen Flut haben sich die psychiatrischen Krankheitsbilder geändert und hat die gesamte Psychiatrie einen Stilwandel durchgemacht, der nicht nur die Humanisierung, sondern auch ein therapiezentriertes Vorgehen überhaupt ermöglichte“.⁴⁶⁰

Viele Psychiater sprachen in diesem Zusammenhang ebenfalls von einer deutlich veränderten Atmosphäre in den psychiatrischen Krankenhäusern durch den Einzug der Neuroleptika. Es war zwar unklar, ob „die qualitativen Verbesserungen bei den Patienten und dem Krankenhausalltag [...] größer als die quantitativen oder statistischen“ waren,⁴⁶¹ doch im Gegensatz zum früheren Milieu wirkten die Psychiatriekrankenhäuser wie ausgewechselt.⁴⁶² Diesen euphorischen Beschreibungen waren jedoch nur selten statistische Belege beigelegt.

Unklar war an diesen Beschreibungen jedoch oftmals auch, mit welchen Kriterien eine „Symptombesserung“, bzw. gar „Heilung“, bestimmt wurde und ob sie überhaupt zu bestimmen waren.⁴⁶³ Viele psychiatrische Symptome gehen eben oft mit unspezifischen somatischen Symptomen einher, was die Beurteilung des Therapieerfolges erschwert.

Es bleiben daher aus heutiger Sicht gegenüber solchen Beschreibungen und Studien einige Fragen offen, und es entsteht der Eindruck einer gewissen Subjektivität. Erhärtung scheint dieser Vorwurf der Subjektivität auch dadurch zu gewinnen, daß Chlorpromazin, bzw. die Neuroleptika, in frühen Veröffentlichungen bei vielen Patienten, die nach

⁴⁵⁸ Wachsmuth R (1955), S. 329. Hervorhebung durch den Autor *Wachsmuth* selbst.

⁴⁵⁹ Staehelin JE et al (1953), S. 585-586

⁴⁶⁰ Kulenkampff C (1968), S. 2609

⁴⁶¹ Ebenda, S. 1121

⁴⁶² Vinař O (1965), S. 411. Die „großen, mit unruhigen Kranken angefüllten Säle, welche dichtgedrängt auf schweren Bänken saßen und untätig vor sich hinstarrten“ waren großteils – aufgrund der Einführung der Neuroleptika – verschwunden, glaubt man den Studien.

⁴⁶³ Cowden RC et al (1956), S. 898. Vgl. auch McIntyre RS et al (2006)

heutigen Indikationskriterien eben nicht Neuroleptika erhalten würden, eingesetzt wurden und z.T. beachtliche Symptombesserung brachten.⁴⁶⁴ Da diese frühe Studien zumeist, aus heutiger Sicht, nicht modernen methodischen Untersuchungen entsprechen, sondern vielmehr wie eine gebündelte Vielzahl von Fallbeschreibungen erscheinen, ist unklar, welcher Anteil der Besserung denn eigentlich durch die Neuroleptika und welcher eben nicht durch sie bedingt war. So wurde in einer Studie aus dem Jahr 1954, die *pars pro toto* genannt werden soll, von 150 neuroleptisch behandelten Patienten berichtet, bei denen eine „Besserung“ oder teilweise „Heilung“ eintrat.⁴⁶⁵ Das erstaunliche war dabei, das sie den vielfältigsten Krankheitsgruppen, die mit Neuroleptika heute nicht mehr behandelt würden, entstammten: Maniker, Schizophrene, Depressive, Postlobotomierte, Epileptiker, Senile usw. usf.⁴⁶⁶ Es ist jedoch denkbar, betrachtet man diese und auch viele der anderen Untersuchungen genauer, daß neben einem medikamentösen Effekt auch andere Faktoren ein Besserungsergebnis hätten bewirken können wie beispielsweise eine aktivere therapeutische Hinwendung oder eine intensivere Patientenbetreuung.⁴⁶⁷

-Tabelle 15-

Durchschnittliche Verweildauer für männliche erstaufgenommene Psychiatriekranke in Kalifornien (1852-1954), nach *Savino MT et al* (1966)⁴⁶⁸

Aufnahmejahre	Alkoholismus	Schizophrenie	Affektive Störung	Senilität
1852-1870	2,6 Monate	11,1 Monate	5,0 Monate	6,0 Monate
1875-1890	1,7 Monate	16,2 Monate	5,1 Monate	9,9 Monate
1900+1910	7,9 Monate	>36 Monate	10,7 Monate	7,5 Monate
1920+1930	4,8 Monate	24,1 Monate	6,9 Monate	10,8 Monate
1954	k.A.	5,3 Monate	k.A.	5,5 Monate

⁴⁶⁴ Z.B. Segerath F (1954); Winkelman Jr. NW (1954); Gäde EB et al (1955a+b); Wachsmuth R (1955)

⁴⁶⁵ In meiner Arbeit wird zumeist auf den Begriff „Heilung“ verzichtet werden, außer es ist ein ausdrücklicher Textbezug vorhanden. Stattdessen wird die Angabe einer Symptombesserung, beziehungsweise –verschlechterung oder –freiheit als Begriff bevorzugt.

⁴⁶⁶ Lehmann HE (1954)

⁴⁶⁷ Whitehorn JC et al (1960); Kalinowsky LB (1964)

⁴⁶⁸ Savino MT et al (1966), S. 480

Eine retrospektive Kohortenuntersuchung aus Kalifornien, etwa ein Jahrhundert (1852-1954) umfassend, soll dieses untermauern und daher an dieser Stelle genannt werden. In dieser waren Patienten nach eingehender Aktendurchsicht von den Studienautoren in ein einheitliches Klassifikationsschema – dem DSM I – eingeordnet worden, um einem Vergleich zugänglich zu sein. Dabei zeigte sich, daß deutliche Schwankungen hinsichtlich der Verweildauer bestanden obwohl nur sehr begrenzt therapeutische Veränderungen vor den 1920er Jahren eingetreten waren. *Tabelle 15* gibt einen Überblick. Ob diese Unterschiede durch einen von den Autoren als „therapeutischen Optimismus“ betitelten Effekt zustande gekommen waren oder durch andere Faktoren, muß offen gelassen werden. Doch ist diese Studie ein Hinweis, daß nicht alleine die Therapie ausschlaggebend für Veränderungen statistischer Parameter ist.⁴⁶⁹ Andere Untersuchungen haben dieses ebenfalls aufgezeigt.⁴⁷⁰ Dieser Gedanke wird noch oftmals im folgenden Kapitel und Text thematisiert werden und erfährt entsprechend weiter unten gehäuft Erläuterung.

V.2. Die Transformationsstudien⁴⁷¹

Es entstand mit Einführung der Neuroleptika bald die Fragestellung, inwieweit sie nicht nur Auswirkungen auf den einzelnen Patienten, sondern auch auf die gesamte Psychiatrie und ihrer Versorgungsstruktur gehabt hatten. Einige Dutzend Untersuchungen wurden hierzu veröffentlicht. Obwohl einzelne dieser Studien z.T. sehr große Aufmerksamkeit erhielten, erfuhr die Gesamtheit aller Studien nur wenig Beachtung. Dieses äußert sich beispielsweise im Fehlen eines gemeinsamen, sie verbindenden Ordnungsbegriffes.

Ein solcher übergreifender Begriff soll hier eingeführt werden. Doch solch eine Begriffszuweisung fällt schwer. Zum einen, weil es sich um Arbeiten aus unterschiedlichen Teilen der Welt handelt mit jeweils unterschiedlichen Kulturen, Sprachen, geographischen Gegebenheiten und psychiatrischem Versorgungsmodell. Zum anderen fällt auf, daß zwar die Fragestellung dieser Studien im weitesten Sinne

⁴⁶⁹ Savino MT et al (1966)

⁴⁷⁰ Z.B. Bockoven JS (1956); Bockoven JS (1963)

⁴⁷¹ Der Begriff „Transformationsstudie“ – eine Gruppe von Studien, die in den 1950er und 1960er Jahren erschienen sind und der Fragestellung nach möglichen neuroleptikabedingten Veränderungen in der Psychiatrielandschaft nachgingen – wird einige Seiten weiter unten ausführlich erläutert.

deckungsgleich ist, aber im Detail zum Teil deutliche Unterschiede bestehen,⁴⁷² wie auch Unterschiede bei der methodischen Umsetzung und den untersuchten statistischen Parametern deutlich werden.

Trotz dieser Schwierigkeiten soll eine übergreifende Begriffszuordnung versucht werden. Der Begriff wird sich vor allem auf das Gemeinsame der Fragestellung stützen und auf der Suche nach möglichen neuroleptikainduzierten Veränderungsprozessen in der Psychiatrie basieren. Folgende Begriffe sind unter anderem denkbar:

(1) „Neuroleptikaauswirkungsstudie“, „Neuroleptikaeffektstudie“, bzw. „Studie der neuroleptikaassoziierten Auswirkungen“. Das Gemeinsame – die Fragestellung – der Studiengruppe wird im Namen wiedergegeben, aber es wird genug Spielraum gelassen für die Heterogenität innerhalb der Studiengruppe. Die Länge und Unhandlichkeit der Begriffe, wie auch eine semantische Umständlichkeit sprechen gegen sie. Als Synonyme oder in abgeleiteter Form (z.B. „Studie über Neuroleptikaauswirkungen“) werden sie jedoch im weiteren Text gelegentlich Verwendung finden.

(2) „Enthospitalisierungsstudie“. In einigen Ländern, v.a. USA und Großbritannien, setzte um die Zeit der Einführung der Neuroleptika herum die Enthospitalisierung ein. Aus heutiger Sicht mag es daher erscheinen, als ob die Studien eine mögliche kausale Beziehung der Enthospitalisierung zu den Neuroleptika untersuchten. Doch das ist nicht der Fall, da die Enthospitalisierung als Begriff, Konzept und Vorgang zeitlich gesehen erst Jahre bis Jahrzehnte später bewußt wahrgenommen wurde. Außerdem hatten zum Zeitpunkt des Studienverfassens, je nach Land und Region, z.T. noch nicht einmal rudimentäre enthospitalisierende Vorgänge eingesetzt. Zusätzlich ist der Begriff suboptimal, weil er schon Verwendung findet, um einen auf Evaluierung ausgelegten Studientypus zu beschreiben.⁴⁷³

⁴⁷² Beispiele für Unterschiede bei der Fragestellung im Detail: Für *Giercke* und *Kleinpeter* stand im Mittelpunkt ihrer Untersuchung, ob durch die Neuroleptika „die stationäre Behandlungsdauer abgekürzt werden kann“ und ob „auf die Heilkrampfbehandlung verzichtet werden kann“ (*Giercke K et al* (1963), S. 332), für *Erwin Linn*, ob das „therapeutische Milieu“ sich neuroleptikabedingt verändert habe und somit die Entlassungsraten und Wiederaufnahmeraten andere seien (*Linn E* (1959), S. 785), und *Irmgard Bartelt* wollte die „Vor- und Nachteile neuroleptischer Behandlung [...] objektivieren“ und „einige Auswirkungen statistisch [...] belegen“ (*Bartelt I* (1966), S. 4).

⁴⁷³ Z.B. *Priebe S et al* (1996); *Franz M et al* (2002a)

(3) „Entbettungsstudie“. Dieser Begriff ist zu erwägen, da in vielen der untersuchten Studien die Zahl der stationären Betten als wesentlicher Parameter einer Neuroleptikauswirkung untersucht wurde. Dennoch muß der Begriff als ungeeignet angesehen werden aus drei Hauptgründen: Er schließt eben jene Studien aus, die diesen Indikator nicht benutzen, ihm wohnt eine semantische Grobheit inne und zusätzlich ist fragwürdig, ob der Parameter „Bettenzahl“, der vielen Einflüssen unterliegt, wirklich suffizient als Indikator einer psychiatrieverändernden Wirkung genutzt werden kann.

(4) „Transformationsstudie“. Der Begriff stellt die Veränderung in den Vordergrund, unabhängig von den diskutierten Ursachen und den konkreten Ergebnissen. So stellt er kein Präjudiz dar. Es können neben Neuroleptika auch andere Ursachen in die Erörterung einbezogen werden. Darum erscheint er als Gruppenbegriff adäquat.

Diese Transformationsstudien entstanden in den westlichen Ländern fast ausschließlich im Zeitraum 1957 bis 1967. Sie stellten den Versuch diverser Forscher dar, eine klare Antwort auf die Frage nach neuroleptikaassoziierten Auswirkungen auf die Psychiatricversorgung zu finden. Eingang fanden die unterschiedlichsten Krankenhausstatistiken und –parameter. Insgesamt blieb die Zahl der veröffentlichten Transformationsstudien sowohl national als auch international überschaubar. Die Wissenschaftler, die sich an dieser Diskussion beteiligten waren zwar in erster Linie Psychiater, aber auch Beamte, Statistiker und Historiker meldeten sich zu Wort.

Die Transformationsdiskussion wurde 1957 angestoßen durch eine Untersuchung aus dem US-Bundesstaat New York, in welchem *Henry Brill* und *Robert Patton* von einer deutlichen und rasch aufgetretenen Abnahme der stationären Patientenzahlen zu berichten wußten.⁴⁷⁴ Ihre Ergebnisse wurden sehr interessiert von der Fachwelt aufgenommen und fanden in diversen Studien und Werken Zitierung.⁴⁷⁵ Darüberhinaus wurden sie auf verschiedenen Kongressen präsentiert.⁴⁷⁶ Vor allem aber regten sie eine Reihe weiterer Untersuchungen an und müssen als die ursprüngliche und erste

⁴⁷⁴ Brill H et al (1957)

⁴⁷⁵ Z.B. Ødegård Ø (1964a); Vinař O (1965); Hartmann W (1980)

⁴⁷⁶ Z.B. Brill H (1959); Shepherd M (1961); Ødegård Ø (1964b)

Transformationsstudie angesehen werden. Nicht weiter verwunderlich ist daher, daß sowohl Gegner als auch Befürworter der Transformationsdiskussion oftmals auf diese New Yorker Ergebnisse zurückgriffen und mehr als die Hälfte der in dieser Arbeit untersuchten Transformationsstudien zitieren ausdrücklich diese erste Arbeit.

-Tabelle 16-

Erscheinungsjahr, postulierter Neuroleptikaeffekt und untersuchte Institution und/oder Region der jeweiligen, in dieser Arbeit untersuchten Transformationsstudie

Land (Region/Stadt)	Erscheinungsjahr	Neuroleptikaeffekt
BRD (LK Bonn)	1963	Gering
BRD (Oberbayern)	1964	Stark
BRD (LK Langenfeld)	1964	Mäßig
BRD (LV Rheinland)	1966, bzw. 1967	Gering
DDR (Rostock)	1963	Gering
Österreich (Wien)	1960	Gering
Schweiz (Basel)	1960	Gering
Finnland (Helsinki)	1967	Gering
Großbritannien (nicht genannt)	1960	Gering
Großbritannien (allgemein)	1961	Gering
Großbritannien (Nordostschottland)	1961	Gering
Großbritannien (Essex)	1963	Gering
Norwegen (Gesamt)	1964	Gering
Tschechoslowakei (Prag)	1965	Mäßig
USA (Staat New York)	1957	Stark
USA (Staat New York)	1959	Stark
USA (District of Columbia)	1959	Gering
USA (Staat New York)	1962	Stark
USA (Kalifornien)	1962	Gering
USA (Colorado)	1965	Gering

Doch die Transformationsstudien sind z.T. von erheblicher qualitativer und quantitativer Unterschiedlichkeit. Daher können nicht alle Eingang in meine durchgeführte Diskussionsanalyse finden: Methodische und inhaltliche-statistische Unzulänglichkeiten, aber auch sprachliche Probleme waren manchmal nicht zu überbrücken. Sprachlich konnten nur Studien in englischer und deutscher, und in einem Einzelfall auch in französischer Sprache⁴⁷⁷ inkludiert werden. Alle anderen gefundenen Studien wie aus der Slowakei,⁴⁷⁸ aus Bulgarien,⁴⁷⁹ Belgien,⁴⁸⁰ Frankreich,⁴⁸¹ Schweden⁴⁸² oder Italien⁴⁸³ mußten bei dieser Analyse außen vor bleiben. Methodische Inklusionskriterien waren einerseits, daß die Studie statistische Parameter (eines psychiatrischen Krankenhauses)⁴⁸⁴ aus einem Zeitraum vor und einem nach Einführung der Neuroleptika verglich und diese Parameter tatsächlich aus jeweils der gleichen Institution entstammten, was nicht immer gegeben war.⁴⁸⁵ Als inhaltlich-statistisches Inklusionskriterium galt, daß mindestens zwei unterschiedliche statistische Transformationsparameter – weiter unten im Detail erläutert – in der Studie untersucht und miteinander im chronologischen Verlauf verglichen wurde. Dieses war bei manchen Studien nicht der Fall.⁴⁸⁶

Die einzelnen Transformationsstudien besaßen jeweils einen eigenen Schwerpunkt hinsichtlich der untersuchten Parameter. Was für die einen Autoren wichtig erschien, fand unter Umständen nur geringe oder keine Thematisierung bei anderen. Deshalb kann abschließend auch nicht von einem einzelnen oder wenigen einzelnen „Transformationsparametern“ gesprochen werden. Vielmehr mußte eine Transformationsstudie im Optimalfall eine Fülle an Daten untersuchen, um einerseits

⁴⁷⁷ Christe P (1960)

⁴⁷⁸ Škoda C et al (1970)

⁴⁷⁹ Marinow A (1973). Es scheint, daß in den kommunistischen Ländern ebenfalls eine Transformationsdiskussion geführt wurde, jedoch zeitlich versetzt einige Jahre später als in den westlich-kapitalistisch geprägten Industrieländern. Mangels Sprachbarriere konnte diesem Eindruck nicht weiter nachgegangen werden.

⁴⁸⁰ Husquinet H (1960)

⁴⁸¹ Guyotat J et al (1961), zitiert nach Vinař O (1965), S. 418

⁴⁸² Apo M et al (1966)

⁴⁸³ Zubiani A et al (1959)

⁴⁸⁴ Da die überwältigende Mehrheit der psychiatrischen Patienten in den 1940er und 1950er Jahren in Psychiatriekrankenhäusern versorgt wurden und neben diesen kaum andere Einrichtungen zur Versorgung existierten, erscheint der Fokus auf Krankenhäuser sinnvoll.

⁴⁸⁵ Peterson DB et al (1964). In dieser Studie wurden beispielsweise die Patientenparameter der Jahre 1956-1958 dem Anoka Psychiatriekrankenhaus aus dem Bundesstaat Minnesota und die Daten der Kohorte von 1943-1952 dem Warren Psychiatriekrankenhaus aus dem Bundesstaat Pennsylvania entnommen.

⁴⁸⁶ Stoll WA (1959); Freyhan FA (1961a); Barr A et al (1962); Müller C (1965)

mögliche aufgetretene Veränderungsprozesse klar darstellen zu können, andererseits nichtmedikamentös bedingte Veränderungen von den eigentlichen Neuroleptikawirkungen (sofern vorhanden) unterscheiden zu können.

Den Schwerpunkt zwischen umfassender Untersuchung auf der einen und dennoch überschaubarem Studienrahmen auf der anderen Seite adäquat zu wählen, fiel den Autoren nicht leicht. Dieses spiegelt sich in einer potentiell großen Zahl an zu untersuchenden Parametern wider. Unter diesen haben sich dennoch vor allem drei mitsamt ihren Veränderungen, die besonders oft einer Analyse unterzogen wurden, herauskristalliert: Erstens, die (Gesamt-)Zahl der stationär versorgten psychisch kranken Patienten eines bestimmten Krankenhauses oder Region, bzw. Land. Zweitens, die durchschnittliche Behandlungs- oder Verweildauer. Drittens, die stationäre Entlassungsrate. Folgende andere Parameter, die weniger häufig untersucht wurden, gelten deswegen nicht als weniger wichtig: Der Krankenhausanteil bestimmter Krankheitsgruppen, (Wieder-)Aufnahmeraten, die je Patient aufgewendete Therapiezeit, der Anteil der Schizophrenen unter den Krankenhauspatienten oder statistische Untersuchungen zwischen den mit und den ohne Neuroleptika behandelten Patientengruppen. Neben diesen Transformationsparametern wurden jedoch oft eine Reihe anderer Parameter untersucht wie das gesellschaftliche Umfeld, finanzielle, personelle und administrative Veränderungen, Bevölkerungsfluktuationen, demographischer Aufbau einer Gesellschaft bzw. der Krankenhaus-population oder der jeweils eingesetzter Prozentsatz an somatischen Therapieformen. Die Liste der in einzelnen Studien untersuchten Faktoren ist lang.

Genau hier liegt eine der Hauptschwierigkeiten der Transformationsstudien. Denn das Unterfangen, neuroleptikabedingte Auswirkungen anhand bestimmter statistischer Daten festmachen zu wollen, ist hochkomplex. Wechselwirkungen hinsichtlich der Patientenversorgung spielen sich nicht nur auf therapeutischer, sondern auch auf gesellschaftlicher, finanzieller und administrativer Ebene ab. Außerdem ist unklar, ob Statistiken überhaupt benutzt werden können, psychiatrische Versorgungssysteme zu beschreiben, geben sie doch nur einen begrenzten Teil des Versorgungsalltages wieder.⁴⁸⁷ Auch kann gerade

⁴⁸⁷ Shepherd M et al (1961). Auf Seite 11 schreiben die Autoren folgendes: „There are well-recognized objections to the use of hospital statistics for the purpose of evaluating treatment: the data are collected

durch das Hervorheben einiger bestimmter Statistiken und dem Weglassen anderer Zahlen ein recht verzerrtes Modell der Realität präsentiert werden.

Doch war dieses nur eines der Schwierigkeiten beim Erstellen einer Transformationsstudie. Eine andere betraf die Methodik. Wenngleich hier weniger Spielraum bestand, so wurden auch hier unterschiedliche Gewichtungen vorgenommen, und es lassen sich im groben zwei Modelle aufzeigen:

1) Die „chronologische-sukzessive Methodik“: Diese wurde v.a. bei den frühen Transformationsstudien eingesetzt. Der Prototyp ist die 1957 von *Brill* und *Patton* veröffentlichte Arbeit.⁴⁸⁸ Bei dieser Methode wurden Jahr um Jahr bestimmte Transformationsparameter verglichen. Den Jahren um die Einführung der Neuroleptika widmete man sich mit besonderem Interesse.

2) Die „phasenvergleichende Methodik“: Diese wurde v.a. in späteren Transformationsarbeiten angewandt. Der Art nach eine Kohortenanalyse, wurden zwei Zeiträume miteinander verglichen, wobei sich die beiden Gruppen idealerweise nur in der Behandlungsform unterschieden. Die „Präneuroleptikagruppe“ arbeitete mit Statistiken aus einem Zeitraum vor breitem Neuroleptikaeinsatz (vor etwa 1953/1954, ortsabhängig), die „Postneuroleptikagruppe“ aus einem Zeitraum mit idealerweise vollständigem Neuroleptikaeinsatz.

Doch beide Methoden besaßen ihre jeweiligen Vor- und Nachteile. Die chronologisch-sukzessive Methodik vermochte beispielsweise eingetretene Veränderungen einem bestimmten, genau definierten Zeitraum zuzuordnen, während die phasenvergleichende Methodik wiederum Verzerrungseffekte anderer somatischer Behandlungsformen (Lobotomie, Insulinkomatherapie und Elektrokrampftherapie) wirksamer ausschloß, weil ihr Einsatz im Laufe der 1950er Jahre zügig abnahm, so daß eine entsprechend gewählte

primarily for administrative purposes; the evidence is necessarily indirect; and, above all, the figures rarely take into account the many administrative and social factors that may influence such crude indices of activity“.

⁴⁸⁸ Brill H et al (1957)

Postneuroleptikagruppe eines Psychiatriekrankenhauses einen zumeist nur geringen Anteil nicht-neuroleptisch Therapierter enthielt.

Die hier aufgezeigten Schwierigkeiten stellen nur einen Auszug der vielen potentiellen Schwierigkeiten bei der Untersuchung auf mögliche neuroleptikainduzierte Veränderungen dar. Ein klares und optimales Vorgehen scheint nicht zu existieren, was möglicherweise die Vielfalt der Transformationsstudien erklärt. Diese Schwierigkeiten, einen einheitlichen Transformationsstudientypus zu entwickeln, liegt sicherlich u.a. in der großen Komplexität psychiatrieverändernder Wechselwirkungen, d.h. daß vielfältige Faktoren beschrieben worden sind, die Einfluß auf die Psychiatrieversorgung haben können. Hierzu zählen neben neu eingeführten Therapieformen⁴⁸⁹ eben auch eine verbesserte therapeutische Betreuung,⁴⁹⁰ demographische Veränderungen,⁴⁹¹ die Einstellungen des (Pflege-)Personals gegenüber den Geisteskranken,⁴⁹² eine „veränderte Einstellung gegenüber der Institution ‚Provinzial Heil- und Pflegeanstalt‘“,⁴⁹³ der Charakter und damit die therapeutische Herangehensweise des therapierenden Arztes,⁴⁹⁴ sowie personelle, finanzielle oder gesellschaftliche Faktoren. Diese Punkte mußten, wollte eine Transformationsstudie die hohe Komplexität der Psychiatrieveränderungen Rechnung tragen, analysiert werden, was, wie weiter unten zu sehen sein wird, von Studie zu Studie in zum Teil unterschiedlichem Maße geschah.

V.3. Anfänge der Transformationsdebatte und Diskussionseinleitung

Im Mai des Jahres 1957 wurde auf dem 113. Jahreskongreß der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie ein für die Transformationsdiskussion wesentlicher Vortrag gehalten.⁴⁹⁵ Er begründete, bzw. lanzierte, die Diskussion bezüglich der Auswirkungen neuroleptischer Medikation auf die Psychiatrielandschaft. Er spielte darüberhinaus eine richtungweisende Rolle als Grundlage weiterer Veröffentlichungen, die sich mit dieser Thematik beschäftigten. Auch im deutschsprachigen Raum prägte er maßgeblich die deutsche Diskussion; dieses spiegelte sich unter anderem darin wider, daß auf ihn explizit

⁴⁸⁹ Brill H et al (1959)

⁴⁹⁰ Kalinowsky LB et al (1958)

⁴⁹¹ Bartelt I (1966)

⁴⁹² Savino M et al (1966)

⁴⁹³ Meyer JE (1977), S. 284

⁴⁹⁴ Whitehorn JC et al (1957); Whitehorn JC et al (1960)

⁴⁹⁵ Brill H et al (1957)

in den beiden ersten in der BRD veröffentlichten Transformationsstudien verwiesen wurde.⁴⁹⁶

Diese Transformationsdiskussion begann im englischsprachigen Raum und wurde in den ersten Jahren fast ausschließlich dort geführt. Erst einige Jahre später beteiligten sich andere, vornehmlich westlich geprägte, Länder mit entsprechenden Veröffentlichungen. Man kann daher die stattgefundene Diskussion grob in zwei Phasen unterteilen:

(1) Die „Englischsprachige Phase“ der 50er Jahre (1957-1959): Studien in englischer Sprache, vor allem aus den USA, prägten die Transformationsdiskussion.

(2) Die „Westliche Phase“ der 60er Jahre (1960-1967): Erste Studien aus Österreich und der Schweiz leiteten im Jahre 1960 diese Phase ein. Sie war dadurch gekennzeichnet, daß auch aus nichtenglischsprachig geprägten Sprach- und Kulturräume Transformationsstudien erschienen und daß in jeweiligen Sprachräumen nationale Transformationsdebatten z.T. stattfanden. Ihr Höhepunkt war im Zeitraum 1962-1964.

Die bundesdeutsche Transformationsdiskussion fiel in die zweite Phase hinein. Sie stützte sich in erster Linie auf Veröffentlichungen und Konzepte aus der Bundesrepublik Deutschland, aber auch englischsprachiger Literatur. Daher ist ein Verständnis der bundesdeutschen Transformationsdiskussion unter anderem an ein Verständnis wesentlicher englischsprachiger Transformationsarbeiten geknüpft.

Es sollen nun, weitestgehend in chronologischer Reihenfolge, die wesentlichen, insgesamt zwanzig, Transformationsstudien vorgestellt und untersucht werden. Dabei wird ein erster Teil unterschieden, bei dem Transformationsstudien aus nichtdeutschsprachigen Ländern – dreizehn untersuchte Arbeiten – analysiert werden und ein zweiter Teil, bei dem die sieben untersuchten Studien aus den deutschsprachigen Ländern Schweiz, Österreich, der DDR und der BRD stammen. In beiden Teilen wird jeweils länderspezifisch noch eine respektive Kleingruppierung vorgenommen zwischen den Ländern USA (sechs Studien), Großbritannien (vier Studien), Norwegen, Finnland, Tschechoslowakei, sowie die DDR, die Schweiz, Österreich (alle jeweils eine Studie) und

⁴⁹⁶ Auch W (1963); Meyer JE et al (1964)

die BRD (vier Studien). Es wird auf *Tabelle 16* für eine Übersicht aller Studien verwiesen.

Die Analyse läuft in einem stets sich ähnelnden Prozeß ab, wobei die Zweiteilung in nichtdeutsch- und deutschsprachige Studien, wie auch eine Ländergruppierung das Grundgerüst bilden: Zunächst wird stichwortartig das Untersuchungsobjekt der Transformationsstudie – z.B. ein bestimmtes Psychiatriekrankenhaus, eine bestimmte geographische Region oder Land – als Titel genannt. Es folgt dann eine Aufzählung der Studienautoren, des deutschen Studientitels, des Erscheinungsjahres, der verwandten Methodik (chronologisch-sukzessiv versus phasenvergleichend) und dann eine zumeist mehrere Seiten umfassende v.a.sprachliche Analyse der Transformationsstudie. Die in der Studie angegebene Daten werden in ihrem jeweiligen regionalen und zeitlichen Kontext gestellt und untersucht, ggf. unter Bezugnahme zusätzlicher Daten und anderer Transformationsstudien. Am Ende dieser Auseinandersetzung wird die jeweilige Studie und Schlußfolgerung der Autoren einer eigenen Interpretation unterzogen.

Bei solch einer Analyse internationaler Autoren und Studien aus unterschiedlichen Zeiten sind eine Reihe von Problemfeldern zu berücksichtigen:

(1) Die Diagnosegruppen von einer Vielzahl von psychiatrischen Krankheitsbildern haben im Laufe des 20. Jahrhunderts eine Reihe von Veränderungen erfahren. Was daher z.B. in einer Studie aus den USA in den 1950er Jahren als „Schizophrenie“ bezeichnet wurde, entsprach nicht unbedingt dem, was heute unter „Schizophrenie“ verstanden wird. Auf diese zeitliche, aber auch regionale Verschiedenheiten konnte nur sehr begrenzt Rücksicht genommen werden und wenn daher bei einer Analyse eines Textes bestimmte Diagnosegruppen genannt werden, so wurden diese dem untersuchten Artikel unverändert entnommen und müssen im Kontext der jeweiligen Zeit und des Ortes gesehen werden. Für Details sei auf den jeweiligen zugrundeliegenden Text verwiesen.

(2) Ähnlich verhält es sich mit den von den Autoren angegebenen Jahreszahlen. Sehr häufig, aber nicht immer, entspricht die von den Studienverfassern angegebene Jahresangabe dem des Kalenderjahres: Bei der Transformationsstudie von *Auch* ist zum Beispiel das Untersuchungsjahr 1956 tatsächlich mit dem Kalenderjahr (1.1.1956 bis

einschließlich 31.12.1956) deckungsgleich,⁴⁹⁷ während es bei *Brill et Patton* dem Fiskaljahr 1956, d.h. dem Zeitraum 1.4.1955 bis 31.3.1956 entspricht.⁴⁹⁸ Es sei ebenfalls auf die einzelnen Studien verwiesen.

(3) In wenigen Fällen waren exakte Zahlen weder im Text noch durch Nachrecherche aufzuspüren, stattdessen lagen Graphiken und Abbildungen vor. Es konnten die Zahlen zwar mittels der angegebenen Skalen sehr genau abgeschätzt werden, jedoch ist eine 100%-ige Exaktheit nicht gegeben. Dort, wo solche Schätzungen vorgenommen werden mußten, sind die Jahreszahlen mit einem Stern (*) markiert und dieses nochmals in der Fußnote erläutert.

(4) In jeder der dargestellten Studien finden sich eine Vielzahl an Statistiken und Angaben. Es wurden die von den jeweiligen Autoren zentral diskutierten, sowie die weiter oben genannten Haupttransformationskriterien, sofern vorhanden, übernommen und analysiert. Trotz größter Anstrengungen ist es jedoch schwer zu vermeiden, daß es durch Weglassen einiger Daten unter Umständen zu einer verzerrten Wiedergabe der Originalstudien gekommen ist.

(5) Landes-, aber auch krankenhaushabhängig finden sich in der Neuroleptikagruppe unterschiedlich häufig eingesetzte Medikamente. Neben Chlorpromazin wurde z.B. Perazin, Perphenazin, Mepazin neben vielen anderen eingesetzt. Es finden sich ebenfalls Dosierungs- und Applikationsunterschiede. Dieses kann Verschiedenheiten zwischen den einzelnen Studien und ihren Ergebnissen verursacht haben.

(6) Die Transformationsstudien unterscheiden sich sowohl qualitativ als auch quantitativ voneinander. Dieses bedingt Verschiedenheiten in der Länge und dem Umfang der durchgeführten Analyse, so daß beispielsweise die drei Studien aus New York⁴⁹⁹ und die

⁴⁹⁷ Auch W (1963)

⁴⁹⁸ Brill H et al (1957)

⁴⁹⁹ Brill H et al (1957; 1959; 1962)

drei Untersuchungen aus Bayern⁵⁰⁰ einer umfangreicheren Erörterung bedürfen als beispielsweise die alleinige Transformationsuntersuchung aus Helsinki.⁵⁰¹

V.4. Erster Teil – Nichtdeutschsprachige Transformationsstudien

Vereinigte Staaten von Amerika:

In den USA war es zu einer deutlichen Abnahme der Patientenzahlen der stationär versorgten Psychiatriepatienten zwischen 1955 und 1956 gekommen. Dabei war diese Entwicklung regional unterschiedlich ausgeprägt gewesen und so z.B. in einer Mehrheit der US-Bundesstaaten (39 von 50 US-Bundesstaaten), aber eben nicht allen aufgetreten. Außerdem wiesen manche Staaten wie Kalifornien oder New York eine stärkere Abnahme auf als beispielsweise Texas oder Pennsylvania.⁵⁰²

Bundesstaat New York, USA⁵⁰³

Autoren: Henry Brill, Robert Patton

Studientitel: „Analyse einer 1955-56 stattgehabten Patientenabnahme in New Yorker öffentlichen Psychiatriekrankenhäusern im ersten Jahr breiter Neuroleptikaanwendung“ (1957); „Analyse einer Patientenabnahme in New Yorker öffentlichen Psychiatriekrankenhäusern in den ersten vier Jahren breiten Therapieeinsatzes psychotroper Medikamente“ (1959); „Klinisch-statistische Analyse der Patientenveränderungen in New Yorker öffentlichen Psychiatriekrankenhäusern seit Einführung psychotroper Medikamente“ (1962)

Erscheinungsjahre: 1957; 1959; 1962

Methodik: 1957 chronologisch-sukzessiv, 1959 Mischform, 1962 v.a. phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Anlaß der Untersuchung waren im Bundesstaat New York gesunkene (stationäre) Patienten- und gestiegene Entlassungszahlen. Diese Entwicklung wurde von

⁵⁰⁰ Meyer JE et al (1964); Stille D (1964); Simon G (1965)

⁵⁰¹ Achté KA (1967)

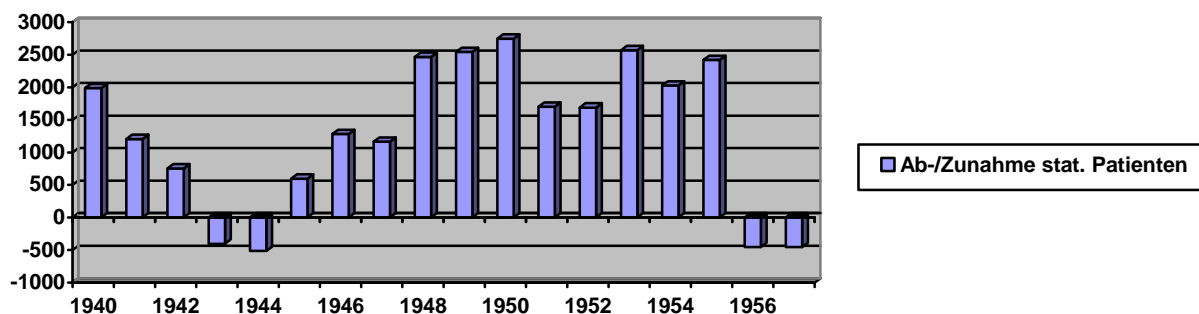
⁵⁰² Kramer M et al (1958). Es verwundert, daß in 22% der Bundesstaaten des selben Landes die Patientenzahlen nicht abnahmen, sondern in manchen wie Louisiana, Oregon oder Virginia sogar stark anstiegen. Bei einer einheitlichen Neuroleptikauswirkung würde man Anderes erwarten.

⁵⁰³ Brill H et al (1957); Brill H et al (1959); Brill H et al (1962)

den Autoren auf die Einführung des Chlorpromazins⁵⁰⁴ zurückgeführt. Es wurde in den New Yorker Psychiatriekrankenhäusern seit Januar 1955 breit eingesetzt. *Henry Brill*, der im Amt für Psychohygiene tätig war, war maßgeblich bei seiner Einführung beteiligt gewesen.⁵⁰⁵ Es ist zu vermuten, daß er daher besonders sensibilisiert für die Thematik der Neuroleptika war. Sein Koautor und Arbeitskollege *Robert Patton* war im selben Amt angestellt, wo sie Zugriff auf diverse Krankenhausstatistiken hatten und in administrative Entscheidungsprozesse involviert waren.

-Abbildung 3-

Jährliche Veränderung der New Yorker Psychiatriekrankenhausbestände 1940-1957,
nach *Brill et al (1957)*⁵⁰⁶



In ihrer ersten, aber auch den weiteren Studien stellten sie deutliche Veränderungen in den New Yorker Psychiatriekrankenhäusern fest. So war es mit Einführung neuroleptischer Medikation zu einer Beruhigung des Stationsalltages gekommen – dieses war auch an anderen Orten zeitgleich zur Neuroleptikaeinführung beobachtet worden⁵⁰⁷ – und zwischen 1954 und 1957 stieg in New York der Anteil der mit Neuroleptika therapierten Patienten von 1% auf 30% an und im selben Zeitraum sank die Zahl der täglichen Zwangsmaßnahmen von etwa 25 (1954) auf etwa 5 je 1000 Patienten (1957).⁵⁰⁸

⁵⁰⁴ Auch dem Reserpin wurde eine Rolle hierbei zugesprochen, wengleich aufgrund des geringeren Anteils an der Psychiatriebehandlung, dieser als kleiner gemutmaßt wurde.

⁵⁰⁵ Swazey JP (1974), S. 236

⁵⁰⁶ Brill H et al (1957), S. 511

⁵⁰⁷ Lehmann HE (1954); Loch W (1956); Jantz H (1957); Schulte W (1961a)

⁵⁰⁸ Brill H et al (1957), S. 510

Doch nicht nur in der Beruhigung, sondern gerade in der seit 1955 eingetretenen Reduktion der stationären Patienten [siehe *Abbildung 3*] sahen die Autoren eine Folge der eingesetzten Medikation. Da seit 1900 die Patientenzahlen bis 1955 fast ununterbrochen angestiegen waren und sich innerhalb eines halben Jahrhunderts auf insgesamt 90.893 (Stand vom 31.03.1954) vervierfacht hatten, stach diese Abnahme zwischen 1955 und 1956 als deutliche Trendwende besonders ins Auge. Daß sie angesichts der finanziell, logistisch und personell stark belasteten Infrastruktur der psychiatrischen Krankenhäuser mit einem Gefühl der Erleichterung begrüßt wurde, leuchtet ein.⁵⁰⁹

Bei einer näheren Untersuchung wurde für diese Entwicklung die stark angestiegene Entlassungsrate verantwortlich gemacht und als Indiz eines neuroleptikabedingten Effektes aufgefaßt: Wenig veränderte Aufnahmen, Wiederaufnahmen und Todesfallzahlen standen einer 17,4%igen Steigerung der Entlassungsrate (von 16.069 im Jahre 1955 auf 18.862 Entlassungsfälle im Jahre 1956) gegenüber.

Auch die Analyse der Entlassungsraten der einzelnen Diagnosegruppen schien zunächst *Brills* und *Pattons* Theorie eines sich manifestierenden Neuroleptikaeffektes Bestätigung zu geben. Zwar erfuhren, mit Ausnahme der Diagnosegruppe der senilen Psychotiker, alle Diagnosegruppen eine Steigerung ihrer Entlassungsraten, aber die Gruppe der funktionellen Psychosen steigerte ihre Entlassungsraten in *etwas* stärkerem Maße [siehe *Tabelle 17*]. Da der neuroleptischen Medikation besonders bei funktionellen Psychosen, wozu u.a. die Schizophrenie gehörte, eine Wirksamkeit zugesprochen wurde, schien dieses Ergebnis ein weiteres Indiz für eine medikamentenbedingte Abnahme der stationären Patienten.

Doch diese Herangehensweise basiert auf einer Vereinfachung der Gegebenheiten. Die Tatsache, daß es neben den funktionellen Psychosen auch zu einer deutlichen Verbesserung der Entlassungsraten bei fast allen Psychosen gekommen war, wurde nämlich weitestgehend von den Autoren vernachlässigt. Dabei war sehr gut denkbar, daß dieses als Resultat einer unspezifischen Veränderung, wie z.B. besseres Krankenhausklima und/oder erleichterte Entlassungspolitik zustande gekommen war, abgesehen von anderen möglichen Faktoren. Die Tatsache, daß zum Beispiel bei einer Patientengruppe, die mit Neuroleptika nur bedingt zu behandeln sind, nämlich den arteriosklerotischen

⁵⁰⁹ Brill H et al (1962), S. 45-46

Psychotikern, die Entlassungsrate im gleichen Zeitraum um 13,0% anstieg, läßt sich möglicherweise erst so erklären.

-Tabelle 17-

Aufschlüsselung der Entlassungsfälle nach Diagnosegruppen 1955/1956 (New York),
nach Brill et al (1957)⁵¹⁰

Diagnose	1955 Entlassene	1956 Entlassene	Veränderung (proz./abs.)	Anteil Neuro- leptika (1956)
Allgemeine Parese	110	114	+3,6% / +4	14,0%
Alkohol. Psychose	1.456	1.562	+7,3% / +106	17,3%
Arteriosk. Psychose	710	802	+13,0% / +98	27,2%
Senile Psychose	260	233	-10,4% / -27	26,2%
Involutionspsychose	1.431	1.688	+18,0% / +257	35,7%
Manisch-depressive Psychose	1.069	1.176	+10,0% / +107	42,5%
Dementia praecox	6.426	7.865	+22,4% / +1.430	33,9%
Andere Diagnosen	2.900	3.618	+24,8% / +718	24,4%

Verwunderlich ist folgende Aussage der Autoren: „Es läßt sich keine quantitative Korrelation zwischen dem Prozentanteil der Patienten, die eine medikamentöse Therapie [...] erhielten und dem Grad der Erhöhung der Entlassungszahlen aufzeigen“.⁵¹¹ Verwunderlich deswegen, weil die Autoren mit dieser Aussage ihrem eigenen Fazit zu widersprechen schienen. Doch statt diesem Widerspruch nachzugehen, maßen sie ihm wenig Beachtung bei und meinten, daß dieses Ergebnis „nicht überbetont“ werden solle angesichts des Gesamtkontextes.⁵¹²

⁵¹⁰ Brill H et al (1957), S. 513

⁵¹¹ Ebenda, S. 513-514. Im englischen Original lautet die Stelle wie folgt: „no quantitative correlation could be shown between the percentage of patients receiving drug therapy in a given hospital or in a given category and the amount of improvement in releases“. In anderen Transformationsstudien ist dieses Ergebnis ausschlaggebend für die Ansicht, daß Neuroleptika eben nichttransformatorisch wirk(t)en.

⁵¹² Ebenda, S. 514

Es lassen sich noch weitere von *Brill* und *Patton* vernachlässigte Faktoren aufzeigen, die deshalb erwähnt werden müssen, weil sie ebenfalls für die Abnahme der Patientenzahlen hätten verantwortlich zeichnen können und die manchmal von den Autoren inkorrekt dargestellt wurden. So schrieben sie z.B., daß es zu „keiner besonderen Zunahme des personellen Zeiteinsatzes oder der pro-Kopf Aufwendungen“ im betreffenden Zeitraum gekommen sei. Gegenteiliges traf jedoch zu: Im Gegensatz zu der 0,5%-igen Abnahme der Patientenzahlen zwischen 1955 und 1956 fand sich eine beachtliche Steigerung des personellen Zeiteinsatzes um 3,1% und der finanziellen Mittel um 4,7%.⁵¹³ Auch eine in den 1950er Jahren im Bundesstaat New York vorherrschende wachsende Beschäftigungsrate mit ihren positiven Auswirkungen auf die Psychiatrieversorgung hätte Berücksichtigung erfahren können.⁵¹⁴

Darüberhinaus sprachen die Autoren davon, daß es zu keinen bemerkenswerten und administrationsinduzierten Veränderungen gekommen war.⁵¹⁵ Bei der Durchsicht amerikanischer Veröffentlichungen während dieses Zeitraumes entsteht jedoch ein anderes Bild, da sich die Psychiatrielandschaft New Yorks Anfang der 50er Jahre verwaltungstechnisch deutlich veränderte: Ein Gemeindegeseundheitsgesetz („Community Mental Health Services Act“) wurde 1954 eingeführt, in dessen Rahmen es zu deutlichen Umstrukturierungsmaßnahmen kam.⁵¹⁶ Der ehemalige New Yorker Psychiatrieprofessor *John Talbott*, von dem im sechsten Kapitel die Rede sein wird, nannte es ein „richtungsweisendes Gesetz“ und maß ihm große Bedeutung zu.⁵¹⁷ Die genauen gesetzlichen Auswirkungen waren zwar schwer zu quantifizieren, aber man kann davon ausgehen, daß der Psychiatrie verstärkt zufließende Gelder, besser ausgebaute psychiatrische Versorgungsstrukturen und vermehrtes Personal nicht ohne Konsequenzen blieben und verändernde Auswirkungen auf den Patientenbestand hatten.

Der Gesamtschlußfolgerung der Autoren, daß den Neuroleptika eine wesentliche Rolle bei der Patientenabnahme zuzusprechen war, wirkte angesichts der aufgezeigten Defizite

⁵¹³ Brill H et al (1957), S. 512. Es muß jedoch erwähnt werden, daß die finanzielle und personelle Verbesserungen auch in den Vorjahren in etwa gleichem Maße angestiegen waren.

⁵¹⁴ Brenner MH (1967)

⁵¹⁵ Brill H et al (1957), S. 512

⁵¹⁶ Hunt RC et al (1956)

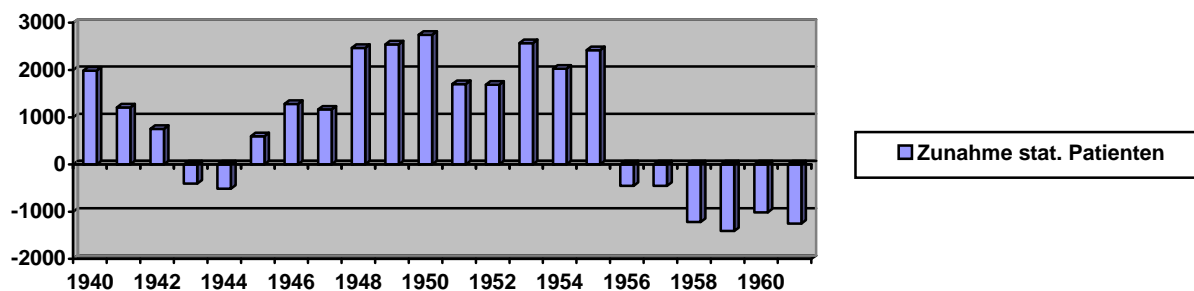
⁵¹⁷ Talbott JA (2004b), S. 1153

der Studie daher nur begrenzt schlüssig. In gewisser Hinsicht entstand der Eindruck einer argumentativen Einseitigkeit dieser 1957 veröffentlichten Studie.

In den von ihnen in den Folgejahren, 1959 und 1962, veröffentlichten Studien lassen sich ebenfalls Diskrepanzen aufzeigen. Diese zeigten eine Fortsetzung des Abnahmetrends [siehe *Abbildung 4*].⁵¹⁸ Die 1962 veröffentlichte Untersuchung zeigte sogar eine Verstärkung der Patientenabnahmeentwicklung ab dem Jahr 1958 auf: Von 0,5% in den Jahren 1956 und 1957 war die Abnahmerate auf 1,5% ab 1958 angestiegen, aufgrund „positiver administrativer Veränderungen“, so die Kommentierung der Autoren.⁵¹⁹ Sie ließen den Eindruck entstehen, als gäbe es einen „Neuroleptikaeffekt“ auf dem sich ein „Administrationseffekt“ aufgepropft hatte. Zu letzterem zählten sie eine Reihe an Milieuveränderungen wie Offentürsystem und intensiviertere Behandlung, sowie die Bemühung um Frühentlassung mit einhergehendem rascheren Patientenumsatz, aber auch erhöhten Wiederaufnahmeraten.⁵²⁰

-Abbildung 4-

Jährliche Veränderung der New Yorker Psychiatriekrankenhausbestände 1940-1961,
nach Brill *et al* (1962)⁵²¹



Doch diese Argumentation scheint aus zwei Hauptgründen nicht stichhaltig: Einerseits scheint es seltsam, daß in den Jahren 1955-1957 die Wirkung administrativer Faktoren eher vernachlässigt wurde, jedoch ab 1958 dann als Begründungsmodell zugelassen wurde. Andererseits scheint aus heutiger Sicht unklar, wieso gerade in jener Zeit als der

⁵¹⁸ Brill H et al (1959); Brill H et al (1962)

⁵¹⁹ Brill H et al (1962), S. 21

⁵²⁰ Brill H et al (1959), S. 499

⁵²¹ Brill H et al (1962), S. 21

Anteil der mit Neuroleptika behandelten Patienten am stärksten anstieg – also eben etwa 1955 bis 1960 – die Dynamik der Abnahmeentwicklung, die über mehrere Jahrzehnte anhielt, am schwächsten sein sollte. In Kapitel 3 war – für die gesamte USA – aufgezeigt worden, daß nicht die erste Achtjahresperiode 1955-1963 die deutlichste Abnahmeentwicklung mit 9,6% erlebte, sondern die Abnahmerate auf 38,8% in der zweiten (1963-1971) und schließlich 51,7% in der dritten Achtjahresperiode (1971-1979) anstieg. Bei ausgeprägter Neuroleptikaauswirkung auf die Psychiatrieversorgung würde man Gegenteiliges erwarten, also eine starke Abnahme zu Anfang mit abflauernder Tendenz in späteren Jahren.

-Tabelle 18-

Stationärer Patientenbestand New Yorks 1950/1955/1960, eingeteilt nach Diagnose,
nach Brill H et al (1961)⁵²²

Diagnose	1950	1955	1960	Veränderung 1950/55; 1955/60
Schizophrenie	48.459	53.570	50.194	+10,5%; -6,3%
Senile Psychosen	11.727	14.570	13.730	+24,2%; -5,8%
Involutionspsychosen	3.526	4.405	4.343	+24,9%; -1,4%
Manisch-depressive Psychosen	3.355	3.203	2.660	+ 4,5%; -17,0%
Alkoholismus- bedingte Psychosen	2.818	3.693	4.103	+31,1%; +11,1%
Allgemeinparese	3.455	3.168	2.388	+ 8,3%; -24,6%
Andere Diagnosen	9.631	10.705	11.350	+11,2%; +6,0%

Die *Tabelle 18* zeigt außerdem eine Entwicklung zwischen 1955 und 1960 auf, die weitere Zweifel an einem Neuroleptikaeffekt zuläßt: Patientenzahlen aus *vielen* der Diagnosegruppen erfuhren eine Abnahme. Es konnte zwar durchaus, wie Brill und Patton es taten, argumentiert werden, daß die 6,3%ige Abnahme unter den Schizophrenen

⁵²² Brill H et al (1962), S. 22

zwischen 1955 und 1960 als Neuroleptikaeffekt anzusehen sei, doch blieb dann noch Erklärungsbedarf für Abnahmen wie sie z.B. bei den Diagnosegruppen der Manisch-Depressiven (-17.0%) und der geriatrischen Fällen (-5,8%) auftraten. Vielmehr scheint diese viele Diagnosegruppen betreffende Abnahme in der Tendenz gegen eine spezifische Neuroleptikawirkung, die am stärksten die Schizophrenen hätte betreffen müssen, zu sprechen. Es erscheint wahrscheinlicher, daß allgemeine, unspezifische Veränderungen eingetreten waren.

In der Tat läßt sich auch ein alternatives Erklärungsmodell in Form verstärkter Verlegungen finden. Zwischen 1955 und 1960 erhöhte sich nämlich die Zahl der New Yorker Pflegeheimbetten um beachtliche 33% (von 31.950 Betten auf 42.341 Betten).⁵²³ Diese Zunahme um etwa 10.000 Pflegeheimbetten konnte einerseits den Rückgang der etwa 800 geriatrischen Psychiatriefälle im selben Zeitraum erklären, hätte aber ebenso gut einen Teil oder den Gesamtteil der Abnahme um circa 550 manisch-depressiven und circa 3.300 schizophrenen Psychiatriepatienten erklären können. Da es an Angaben zum Verbleib der aus den Psychiatriepatienten Entlassenen fehlt, kann hier nur gemutmaßt werden.

Doch solche Entwicklungen, die man heutzutage als „Transinstitutionalisierung“ oder „Transhospitalisierung“ bezeichnet, sind nicht nur theoretisch denkbar, sondern in großem Maße in der Literatur, zum Teil für eben jene Zeit, beschrieben worden.⁵²⁴ Wie man heutzutage weiß, ist die Zunahme amerikanischer Heimplätze, die zwischen 1950 und 1970 um mehrere hunderttausend anstiegen,⁵²⁵ unter anderem auch ein Zielort für entlassene psychischkranke Patienten gewesen. Solch eine verstärkte Verlegung vermochte ebenfalls die Patientenabnahme zu erklären, wobei natürlich in diesem Kontext unklar bleibt, ob nicht solche Transinstitutionalisierungen und Aufenthalt in Pflegeheime durch Neuroleptika erleichtert oder gar erst ermöglicht wurden.

Einen Rückgang chronifizierender Fälle um 22%, wie in den New Yorker Transformationsstudien bemerkt, wurde seitens der Autoren ebenfalls als eine Konsequenz neuroleptischer Medikation angesehen. Da hier jedoch ebenfalls zu einem

⁵²³ Brill H et al (1962), S. 23

⁵²⁴ Klerman GL (1977); Rössler W et al (1994c), S. 174

⁵²⁵ Talbott JA (2004a), S. 1113

gewissen Grad unter allen Diagnosegruppen solches zu beobachten war⁵²⁶ und mit Blick auf die Zunahme der Pflegeheimbetten und anderen eingetretenen Veränderungen personeller, finanzieller, administrativer und interner Art, könnte dieses auch als Folge der skizzierten unspezifischen Veränderungen interpretiert werden.

Es gilt nun eine Synopse all dieser Faktoren durchzuführen und *Brills* und *Pattons* Fazit gegenüberzustellen.⁵²⁷ Einige Aspekte ließen zwar an eine neuroleptikaassoziierte Transformation denken, aber in der Summe existiert eine größere Zahl an Diskrepanzen, die eingehender hätten gewürdigt werden müssen. Dies geschah in den New Yorker Studien nur zu einem sehr geringen Teil in ausreichendem Maße.

Als Folge dieser als einseitig anzusehenden Dateninterpretation ist ein nur bedingt differenziertes Bild zu Gunsten von Neuroleptikaauswirkung projiziert worden. Andere spätere Autoren haben sich diesem scheinbar überzeugenden Meinungsbild angeschlossen, so daß sich beispielsweise in der Monographie zur geschichtlichen Entdeckung des Chlorpromazins seitenweise Berichte und Zitatwiedergaben von *Brill* und *Patton* aufzeigen lassen, während einige der weiter unten aufgezeigten neuroleptika-kritischen Transformationsstudien deutlich weniger Aufmerksamkeit genießen.⁵²⁸ Zum Teil ist hierdurch ein einseitiges Bild entstanden.

Nichtsdestotrotz bleibt es eine Tatsache, daß die Transformationsdiskussion ohne *Henry Brill* und *Robert Patton* nicht in ihrer bestehenden Form denkbar gewesen wäre. Sie gaben mit ihren Arbeiten entsprechende Anstöße und können als Urväter der Transformationsliteratur und –diskussion gesehen werden. Auf ihrem Fundament fand diese statt.

⁵²⁶ Brill H et al (1962), S.26-27

⁵²⁷ Brill H et al (1962), S. 33. Ihr Fazit lautet wie folgt: „Wir finden noch immer keine andere Erklärung für eine Änderung von solch einem Ausmaß, welches Krankenhäuser im ganzen Land und im Ausland betraf und welches, in seinen größeren Aspekten, ziemlich abrupt im Jahr 1956 begann, dem Jahr, in welchem psychiatrische medikamentöse Therapie erstmalig in großem Maße verwendet wurde. Es besteht kein Zweifel, daß Populationsabnahmen durch viele andere Mittel hervorgerufen werden können und wurden. Die Tatsache jedoch wiegt schwer, daß dieses niemals vorher in solch einem Ausmaß national wie international geschehen ist“.

⁵²⁸ Swazey JP (1974). Linn EL (1959) wird z.B. gar nicht, Epstein LJ et al (1962) nur am Rande erwähnt.

District of Columbia (St. Elizabeths Krankenhaus), USA⁵²⁹

Autor: Erwin Linn

Studientitel: „Medikamentöse Therapie, Milieuänderung und Entlassung aus einem Psychiatriekrankenhaus“

Erscheinungsjahr: 1959

Methodik: Chronologisch-sukzessiv

Inhalt/Analyse: Erwin L. Linns Veröffentlichung erschien etwa zwei Jahre nach Brills und Pattons erster Transformationsstudie. Seine Daten entstammten dem „St. Elizabeths Krankenhaus“ des District of Columbia. Erstmals aufgenommene Patienten, die sich bezüglich ihrer Therapie (medikamentöser versus nicht-medikamentöser Behandlung) und ihres Aufnahmejahres (1953 bis einschließlich 1956) unterschieden, wurden miteinander verglichen. Die zwei Hauptgruppen der medikamentös und nicht-medikamentös Behandelten waren hinsichtlich des Alters, der Diagnose und des Aufnahmedatums als weitestgehend homogen zu betrachten.⁵³⁰

Die Ergebnisse schienen überraschend: Unter den 1954 aufgenommenen Patienten schnitten gerade jene schlechter ab, die medikamentös behandelt wurden im Vergleich zu denjenigen ohne neuroleptische Medikation. Linn, ein US-Psychiater, stellte unter den 65 medikamentös behandelten Patienten eine Entlassungsrate von nur 23% fest, während sie bei den 104 nicht-medikamentös behandelten Patienten mit 45% Entlassungen deutlich höher lag. „Unter den Patienten, die im Jahre 1954 aufgenommen wurden, besaßen diejenigen, welche mit Medikamenten behandelt wurden, eine *niedrigere* Entlassungsrate als diejenigen, welche nicht solcherart behandelt wurden“, wie der Autor es formulierte. Mögliche Verzerrungseffekte durch fehlerhafte Dosierung und Dauer der Therapie wurden von ihm in Erwägung gezogen, doch durchgeführte Subgruppenanalysen machten dieses eher unwahrscheinlich.⁵³¹

⁵²⁹ Linn EL (1959)

⁵³⁰ Nach modernen Kriterien kann die tatsächliche Studienrepräsentativität und –homogenität der beiden Gruppen jedoch nicht abschließend beurteilt werden, weil die Einschlusskriterien nur bedingt erläutert werden.

⁵³¹ Linn EL (1959), S. 786. Die Angaben zur Subgruppenanalyse sind zu gering, als daß abschließend beurteilt werden kann, ob diese Analyse modernen Kriterien entspräche oder nicht.

Außerdem wurde konstatiert, daß die Entlassungsrate aller Patienten, *unabhängig* von ihrer Behandlungsform, Jahr um Jahr nach Einführung der Neuroleptikabehandlung anstieg. Unspezifische Verbesserungen wurden als Gründe hierfür gemutmaß, spezifische Neuroleptikaauswirkungen ließen sich nicht aufzeigen. Die Entlassungsraten waren dabei von etwa 43% (Aufnahmejahr: 1953) auf etwa 71% (Aufnahmejahr: 1956) für das gesamte untersuchte Krankengut angestiegen, wobei die nicht-medikamentös behandelten Patienten durchweg höhere Raten aufwiesen als die mit Neuroleptika Behandelten. Auch hier konnte *Linn* trotz einer durchgeführten Subgruppenanalyse keine Verzerrungseffekte wie beispielsweise durch einen inhomogenen Gruppenaufbau aufzeigen.

-Tabelle 19-

Entlassungsrate von medikamentös/nicht-medikamentös Behandelten (D.C., USA),
1953-1956, nach *Linn EL* (1959)⁵³²

Aufnahme-jahr	Entlassungsrate der medikamentös behandelten Patienten	Entlassungsrate der nicht-medikamentös behandelten Patienten	Entlassungsrate gesamt
1953	k.A.	43%	43%
1954	23%	45%	37%
1955	65%	71%	67%
1956	69%	k.A.	71%

Linn vermutete, daß die erhöhten Entlassungsraten Folge einer optimistischen und entlassungsfördernden Einstellung des Personals den Kranken gegenüber herrührte. Ob dieses wiederum indirekte Folge der Neuroleptikaeinführung sein mochte, konnte zwar gemutmaßt, aber ein Kausalitätsverhältnis abschließend nicht bewiesen werden. *Direkte* Neuroleptikaeffekte hingegen waren unwahrscheinlich angesichts der durchweg schlechteren, niedrigeren Entlassungsraten unter den neuroleptisch Behandelten.

⁵³² *Linn EL* (1959), S. 786

Somit schien diese Transformationsstudie derjenigen von *Brill* und *Patton* zu widersprechen, weil sich keine spezifischen oder faßbaren Neuroleptikaauswirkungen nachweisen ließen. Vielmehr schien es sogar, als wären die Neuroleptika kontraproduktiv im Sinne einer entlassungsfördernden Wirkung gewesen. Die genauen Gründe für diese Diskrepanzen blieben unklar.

Abschließend muß bei dieser Studie somit festgehalten werden, daß Neuroleptika nicht eine direkte entlassungsfördernde Wirkung aufgezeigt hatten. Es kann aber von einer insgesamt verbesserten Atmosphäre im St. Elizabeths Krankenhaus gesprochen werden, die sich in Form verstärkter Entlassungen niederschlug. Mitberücksichtigung erfuhr so mancher mögliche Verzerrungsfaktor wie z.B. die soziale Schicht der Patienten, diagnostische Kriterien, unterschiedliche Symptombilder unter den Patientengruppen oder administrative Veränderungen bzgl. Aufnahme- und Entlassungskriterien, so daß insgesamt von einem aussagekräftigen Ergebnis der Studie ausgegangen werden konnte. Es schienen statt neuroleptikaspezifische vielmehr unspezifische Faktoren am Werk gewesen zu sein, wodurch diese Untersuchung damit eine der ersten kritischen Stimmen in der bis jetzt von *Brill* und *Patton* dominierten Transformationsdiskussion darstellte

Kalifornien, USA⁵³³

Autoren: Leon Epstein, Richard Morgan, Lynn Reynolds

Studientitel: „Ein Ansatz zur Auswirkung der ataraktischen Medikamenten auf Krankenhausentlassungsraten“

Erscheinungsjahr: 1962

Methodik: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Diese Arbeit kam zu einem neuroleptikakritischen Ergebnis, was deswegen von Interesse war, weil gerade in Kalifornien in den 1950er Jahren eine prozentual gesehen große Patientenabnahme stattgefunden hatte. *Epstein* und seine Mitarbeiter hatten folgendes festgestellt: „Es ist [...] eine Tatsache, daß hinsichtlich der untersuchten Gruppen ein Unterschied zu finden ist zwischen der Hospitalisierungsquote der mit Ataraktika [d.h. Neuroleptika, PJ] behandelten Patienten und den nicht so behandelten; die *unbehandelten* Patienten zeigen übereinstimmend eine *etwas niedrigere*

⁵³³ Epstein LJ et al (1962)

Hospitalisierungsquote. Ferner besitzen die Krankenhäuser, in welchen erstaufgenommene schizophrene Patienten zu einem höheren Prozentsatz mit diesen Medikamenten behandelt werden, eine etwas höhere Hospitalisierungsrate als die Gesamtheit der Krankenhäuser. Dieses scheinen provokative Daten zu sein“.⁵³⁴

Es handelte sich bei dieser Studie um eine Kohortenanalyse, die an weißen männlichen erstmals aufgenommenen Schizophrenen im Alter zwischen 25 und 44 Jahre durchgeführt worden war. Diese Gruppeneinseitigkeit war, wie die Autoren es angaben, als eine methodische Schwachstelle ihrer Untersuchung anzusehen, ließ sich jedoch aufgrund bestimmter logistischer Konstellationen nicht vermeiden. Die Untersuchung umschloß alle kalifornischen Psychiatriekrankenhäuser und die Jahre 1950, 1956 und 1957.

Dabei war zunächst der Eindruck entstanden, ähnlich wie in New York, daß die Abnahme der Patientenzahlen, die ab Mitte der 1950er Jahre einsetzte, auf Neuroleptika und ihren Auswirkungen zurückzuführen sei. Doch die durchgeführte Analyse zeigte Gegenteiliges auf: Zwar war der Krankenstand der Psychiatriekrankenhäuser insgesamt abgesunken und auch die Hospitalisierungsrate der noch nach sechs Monaten im Krankenhaus befindlichen Patienten von etwa 45% (1950) über knapp 35% (1956) auf ca. 33% (1957) stetig abgesunken. Doch bei einer Vergleichsanalyse besaßen die niedrigsten Hospitalisierungsraten nicht die mit Neuroleptika therapierten Patienten, sondern gerade die *nicht*-medikamentös Behandelten. Der Unterschied war beachtlich: Im Jahre 1956 waren knapp 25% der Patienten, die mit Neuroleptika behandelt wurden, nach einem Jahr im Krankenhaus untergebracht, während sich nur noch ca. 12% der medikamentös Unbehandelten noch nach einem Jahr im Krankenhaus befanden – ein Unterschied zu Ungunsten der medikamentös Behandelten von 13 Prozentpunkten.

Auch bei einem Vergleich der drei jeweils medikamentös am intensivsten (49% aller untersuchten Patienten erhielten dort Neuroleptika) behandelnden mit den drei am wenigsten intensiv (26% erhielten eine neuroleptische Therapie) therapierenden Psychiatriekrankenhäuser, schienen die Neuroleptika keine günstigen Veränderungen herbeigeführt zu haben. Während jedes der sechs Krankenhäuser noch im Jahr 1950, also vor Einführung der Neuroleptika, mehr oder minder identische Hospitalisierungsraten

⁵³⁴Epstein LJ et al (1962), S. 44. Hervorhebung durch *Peter Jurczyk*.

besessen hatten, hatte sich dieses Bild sieben Jahre später mit Einführung der Neuroleptika gewandelt. Im Jahr 1957 wiesen eben jene drei Krankenhäuser, die verstärkt mit Neuroleptika arbeiteten, schlechtere, d.h. höhere Hospitalisierungsraten auf als die Krankenhäuser, welche weniger stark medikamentös therapierten. Eine eindeutige Erklärung konnten die Autoren hierfür nicht finden.

Doch Verzerrungseffekte sind natürlich denkbar. *Epstein, Morgan und Reynolds* gaben selber einige davon an: „Diese Daten sind einer Vielfalt an Interpretationen zugänglich. [...] Diese Daten können die Vermutung nahelegen, daß Patienten unter Erhaltungsdosis und nicht Therapiedosis in Kalifornien behandelt worden sind. Ein anderer Psychiater wendet ggf. ein, daß die behandelnden Psychiater nur die besonders kranken Patienten, die ansonsten länger hospitalisiert geblieben wären, zur Therapie auswählten. Ein weiterer Psychiater mag vielleicht so weit gehen und vermuten, daß die Ursache dieser Ergebnisse darin liegt, daß die behandelten Patienten vor allem länger hospitalisiert bleiben mußten aufgrund von Nebenwirkungen“.⁵³⁵ Andere Faktoren wie Populationsunterschiede oder eine mangelhafte Personalstruktur sind ebenfalls denkbar.

Doch trotz dieser vorstellbaren Verzerrungseffekte, die in der Studie zwar nicht gefunden, aber auch nicht zweifelsfrei auszuschließen waren und erst durch eine umfassende Datenanalyse entweder bestätigt oder verworfen werden müßten, muß das Studienergebnis als ein kritisches gegenüber Neuroleptikaeffekten aufgefaßt werden. Eine direkte transformatorische Wirkung den Medikamenten nachzusagen schien angesichts dieser Ergebnissen schwerlich möglich, wobei unklar ist, wie die allgemeine Verbesserung der kalifornischen Psychiatriekrankenhäuser, die sich in abnehmenden Hospitalisierungsraten z.B. niederschlugen, zwischen 1950 und 1956/57 überhaupt zustande gekommen war. Möglicherweise waren sie Zeichen unspezifischer Verbesserungen.

Im Fazit sprachen sich die Autoren angesichts dieser Ergebnisse vorsichtig, aber bestimmt, gegen direkte und deutliche Neuroleptikaauswirkungen aus: „In Bezug auf männliche Patienten, die als an Schizophrenie leidend diagnostiziert und erstmals aufgenommen wurden, und in so weit ataraktische [d.h. neuroleptische, PJ] Medikamente in diesen Krankenhäusern in den Jahren 1956 und 1957 benutzt wurden, scheint ihr

⁵³⁵ Epstein LJ et al (1962), S. 41

Gebrauch nicht mit erhöhten Entlassungsraten, welche in den letzten Jahren beobachtet worden sind, assoziiert zu sein. Es ist durchaus möglich, [...] daß andere Faktoren, welche mit ihrem Einsatz verbunden sind, eine veränderte Krankenhausatmosphäre herbeigeführt haben mit häufigeren und früheren Entlassungen. Viele andere Verbesserungen und administrative Veränderungen sind jedoch ebenfalls in dieser Zeit vonstatten gegangen, so daß klare Schlußfolgerungen nicht möglich sind“.⁵³⁶

Colorado Psychiatriekrankenhaus, USA⁵³⁷

Autoren: *Ted Smith, Willis Bower, Clifton Wignall*

Studientitel: „Einfluß der Administration und Medikamente auf den Patientenbestand des öffentlichen Psychiatriekrankenhauses von Colorado“

Erscheinungsjahr: 1965

Methodik: Chronologisch-sukzessiv

Inhalt/Analyse: Die Studie um *Smith, Bower* und *Wignall* in Colorado orientierte sich nicht nur stark an der New Yorker Transformationsstudie von *Brill* und *Patton*, sondern schien ihr in vielen Aspekten nachgebildet wie beispielsweise bei der Methodik als auch den untersuchten Transformationsparametern. Ein vergleichbar ähnliches Ergebnis war daher zu erwarten. Umso überraschender, daß die Autoren stattdessen zu einem anderen Ergebnis kamen: Zwar wurden den Neuroleptika ein Veränderungspotential in der Psychiatrieversorgung nicht abgesprochen, aber die Rolle administrativer und organisatorischen Faktoren wurden als maßgeblicher als der alleinige Einsatz der Medikamente angesehen. „Die überwältigende Folgerung aus [unserer] Studie ist, daß die spezifischen therapeutischen Vorteile, welche vom Einsatz der Neuroleptika erwachsen können, bestimmt werden von der Politik der Krankenhausverwaltung und die Art und Weise wie das Krankenhauspersonal organisiert ist“.⁵³⁸

Am Psychiatriekrankenhaus in Colorado – es gab bis 1961 nur ein einziges in diesem Bundesstaat – war ab 1954 die neuroleptische Therapie rasch und verbreitet eingesetzt worden. Etwa zeitgleich nahm die Zahl der an Patienten durchgeführten Zwangsmaßnahmen ab – eine Ähnlichkeit zu New York. In Colorado, ebenfalls ähnlich

⁵³⁶ Epstein LJ et al (1962), S.44

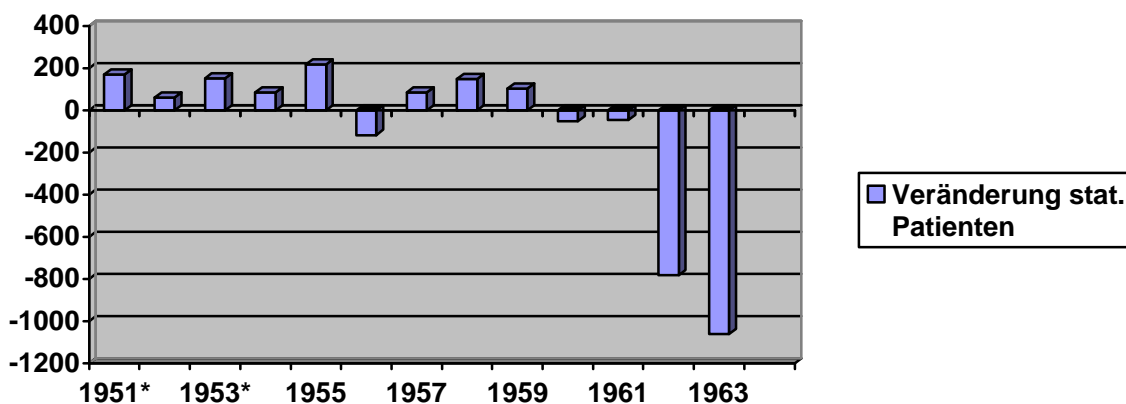
⁵³⁷ Smith TC et al (1965)

⁵³⁸ Ebenda, S. 361-362

wie in New York, war gemäß den Autoren diese Anfangszeit von einem positiven Stationsklima gekennzeichnet: „Das Personal reagierte auf die Medikamente mit Enthusiasmus während des ersten Jahres ihres Gebrauches ab 1955. Diese Einstellung verursachte eine zeitweise gelockereere Entlassungspolitik“.⁵³⁹ Es kam zu einer Abnahme der Zahl stationärer psychisch Kranker im Jahr 1956 [siehe *Abbildung 5*]. Es schien eine Trendwende eingetreten zu sein angesichts der vorhergegangenen Jahren in denen eine stete Patientenzunahme das Krankenhaus logistisch belastet hatte. Eine Neuroleptikakausalität schien denkbar.

-Abbildung 5-

Jährliche Veränderung stationärer Patienten (Colorado) 1951-1964,
nach *Smith TC et al (1965)*⁵⁴⁰



Doch setzte sich die Patientenabnahme des Jahres 1956 anders zusammen als in den New Yorker Psychiatriekrankenhäusern der Fall gewesen: Einerseits stand der erhöhten Entlassungsrate des Jahres 1956 eine (leicht) gesunkene Aufnahme rate gegenüber, andererseits rührte sie aus einem Anstieg der Todesfallzahl des Jahres 1956 her, wobei deren exakte Ursachen nicht eruiert werden konnten. Wollte man eine Kausalität zwischen den Neuroleptika und der Abnahme postulieren, so konnte allerhöchstens die

⁵³⁹ Smith TC et al (1965), S. 354

⁵⁴⁰ Ebenda, S. 353-354

erhöhte Entlassungsrate neuroleptikabedingt erklärt werden, was aber nur eine Teilkomponente der Abnahme darstellte. *Tabelle 20* erläutert diese Entwicklung.

-Tabelle 20-

Veränderungen der Patientenzahlen im Colorado Psychiatriekrankenhaus 1955-1962,
nach *Smith TC et al (1965)*⁵⁴¹

Jahr	Gesamtaufnahmen (Wiederaufnahmerate)	Todesfälle	Entlassungen	Zu-/Abnahme Patientenzahlen
1955	1.326 (n.a.)	517	n.a.	+217
1956	1.286 (37,2%)	603	800	-117
1957	1.387 (42,3%)	556	748	+83
1958	1.626 (49,0%)	588	890	+148
1959	1.850 (46,8%)	642	1.107	+101
1960	1.684 (44,4%)	603	1.132	-51
1961	1.890 (43,3%)	545	1.390	-45
1962	1.848 (48,3%)	668	1.962	-782
1963	1.881 (47,0%)	520	2.421	-1060

Einem postulierten Neuroleptikaeffekt schien zu widersprechen, daß die Patientenzahlen des untersuchten Krankenhauses nach einer einmaligen Abnahme nach 1956 wieder anstiegen, ein Anstieg, der von 1957 bis 1959 anhielt. Obgleich die Entlassungszahlen stetig zunahmen seit 1957, so war dieses proportional nicht so stark wie die Zunahme der Aufnahmezahlen.⁵⁴² Diese Entwicklung stand im Kontrast zu derjenigen New Yorks, wo die Abnahme der Patientenzahlen ab 1956 unentwegt und aufgrund deutlich erhöhter Entlassungsraten angehalten hatte.⁵⁴³ Die Autoren aus Colorado vermuteten, daß diese

⁵⁴¹ Smith TC et al (1965), S. 354. Es liegen leider keine Angaben zum Gesamtpatientenstand der jeweiligen Jahre vor, weswegen nur die Nettoveränderungen angegeben werden konnte.

⁵⁴² Ebenda, S. 353. Im Zeitraum 1955 bis 1962 nahm die Zahl der mit Neuroleptika behandelten Patienten rasch zu, vor allem 1955 bis 1957: 1955 waren es knapp 500 (1955), 1956 schon ca. 1500, 1957 etwa 2100, 1958 ca. 2300, 1959 knapp 2500 und 1962 etwa 2700 neuroleptikabehandelte Patienten.

⁵⁴³ Brill H et al (1962), S. 22

Unterschiede auf verwaltungs- und ggf. versorgungstechnische Einflüsse zurückzuführen waren.⁵⁴⁴

-Tabelle 21-

Veränderung der Diagnosegruppen 1951, 1956 und 1961, nach *Smith TC et al (1965)*⁵⁴⁵

Diagnosegruppe	Patientenstand im Jahr 1951	Patientenstand im Jahr 1956	Patientenstand im Jahr 1961
Schizophrenie	2.403	2.445 (+42)	2.451 (+6)
Senile Psychosen	1.064	1.126 (+62)	981 (-145)
Involutionspsychosen	45	65 (+20)	41 (-24)
Manisch-depressive Psychose	160	130 (-30)	108 (-22)
Allgemeine Parese	274	231 (-43)	184 (-47)
Epilepsie	221	225 (+4)	243 (+18)
Geistig Behindert	585	641 (+56)	692 (+51)
Andere	303	565 (+262)	700 (+135)

Auch eine Analyse der Veränderungen der Diagnosegruppen [siehe *Tabelle 21*] zwischen dem „präneuroleptischen“ Jahr 1951 und den „postneuroleptischen“ Jahren 1956 und 1961 zeigte eine Entwicklung auf, die mehr gegen denn für spezifische Neuroleptikaeffekte sprach. So war beispielsweise die Zahl der manisch-depressiven Patienten stetig gesunken und stand im Kontrast zu der der Schizophrenen, die einen (geringfügigen) Anstieg erlebt hatte. Gerade einige Patientengruppen, welche nur bedingt von einer Neuroleptikatherapie profitieren wie die senilen Psychotiker und Involutionspsychotiker, hatten ebenfalls zwischen 1951 und 1961 eine Abnahme ihrer Zahlen erfahren.

⁵⁴⁴ Smith TC et al (1965), S. 354. „Dann, während des folgenden Jahres [1957, PJ] [...], wurde festgestellt, daß viele der jüngst entlassenen Patienten wieder zurückkamen. [...] Zur selben Zeit wurden die Kontrollen zur Patientenentlassung wieder zentralisierter und strenger. Es gibt auch unter dem Pflegepersonal Erinnerungen daran, daß sich unter den Stationsärzten eine demoralisierte Haltung ausbreitete“.

⁵⁴⁵ Ebenda, S. 355. Die Diagnosegruppenbezeichnungen sind übersetzt und beibehalten worden und orientieren sich am US-amerikanischen DSM-I. Außerdem: Der nur *geringfügige* (statt eines starken) Anstieg der Schizophrenien kann zwar u.U. als ein Erfolg der Neuroleptika angesehen werden, doch im großen und ganzen ist er, wenn überhaupt, nur sehr gering ausgeprägt.

Es sprach folglich so manches gegen einen deutlichen Neuroleptikaeffekt. Daß darüberhinaus erst ab 1959 eine deutliche und langanhaltende Abnahme stationärer Patientenzahlen einsetzte, in einem Jahr, in dem die neuroleptische Therapie schon seit knapp sechs Jahren im Einsatz war, machte die Neuroleptika ebenfalls als Ursache wenig wahrscheinlich. Vielmehr rückten andere Faktoren in das Blickfeld der Autoren: Eine Veränderung der Versorgungsstruktur des Colorado Krankenhaus wurde hierfür eruiert, die durch ein im Januar 1959 veröffentlichter Bericht der US-Gesundheitsbehörde mit darin angeprangerten Mängeln wie Überbelegung und Personalmangel ausgelöst worden war.⁵⁴⁶ Dadurch traten erste Veränderungen 1959, das Gros administrativer Umwälzungen jedoch insbesondere ab 1961 ein. So wurden den Stations- und Klinikärzten erweiterte und vergrößerte Befugnisse in Patientenangelegenheiten (auch – entlassungen) gegeben, Personal- und Patiententreffen zur Therapiebesprechung wurden eingerichtet, eine Dezentralisierung von Patientenpflegeeinrichtungen vorgenommen, die Entbürokratisierung des Entlassungsvorganges durchgesetzt und der verstärkte Einsatz von Sozialarbeitern eingeführt.⁵⁴⁷ Eine Kausalität zwischen den absinkenden Zahlen und den Administrationsfaktoren bleibt unbewiesen, scheint jedoch deutlich wahrscheinlicher als die 1954 eingeführte Neuroleptikabehandlung.

Dem Fazit von *Smith et alii* ist daher wohl beizupflichten: „Psychotrope Medikamente wurden im Psychiatriekrankenhaus von Colorado fünf Jahre lang benutzt, ehe sich eine signifikante Veränderung in der Krankenhauspopulation abspielte. In ihrem sechsten Jahr folgten den plötzlichen administrativen und organisatorischen Veränderungen eine starke Verringerung des Patientenbestandes. Im gewissen Sinne war dieses eine verspätete Antwort auf die potentiellen Populationseffekte der medikamentösen Therapie und veranschaulicht, daß administrative Politik weitreichende Auswirkung auf die Größe und Charakter eines Patientenbestandes haben kann.“⁵⁴⁸ „Wenn Medikamente therapeutische Vorteile haben sollen, so müssen sowohl die Krankenhausverwaltung als auch ihre Organisation dieses Ziel unterstützen“.⁵⁴⁹

⁵⁴⁶ Dieser Bericht erinnert in Ansätzen an die Psychiatrieenquête, die anderthalb Jahrzehnte später in der BRD z.T. ähnliche Mängel aufdeckte und ebenfalls starken Anklang in der Psychiatriestruktur fand.

⁵⁴⁷ Smith TC et al (1965), S. 360

⁵⁴⁸ Ebenda, S. 361

⁵⁴⁹ Ebenda, S. 362

Großbritannien: Allgemeines

Wie schon in früheren Kapiteln dargestellt, vollzog sich die Enthospitalisierung in Großbritannien ab den 1950er Jahren. Die Patientenzahlen in den psychiatrischen Krankenhäusern nahmen erstmals zwischen 1954 und 1955 ab.⁵⁵⁰ Somit gehörte Großbritannien zu einem der frühesten Länder, die solch eine Abnahme erfuhren; die USA erreichten diesen Punkt ein Jahr später, 1955, Kanada erst im Jahre 1958,⁵⁵¹ die Tschechoslowakei erst im Jahre 1959⁵⁵² und die Bundesrepublik Deutschland erst im Jahr 1970. Angesichts der Einführung der Neuroleptika zumeist ab 1953 oder 1954 muß diese zeitliche Diskrepanz unter den verschiedenen Ländern nicht nur angemerkt, sondern auch betont werden.

Ungenanntes Psychiatriekrankenhaus in England, Großbritannien⁵⁵³

Autoren: Michael Shepherd, Nancy Goodman, David Watt

Studientitel: „Die Anwendung von Krankenhausstatistiken in der Beurteilung der Pharmakotherapie in einer psychiatrischen Population“

Erscheinungsjahr: 1960

Methode: Chronologisch-sukzessiv

Inhalt/Analyse: „Die Auswirkungen der Pharmakotherapie haben sich als sehr gering erwiesen“ so die Folgerung dieser 1960 veröffentlichten Transformationsstudie, die ein englisches, nicht näher benanntes Psychiatriekrankenhaus zum Objekt hatte.⁵⁵⁴ In der Tat war es dort trotz stark zunehmenden Neuroleptikaeinsatzes zu keinen nennenswerten Veränderungen des Patientenbestandes in den Untersuchungszeiträumen 1954 bis 1957 gekommen.

Shepherd, Goodman und Watt legten in ihrer Untersuchung umfangreiche Daten vor, die u.a. Entlassungsraten, Zahl der Aufnahmen, Mortalitätszahlen, diagnostische Aufschlüsselung nach Diagnosegruppen, Zahl der mit Neuroleptika Behandelten und durchschnittliche Verweildauer der Patienteninsassen beinhaltete. In dieser umfassenden Datensammlung ließen sich nur geringgradige Veränderungen und damit keine klaren

⁵⁵⁰ Brooke EM (1962), S. 1211

⁵⁵¹ Epstein LJ et al (1962)

⁵⁵² Vinař O (1965)

⁵⁵³ Shepherd M et al (1960)

⁵⁵⁴ Ebenda, S. 19

Neuroleptikaauswirkungen aufweisen: „Ein statisches Bild wie in dieser Studie dargestellt ist auf den ersten Blick überraschend“, merkten die Autoren hierzu an.⁵⁵⁵ Die Patientenzahlen waren „kontinuierlich von 1947 bis 1958 [angestiegen]“.⁵⁵⁶

-Tabelle 22-

Entwicklung des Krankenhausbestandes (englisches Psychiatriekrankenhaus) 1954-1957,
nach *Shepherd M et al* (1960)⁵⁵⁷

Jahre	Zahl der stat. Patienten	Zahl der Schizophrenen	Anteil neuroleptisch behandelter Schizophrener	Schizophrenenanteil am Patientengut
1954	771	414	1,8%	53,7%
1955	775	420	24,9%	54,2%
1956	787	416,5	31,4%	52,9%
1957	801	420	39,6%	52,4%

Auch der Anteil der Schizophrenen am Patientengut war nahezu konstant geblieben. Die geringfügige Abnahme des Schizophrenieanteils von 53,7% auf 52,4% zwischen 1954 und 1957 konnte zwar als Neuroleptikaeffekt gewertet werden, doch sprach dagegen, daß gerade zwischen 1954 und 1955, als die Neuroleptikabehandlung am stärksten eingeführt wurde, sowohl die Patientenzahl, wie auch die Zahl der Schizophrenen und ihr Anteil am Gesamtkrankengut angestiegen waren und daß die Veränderung statistisch nicht signifikant war.

Möglicherweise manifestierten sich Neuroleptikaeffekte in dem Anstieg der Gesamtentlassungszahlen von 339 im Jahr 1954 auf 452 Patienten im Jahr 1957. Doch ebenfalls denkbar ist, daß dieses als Folge eines erhöhten Entlassungsdruckes zustande gekommen war, waren doch immerhin im selben Zeitraum die Aufnahmezahlen von 422 auf 518 Patienten angestiegen. Hierfür sprach auch, daß diese Tendenz schon in den Jahren vor Neuroleptikatherapie bestanden hatte: „Die Zunahme unter den Entlassungen

⁵⁵⁵ Shepherd M et al (1960), S. 17

⁵⁵⁶ Ebenda, S. 12

⁵⁵⁷ Ebenda, S. 13. Es sind Durchschnittswerte benutzt worden, daher in manchen Fällen die Kommazahlen.

mit dem komplementären Anstieg unter den Aufnahmen, scheint jedoch einfach eine Fortsetzung der Bewegung gewesen zu sein, welche den personellen Veränderungen aus dem Jahr 1952 erwachsen“.⁵⁵⁸ Auch die durchschnittliche Gesamtaufenthaltszeit der Patienten zwischen 1954 und 1958 blieb völlig unverändert bei 7 Jahren und 6 Monaten, einem jedoch, wie angemerkt werden muß, international sehr hohen Wert.

Angesichts all dieser skizzierten Entwicklungen erscheint daher folgendes denkbar: Einerseits ist denkbar, daß es sich bei diesem Krankenhaus z.B. aufgrund der langen Verweildauer seiner Patienten wohl um einen Sonderfall unter den psychiatrischen Krankenhäusern Großbritanniens gehandelt hat. Zwar können auch chronische Langzeitpatienten von einer Neuroleptikatherapie profitieren,⁵⁵⁹ doch sind Verzerrungseffekte durch diese Patientenpopulation vorstellbar und können nicht ausgeschlossen werden. Andererseits ist es möglich, daß trotz eines Anstieges der mit Neuroleptika behandelten Schizophrenen auf nahezu 40% am Ende des Jahres 1957 Neuroleptika nur minimale Veränderungen bewirkt hatten. Welcher Faktor stärker wog, kann aus heutiger Sicht abschließend nicht geklärt werden. Für einer der Autoren dieser Studie, *Michael Shepherd*, hingegen war das entstandene Bild derart eindeutig, daß er selbst über dreißig Jahre später noch an der Meinung festhielt, daß Neuroleptika nur geringe, wenn überhaupt, Transformationsprozesse bewirkt hatten.⁵⁶⁰

Nordöstliches Schottland, Großbritannien⁵⁶¹

Autoren: *McWalter, Mercer, Sutherland, Watt*

Studientitel: „Behandlungsergebnisse von Schizophrenen in einem nordöstlichen schottischen Psychiatriekrankenhaus“

Erscheinungsjahr: 1961

Methode: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: In dieser Transformationsstudie wurden zwei Patientengruppen miteinander verglichen, eine aus dem „Präneuroleptikazeitraum“ 1949-1953 und eine aus dem „Postneuroleptikazeitraum“ 1954-1957. Diese Gruppen umfaßten alle zwischen

⁵⁵⁸ Shepherd M et al (1960), S. 15. Aufgrund mangelnder Daten hierzu, kann die Aussage des Autors nicht kontrolliert werden, sondern muß so hingenommen werden wie geschrieben.

⁵⁵⁹ Z.B. Loch W (1956); Marinow A (1973)

⁵⁶⁰ Shepherd M (1994)

⁵⁶¹ McWalter HS et al (1961)

1949 und 1957 erstaufgenommenen Schizophrenen (insgesamt 221 Fälle) eines schottischen Psychiatriekrankenhauses. Erschwert wurde die Untersuchung dadurch, daß es zu einer im Text wenig spezifizierten „Veränderung der Entlassungspolitik“ im Studienzeitraum gekommen war, die verstärkt die Frauen betraf.⁵⁶²

Folgende Veränderungen ließen sich bei einem Vergleich beider Gruppen aufzeigen:

(1) Während die Gesamtzahl aller Schizophrenieaufnahmen – einmalige und wiederholte Aufnahmen – zulegte, sank unter ihnen der Anteil der schizophrenen Langzeitpatienten ab. Es handelte sich hierbei um eine geschlechtsverschiedene Entwicklung, die die Autoren, wie auch bei den anderen statistischen Zahlen, vielmehr auf administrative Veränderungen als auf die Neuroleptikatherapie zurückführten.⁵⁶³

(2) Eine Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer von nur *einmalig* hospitalisierten Patienten fand statt. Bei den männlichen Schizophrenen sank sie um 5,1% (von 225 auf 214 Tage), bei den weiblichen Schizophrenen um 18,6% (von 167 auf 136 Tage). Die geschlechtsdiskordante Abnahme zu Gunsten der Frauen fällt auf.

(3) Ein deutlicher Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer trat bei den *Wiederaufnahmepatienten* ein: Bei den Männern erhöhte sie sich um 27,2% von 367 auf 467 Tage, bei den Frauen um 8,0% von 440 auf 475 Tage. Auch hier fällt die unterschiedliche Entwicklung beider Geschlechter auf, wobei das Ausgangsniveau ein anderes war.

Von besonderem Interesse ist eine Aufschlüsselung der Verweildauer gemäß eingesetzter Therapieform. Denn während obenerwähnte Zahlen nur bedingt eine Aussage hinsichtlich einer möglichen Neuroleptikaauswirkung zuläßt, fällt ein Vergleich der Verweildauer verschiedener Patientengruppen zu Ungunsten der Neuroleptikatherapie aus [siehe *Tabelle 23*].

⁵⁶² McWalter HS et al (1961), S. 532

⁵⁶³ Ebenda, S. 532. Die Autoren bleiben vage bzgl. der genauen Ursache dieser Geschlechtsdiskordanz, sondern erwähnen nur, daß die Entlassungspolitik das weibliche Geschlecht begünstigte.

-Tabelle 23-

Durchschnittliche Verweildauer Schizophrener, aufgeschlüsselt nach Behandlungsart,
Patientenpopulation 1949-1957, nach *McWalter HS et al (1961)*⁵⁶⁴

Geschlecht	EKT	EKT+Insulinkoma	Insulinkoma	Neuroleptika
Männlich	119 Tage	261 Tage	243 Tage	344 Tage
Weiblich	96 Tage	147 Tage	104 Tage	187 Tage

Es fällt bei diesen Daten eine scheinbare widersprüchliche Entwicklung auf. Denn obgleich eine Verbesserung zwischen 1949 und 1957 eingetreten zu sein schien, wie sie sich auch in sinkenden Aufenthaltszeiten und erniedrigten Chronifizierungsraten niederschlug,⁵⁶⁵ so blieb ihre eigentliche Ursache unklar. Neuroleptikaeffekte als Hauptfaktor schienen wenig wahrscheinlich: Die geschlechtsverschiedenen Entwicklungen, die von den Autoren als Folge administrativer Prozesse gewertet wurden, sprachen hiergegen, aber auch die Tatsache, daß gerade die Gruppe der mit Neuroleptika behandelten Schizophrenen eines der höchsten Verweildauer besaßen.⁵⁶⁶ Denkbar für diese Entwicklungen waren vielmehr andere Faktoren, wie sie schon an anderer Stelle aufgezeigt worden sind – personelle, administrative, finanzielle Faktoren, verstärkte therapeutische Hinwendung usw.

Runwell Hospital Essex, Großbritannien⁵⁶⁷

Autor: Ashley A. Robin

Studientitel: „Der Einfluß von Neuroleptika auf einige Aspekte der Behandlung von Langzeitpatienten“

Erscheinungsjahr: 1962

Methode: Chronologisch-sukzessiv

⁵⁶⁴ McWalter et al (1961), S. 531. EKT steht dabei für „Elektrokrampftherapie“.

⁵⁶⁵ Ebenda, S. 530-531. Der Anteil der chronifizierten Schizophrenen sank von 14,2% (Frauen), bzw. 18,4% (Männer) auf 5,1% (Frauen), bzw. 3,7% (Männer) in der Postneuroleptikagruppe.

⁵⁶⁶ Ebenda, S. 532. Auch die Autoren waren dieser Ansicht: „In this particular instance it underlines the need for great caution in interpreting claims of miraculous improvement in the treatment of schizophrenia by the use of ‘tranquillisers’“.

⁵⁶⁷ Robin AA (1963)

Inhalt/Analyse: Ashley Robin untersuchte in seiner Transformationsstudie die Daten psychischkranker Langzeitpatienten (länger als zwei Jahre daueruntergebracht), die in den Jahren 1952 bis 1958 in Essex hospitalisiert gewesen waren auf mögliche Neuroleptikaauswirkungen. Gerade Schizophrene waren unter den Langzeitpatienten mit einem großen Anteil vertreten⁵⁶⁸ mit oft schlechter Aussicht auf Entlassung⁵⁶⁹ und waren deshalb von großem Interesse in dieser, wie auch späteren⁵⁷⁰ Studien.

Für Robin war aber mindestens ebenso von Interesse, inwieweit im Zeitraum 1952 bis 1958 Änderungen der Entlassungs- und Wiederaufnahmeraten eingetreten waren und inwieweit sich Unterschiede zwischen den mit und den ohne Neuroleptika behandelten Patienten aufzeigen ließen.

Insgesamt zeigte sich, daß es zu einer geschlechtsunabhängigen Zunahme der Entlassungsraten gekommen war zwischen dem prä- (1952-1954) und dem postneuroleptischen (1955-1958) Zeitraum. Eine erhöhte Wiederaufnahmerate war aber ebenfalls eingetreten. Hervorstach besonders die Tatsache, daß eben jene mit Neuroleptika behandelte Gruppe eine *erniedrigte*, d.h. schlechtere, Entlassungsrate aufwies: 8,3% (30 Patienten) dieser Patienten verließen das Essexer Krankenhaus im untersuchten Zeitraum, während 11,6% (91 Patienten) aller nicht-medikamentös Behandelten im selben Zeitraum Entlassung fanden.

Es wurde zwar keine Angabe zur vorherrschenden Therapieform in der nicht-medikamentös behandelten Gruppe gemacht, so daß unklar ist, ob nicht hierdurch Verzerrungseffekt auftreten konnten – wobei daran erinnert werden muß, daß zu jener Zeit und auch noch heute die Neuroleptika als den damals zur Verfügung stehenden Krampfbehandlungs- und Insulinkurformen als überlegen angesehen wurden.⁵⁷¹ Dennoch zeigte eine Subgruppenanalyse auf, daß gerade jene Patienten sich verstärkt in der Neuroleptikagruppe befanden, die als besonders geeignet für einen Neuroleptikaeinsatz anzusehen waren: (1) Jüngerer Alter (unter 50 Jahre alt), (2) kürzerer Krankenhausaufenthalt (=akuterer Krankheitsbild) (3) höherer Anteil an Schizophrenen.

⁵⁶⁸ Morgan NC et al (1957). In dieser Untersuchung machen die Schizophrenen beispielsweise zwei Drittel aller Langzeitpatienten aus.

⁵⁶⁹ Catterson AG et al (1963)

⁵⁷⁰ Frick P et al (1980); Weigand H (1988); Viererbe W et al (1999); Kaiser W et al (2001); Haberfellner EM et al (2004); Haberfellner EM et al (2006)

⁵⁷¹ Angst J (1969)

Daß daher statt einer Verbesserung sich eine gar erniedrigte Entlassungsrate bei eben diesen mit Neuroleptika behandelten Patienten einstellte, fällt auf .

-Tabelle 24-

Entlassungsquote Langzeitpatienten, nach Therapie und Diagnose (Essex), 1952-1958,
nach *Robin AA* (1963)⁵⁷²

Diagnosegruppe	Entlassungsrate der neuroleptisch Behandelten	Entlassungsrate der nicht-neuroleptisch Behandelten
Schizophrenie	7,4%	11,1%
Paranoide Zustände	6,5%	10,6%
Affektive Störungen	16,0%	18,2%
Epilepsie	0,0%	3,8%
Organische Demenz	2,7%	3,3%
Andere	16,7%	22,4%
Gesamt	8,3%	10,4%

Eine weitere Subgruppenanalyse, die sich den schizophrenen Patienten unter den Langzeitpatienten zuwandte (550 von 1232 Langzeitpatienten, d.h. 44,6%), wies Ähnliches nach: Eben jene 39,5% der Schizophrenen, die eine neuroleptische Behandlung erhalten hatten, wiesen niedrigere Entlassungsraten gegenüber den nichtneuroleptisch behandelten auf: Eine 7,4%-ige stand einer 11,1%-ige Entlassungsrate für den Zeitraum 1952-1958 gegenüber. Weiterhin wurde auch bei anderen Diagnosegruppen festgestellt, daß die nicht mit Neuroleptika behandelten Langzeitpatienten bessere Entlassungsraten aufwiesen [*Tabelle 24*]. Dabei galt, so der Autor, das untersuchte Psychiatriekrankenhaus nicht als „therapeutisch untypisch in der Gabe [oder] Dosierung dieser Medikamente“.⁵⁷³

Den Ursprung der Unterschiede zwischen beiden Therapiegruppen konnte der Autor *Robin* abschließend nicht erklären, sondern vermutete sie vielmehr in einer Reihe von

⁵⁷² Robin AA (1963), S. 1077

⁵⁷³ Ebenda, S. 1079

Effekten wie eine bessere Pflege und Beschäftigungstherapie. Doch Medikamenten schrieb er in diesem Kontext ausdrücklich keine positive verändernde Rolle zu: „Neuroleptisch behandelte Langzeitpatienten haben, wenn verglichen mit nicht-neuroleptisch behandelte Patienten, keine bessere Aussicht auf Entlassung und haben gegebenenfalls zu einem gewissen Grad sogar eine schlechtere Aussicht hierauf“.⁵⁷⁴

Norwegen, Skandinavien⁵⁷⁵

Autor: Ørnulv Ødegård

Studientitel: „Entlassungsprofil aus norwegischen Psychiatriekrankenhäusern vor und nach Einführung der psychotropen Medikamenten“

Erscheinungsjahr: 1964

Methode: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Ørnulv Ødegård verglich in seiner Transformationsstudie zwei Gruppen von erstmalig aufgenommenen Krankenhauspatienten: Eine „post-neuroleptische“ (1955-1959) mit einer „prä-neuroleptischen“ (1948-1952) Gruppe. Die Untersuchung umfaßte alle 17 psychiatrische Krankenhäuser Norwegens mit mehr als 18.000 Erstaufnahmefälle, muß daher als eine der umfangreichsten Transformationsstudien angesehen werden.

Vor allem folgende zwei Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind festzuhalten:

(1) Einem Anstieg der Entlassungsrate unter den funktionellen Psychotikern von 63,2% (1948-1952) auf 66,7% (1955-1959) stand ein Absinken, d.h. eine Verschlechterung, der anderen Diagnosegruppen, bei denen Neuroleptika nur bedingt eingesetzt wurden, von 42,4% (1948-1952) auf 39,0% (1955-1959) gegenüber.

(2) Die Entlassungsrate unter den Schizophrenen stieg leicht an – statistisch jedoch nicht signifikant – von einem Wert von 46,5 (1948-1952) auf 48,8 (1955-1959) je 100 Aufnahmen. Es waren zwar in der Tendenz eher geringgradige Veränderungen, aber denkbare Manifestationen eines Neuroleptikaeffektes.

⁵⁷⁴ Ødegård Ø (1964a), S. 1081

⁵⁷⁵ Ebenda

Doch wurden diese beiden – möglichen – Neuroleptikaeffekte durch eine Reihe von anderen Zahlen relativiert. Beispielsweise beeindruckt der unter Punkt 1 erwähnte Anstieg um 3,5 Prozentpunkte bei der Entlassungsrate funktioneller Psychotiker wenig wenn er in einer seit vielen Jahren bestehenden Tendenz ansteigender Entlassungsziffern begriffen wird: Die Entlassungsrate, die 1936 noch bei 52,7% lag, war bis 1948 um deutliche 10,5 Prozentpunkte auf 63,2% angestiegen. Dieser Anstieg um 10,5 Prozentpunkte zeigte einerseits auf, daß auch ohne Neuroleptika eine deutliche Besserung eintreten konnte und sich unter Umständen fortgesetzt hätte ohne Neuroleptikaeinführung und relativierte andererseits den (möglichen) Neuroleptikaeffekt von 3,5 Prozentpunkten als eher nur geringfügige Veränderung. Außerdem war auch ein zeitgleich zum untersuchten Zeitraum stattfindender wirtschaftlicher Aufschwung, bei dem psychisch Kranke erleichtert eine Arbeitsstelle fanden und eine Entlassung dadurch begünstigt wurde, als Mitfaktor für den Anstieg der Entlassungszahlen denkbar.⁵⁷⁶

Gegen positive und deutliche Neuroleptikaeffekte sprach ferner, daß zwischen der Prä- und Postneuroleptikaära die Verweildauer eine – geringe – Verschlechterung erfahren hatte, denn sie war von 5,28 (1948-1952) auf 5,33 Monaten (1955-1959) angestiegen.⁵⁷⁷ Weiterhin war in Norwegen im untersuchten Zeitraum eine Zunahme der Zahl stationärer Patienten und Betten in der Psychiatrie von 2,79 (1948) auf 3,05 (1959) je 1.000 Einwohner eingetreten. Aus *Tabelle 25*, die eine Entwicklung der Entlassungsraten aller 17 norwegischen Psychiatriekrankenhäuser aufzeigt, wird ferner eine uneinheitliche Entwicklung ersichtlich: Trotz der Neuroleptikaeinführung waren neben verschlechterten (fünf Krankenhäuser), auch stagnierende (sieben Krankenhäuser) und verbesserte (fünf Krankenhäuser) Entwicklungen eingetreten, also keine homogene Gesamttendenz. Die Ursache blieb unklar, wobei vom Autor eine Abhängigkeit vom Ausgangsniveau postuliert wurde, d.h. daß ein Krankenhaus mit niedrigerer Entlassungsrate eher eine Verbesserung in der Zeit der Neuroleptikaeinführung durchlief als ein Krankenhaus mit höherer Entlassungsrate.

⁵⁷⁶ Ødegård Ø (1964a)

⁵⁷⁷ Ebenda, S. 775. Es muß angemerkt werden, daß diese Zahl die Verweildauer aller Patienten aller Diagnosegruppen darstellt. Eine Subgruppenanalyse mit Fokus auf die Schizophrenen liegt nicht vor.

-Tabelle 25-

Entlassungsraten der 17 Psychiatriekrankenhäuser Norwegens 1949-53 und 1955-59,
nach *Ødegård Ø* (1964)⁵⁷⁸

Krankenhaus	Entlassungsraten 1949-1953 (je 100 Aufnahmen)	Entlassungsraten 1955-1959 (je 100 Aufnahmen)	Veränderung (in Prozent)
A	60,2	57,6	-4,3
B	44,4	51,4	+15,8
C	53,6	53,6	0
D	51,1	51,4	+0,6
E	54,4	49,0	-9,9
F	56,6	59,6	+5,3
G	46,7	46,5	-0,4
H	53,8	63,9	+18,8
I	66,5	62,3	-6,3
J	67,1	65,5	-2,4
K	49,1	65,4	+33,0
L	52,0	51,2	-1,5
M	57,0	49,8	-12,6
N	75,7	71,6	-5,4
O	34,2	41,1	+20,1
P	58,4	44,9	-23,1
Q	48,7	50,4	+3,5

Es bieten sich mehrere Erwägungen aufgrund der vorgestellten Daten an:

(1) Die Verbesserungen der Entlassungsraten waren inhomogen trotz norwegenweit eingeführter neuroleptischer Medikation. Eine Abhängigkeit vom Ausgangsniveau des

⁵⁷⁸ *Ødegård Ø* (1964a), S. 775

Krankenhauses kann postuliert werden, schmälert aber das Postulat eines ubiquitär wirkenden Neuroleptikaeffektes.

(2) Die Verweildauer blieb nahezu unverändert, und es ließ sich eine Zunahme der stationären Patientenzahlen in Relation zur Bevölkerung feststellen. Dieses sprach gegen einen deutlichen Neuroleptikaeffekt.

(3) Es zeigte sich eine nur geringgradige Verbesserung der Entlassungsraten. Diese war im Kontext eines wirtschaftlichen Aufschwunges und einer schon seit Jahren, zumindest seit 1936, bestehenden Tendenz hin zu stetig verbesserten Entlassungsraten einzuordnen.

Es blieb letztlich offen, wieso sich die norwegischen Zahlen von denen aus New York derart deutlich unterschieden und somit nur sehr bedingt die Theorie einer neuroleptikaassoziierten Psychrieveränderung stützen konnten. Eine Erklärung mag darin liegen, daß dieses mit „grundlegenden Diskrepanzen in der Struktur der Psychiatriekrankenhäuser“ und damit auch –versorgung zusammenhing.⁵⁷⁹ Festzuhalten bleibt jedoch die nicht sehr ausgeprägte Rolle der Neuroleptika: „Der Unterschied zwischen der Vor- und der Nachmedikamentenära ist nicht besonders beeindruckend. [...] Wir wissen nicht, wie sich das Entlassungsmuster entwickelt hätte zwischen 1948 und 1959 wenn die psychotropen Medikamente nicht entdeckt worden wären. Aber es ist einigermaßen sicher, daß sich einige Fortschritte auch in diesem Fall eingestellt hätten, und deshalb können nicht die bescheidenen Verbesserungen, welche wir haben aufzeigen können, ausschließlich den psychotropen Medikamenten zugeschrieben werden“.⁵⁸⁰

Helsinki, Finnland/Skandinavien⁵⁸¹

Autor: Karl Aimo Achté

Studientitel: „Zur Prognose und Rehabilitation bei schizophrenen und paranoiden Psychosen. Eine Vergleichs- und Nachfassungsstudie erstmalig Hospitalisierter in den Jahren 1950 und 1960“

⁵⁷⁹ Ødegård Ø (1964a), S. 778

⁵⁸⁰ Ebenda, S. 773, S. 777. Hervorhebung durch Ødegård.

⁵⁸¹ Achté KA (1967)

Erscheinungsjahr: 1967

Methode: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Karl Achts Ergebnisse stützten sich auf eine Kohortenuntersuchung aus dem städtischen Raum in und um Helsinki, bei welchem aus 263 (1950), bzw. 250 (1960) erstmals hospitalisierten, an Schizophrenie oder paranoider Psychose leidenden, Patienten jeweils 100 ausgewählt und einer statistischen Analyse und einem Vergleich unterzogen wurden. Die eine Gruppe (1950) stellte die präneuroleptische, die andere (1960) die postneuroleptische Gruppe dar.

Die Neuroleptikatherapie war in Finnland rasch eingeführt worden. Zwar fand sich noch ein durchaus beachtlicher Anteil an mit Elektrokrampf- und Insulinkomatherapie behandelten Patienten, doch die therapeutische Betreuung hatte sich deutlich zwischen 1950 und 1960 verschoben: Die Neuroleptikabehandlung machte 100% im Jahr 1960 (1950: 0%), die Insulinkomabehandlung 21% (1950: 75%) und die Elektrokrampftherapie 17% (1950: 55%) aus. Angesichts dieser 100%-igen Anwendung war unter der „postneuroleptischen“ Kohorte daher eine statistisch deutliche transformatorische Neuroleptikaauswirkung zu erwarten.

-Tabelle 26-

Durchschnittliche Verweil-/Aufenthaltsdauer 1950 versus 1960 (Helsinki),
nach Achte K (1967)⁵⁸²

Untersuchte Kennziffer	1950er Gruppe	1960er Gruppe
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Erstaufenthaltes	121,4 Tage	147,7 Tage
Gesamtaufenthaltsdauer innerhalb fünf Jahren der Erstaufnahme	335,0 Tage	332,2 Tage

In der Tat fand sich eine Verbesserung der Gesamtaufenthaltsdauer, die, gemessen in einem Fünfjahreszeitraum innerhalb der Erstaufnahme, um 0,8% abnahm. Es war eine eher niedrige Veränderung. Doch auf der anderen Seite fand sich auch eine

⁵⁸² Achte KA (1967), S. 65

Verschlechterung: Die durchschnittliche Länge des Erstaufenthaltes nahm beispielsweise um 21,7% *nach* Einführung der Neuroleptika zu [vergleiche *Tabelle 26*].

Andere kleine Unterschiede wie eine erhöhte – aber statistisch nicht signifikante – gesellschaftliche Wiedereingliederungsrate oder eine erniedrigte Chronifizierungsrate (d.h. Abnahme der Patienten, welche nach fünf Jahren noch hospitalisiert waren) wurden zwischen der Prä- und Postneuroleptikagruppe ausgewiesen. Insgesamt zeigte sich jedoch ein Fazit, das Neuroleptikaeffekte als sehr wenig bis gar nicht vorhanden auswies. Denn solche geringe, teilweise sogar verschlechterte Veränderungen, trotz eines 100%igen Einsatzes der neuroleptischen Medikation bei einer im Regelfall als diagnostisch gut hierfür geeignet anzusehenden Patientengruppe, deutete auf keine ausgeprägt eingetretene Neuroleptikaauswirkungen hin.

Prag, Tschechoslowakei⁵⁸³

Autor: *Oldřich Vinař*

Studientitel: „Bedeutung der Psychopharmaka in der Psychiatrie“

Erscheinungsjahr: 1965

Methode: Chronologisch-sukzessiv

Inhalt/Analyse: *Oldřich Vinař* veröffentlichte 1965 seine Transformationsanalyse. Sie stammte aus dem damaligen Ostblock und stellte damit eine Minderheit unter den vor allem aus dem Westen stammenden Transformationsstudien dar.⁵⁸⁴

Diese Studie zeigte unter anderem auf, daß auch in einem sozialistischen Land eine Abnahme unter den stationären Patienten zu beobachten war und daß dort ebenfalls eine Diskussion über mögliche Neuroleptikaassoziationen stattfand. *Vinařs* Studie ähnelte dem Vorgehen nach den westlichen Untersuchungen, d.h. daß diverse statistische Parameter wie z.B. die stationäre Patientenzahlen oder die durchschnittliche Verweildauer auf Neuroleptikaeffekte hin untersucht wurden.

Ab dem Jahr 1960 war eine Abnahme stationärer Patienten in der ČSSR eingetreten [siehe *Abbildung 6*]. Weiterhin wurde eine Abnahme der durchschnittlichen Behandlungsdauer von 256 Tagen (1956) auf 190 Tagen (1962), also um knapp 25%,

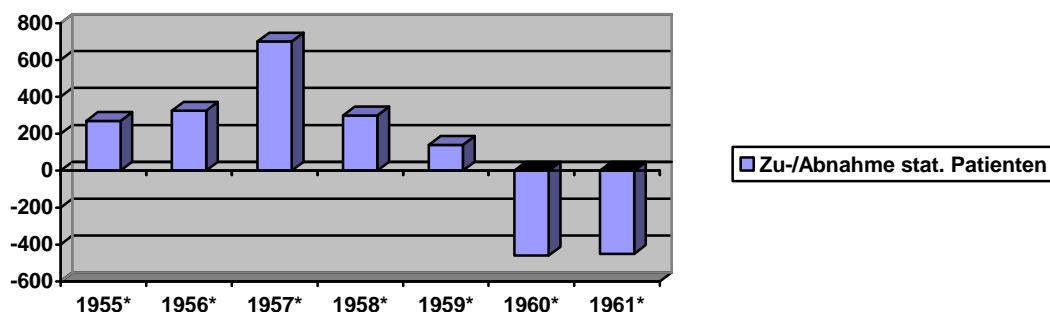
⁵⁸³ Vinař O (1965)

⁵⁸⁴ Es ist unklar, ob im ehemaligen Ostblock eine ähnliche Transformationsdiskussion wie im Westen stattfand. Vgl. hierzu beispielsweise Vinař O (1965); Škoda C et al (1970); Marinow A (1973).

beobachtet. Wenngleich keine Aufschlüsselung nach Diagnosegruppen stattfand und daher unklar bleiben muß, ob es sich bei diesen Verbesserungen um allgemeine versus spezifische, vor allem neuroleptikazugängliche Diagnosegruppen betreffend, handelte, schien eine Parallele zu *Brills* und *Pattons* weiter oben dargestellte New York-Daten vorstellbar. *Vinař* neigte in eben diese Richtung, wenngleich er nicht die Möglichkeit anderer Erklärungsmodelle damit ausschloß.⁵⁸⁵

-Abbildung 6-

Veränderung stationärer Psychiatriepatienten 1955-1961 (ČSSR), nach *Vinař O* (1965)⁵⁸⁶



Dabei sind aber auch andere Erklärungsmodelle in Erwägung zu ziehen angesichts einer Reihe von Diskrepanzen, die sich aufzeigen lassen:

(1) Die Neuroleptika wurden in der Tschechoslowakei routinemäßig und verstärkt ab dem Jahr 1956 eingesetzt. Wie in anderen Ländern auch, wuchs die Verbreitung hiernach rasant an. Die Tatsache, daß sich eine Patientenabnahme erst vier Jahre nach eben dieser

⁵⁸⁵ *Vinař O* (1965), S. 412: „Es ist nötig einzusehen, daß zwar die Einführung moderner Psychopharmaka in die Praxis mit den dargelegten Änderungen koinzidierte, doch genügte das nicht, es als einen wissenschaftlichen Beweis für die kausale Beziehung zwischen diesen beiden Erscheinungen anzusehen. [...] Weitere Faktoren lassen sich nicht ausschließen, auch wenn man sie nicht so konkret bestimmen kann wie die Einführung der Psychopharmaka“.

⁵⁸⁶ *Ebenda*, S. 412. Die mit „*“ markierte Jahreszahlen sind Schätzwerte, die daher rühren, daß die Werte einer Abbildung der Transformationsstudie entstammen und daher gegebenenfalls um einige Prozentpunkte von den ursprünglichen Werten abweichen können. Dieses Vorgehen ist in der Einleitung dieser Arbeit dargelegt worden.

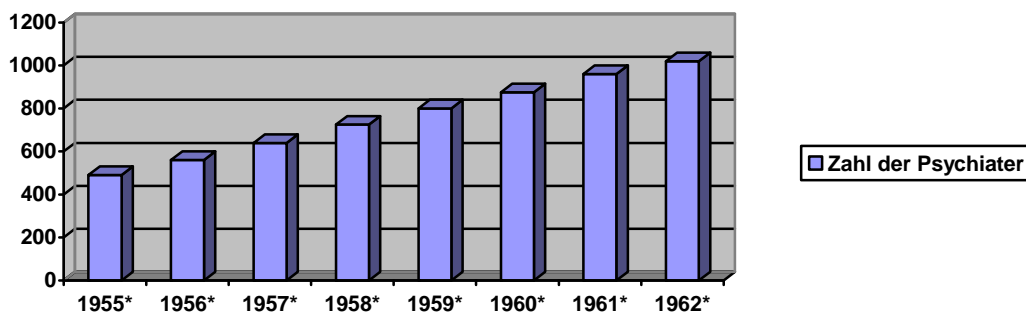
Einführung manifestierte, scheint einer direkten Ursächlichkeit Psychopharmaka und Patientenabnahme wenig Unterstützung bieten zu können.

(2) Es überrascht, daß die Neuroleptika ab dem Jahr 1956 rasch eingeführt wurden und gerade in einem der ersten Jahre breiter Neuroleptikaanwendung – 1957 – eine verstärkte Patientenzunahme stattfand. Es ist zwar denkbar, daß man u.U. den Patienten die neue Therapie in der Anstalt ermöglichen wollte und sie daher verstärkt stationär versorgte und einbehielt. Das findet jedoch im Text keine Substantiierung.

(3) Gemäß den Autoren verbesserte sich sowohl die Qualifikation als auch die Zahl der Psychiater in den 1950er Jahren.⁵⁸⁷ So verdoppelte sich alleine zwischen 1955 und 1962 die Zahl der Psychiater. Die wichtige Rolle des Psychiaters bei der Behandlung ist in Studien gezeigt worden,⁵⁸⁸ daher kann davon ausgegangen werden, daß sich die qualitativ und quantitativ verbesserte ärztliche Betreuung entsprechend statistisch niedergeschlagen hat. Hierdurch ließe sich die Abnahme bei der Verweildauer oder bei der Zahl der stationären Betten durchaus erklären. Folgende Abbildung verdeutlicht den rasanten Anstieg des ärztlichen Personals:

-Abbildung 7-

Zahl der Psychiater in der ČSSR von 1955-1962, nach *Vinař O* (1965)⁵⁸⁹



⁵⁸⁷ Vinař O (1965), S. 413

⁵⁸⁸ Whitehorn JC et al (1960)

⁵⁸⁹ Vinař O (1965), S. 413. Die mit *markierte Jahreszahlen stellen Schätzungen dar, weil sie einer Abbildung entnommen wurden. Vgl. Fußnote zu Abbildung 6.

(4) Deutliche administrative Umstrukturierungen setzten in den 1950er Jahren ein: So hebt *Vinař* die Schaffung eines für den Gesundheitsdienst wichtigen „Landespsychiaters“ hervor, so wie auch „de[n] Umstand, daß die Psychiatrie zu eine[m] der Hauptaufgaben des Gesundheitsministeriums geworden ist“. Details werden nur bedingt genannt.⁵⁹⁰ Diese verstärkte Ressourcenzuwendung wird auch die Psychiatrieversorgung maßgeblich mitgeprägt haben, wengleich schwer zu quantifizieren.

(5) Die zunehmende Wichtigkeit sozialpsychiatrischer und gemeindepsychiatrischer Ideen, welche sich Ende der 50er und Anfang der 60er Jahre im Ostblock bemerkbar machten, können die Veränderungen ebenfalls mit bedingt haben. Die ambulante Betreuung rückte beispielsweise zunehmend ins Blickfeld der Psychiatrieversorgung.⁵⁹¹

Abschließend bleibt zwar festzuhalten, daß die Neuroleptika mitgeholfen haben, den Stationsalltag zu verändern, wenn *Vinař* z.B. davon spricht, daß die „großen, mit unruhigen Kranken angefüllten Säle“ durch sie weniger geworden sind oder gar allmählich verschwanden.⁵⁹² Aber angesichts der oben angesprochenen Erwägungen scheint eine Monokausalität zu Gunsten der Neuroleptika als Psychiatertransformatoren nicht zu substantiieren durch diese Studie.

V.5. Zweiter Teil – Deutschsprachige Transformationsstudien

Universitäts-Nervenlinik Rostock, DDR⁵⁹³

Autoren: Klaus Giercke, Ursula Kleinpeter

Studientitel: „Vergleichende Untersuchungen über Behandlungserfolge bei psychiatrischen Kranken zur Zeit der Konvulsivtherapie und der Psychopharmaka“

Erscheinungsjahr: 1963

Methode: Phasenvergleichend

⁵⁹⁰ Vinař O (1965), S. 412

⁵⁹¹ Ebenda, S. 411: „Diese Entwicklung [d.h. Abnahme der Zahl stationärer Patienten, PJ] zeugt für das absinkende Interesse für die Stärkung der Spitals-Psychiatrie und für das ansteigende Interesse für die neuen Formen, insbesondere für die ambulante Behandlung“

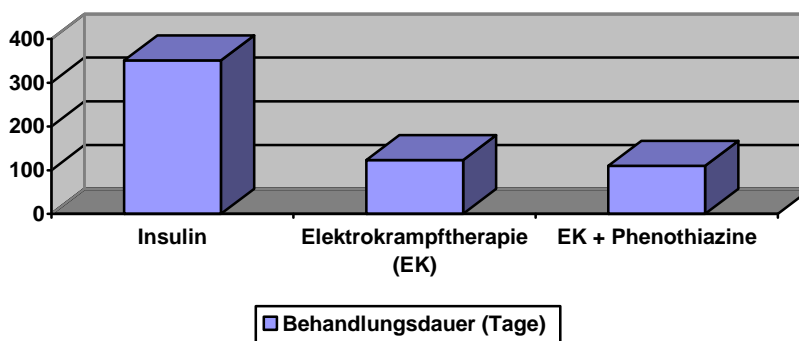
⁵⁹² Ebenda, S. 411

⁵⁹³ Giercke K et al (1963)

Inhalt/Analyse: Forscher aus der Deutschen Demokratischen Republik beteiligten sich ebenfalls an der Transformationsdiskussion. „Es taucht [...], in Hinblick auf den Mangel an psychiatrischen Betten die Frage auf, ob dadurch [durch die Neuroleptika und andere Psychopharmaka, PJ] die stationäre Behandlungsdauer abgekürzt werden kann“.⁵⁹⁴ Es handelte sich bei dieser Studie um eine phasenvergleichende Untersuchung der Zeiträume 1950, 1955 und 1960 bis 1962. Als Fazit sprachen die Autoren von einem „Erfolg moderne[r] Pharmakotherapie“, aber weniger aufgrund der „unwesentlich geändert[en]“ Behandlungszeit zwischen der Vor- und Nachneuroleptikaära, denn aufgrund einer „Auflockerung des Stationsbetriebes“ und Abnahme der Zahl der benötigten Elektrokrämpfe.⁵⁹⁵

-Abbildung 8-

Behandlungsdauer bei Schizophrenen in Abhängigkeit von der Behandlungsform
(Universitäts-Nervenlinik Rostock), nach *Giercke et al* (1963)⁵⁹⁶



Die verbreitete Anwendung neuroleptischer Medikation hatte in der DDR mit einigen Jahren Verspätung eingesetzt, was u.a. mit einer verzögerten und schleppenden industriellen Produktion zu tun hatte und in anderen Ostblockstaaten ähnlich anzutreffen war (siehe die Tschechoslowakei weiter oben). Doch als sie eingeführt wurden, stellten *Giercke* und *Kleinpeter* primär zwei Verbesserungen fest: Auf der einen Seite kam es zu einer Verbesserung der Symptomatik und des Stationsalltages. Auf der anderen Seite

⁵⁹⁴ Giercke K et al (1963), S. 331-332

⁵⁹⁵ Ebenda, S. 336, S. 334

⁵⁹⁶ Ebenda, S. 334

zeigte sich, daß bei solchen Patienten, die nicht nur Elektrokrampftherapie, sondern zusätzlich noch Neuroleptika erhielten, eine Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungsdauer um ca. 10% eingetreten war [siehe *Abbildung 8* weiter oben].

-Tabelle 27-

Zahl der Betten in Psychiatrischen Einrichtungen der DDR von 1951-1965,
nach DDR-Statistische Zentralverwaltung (1955-1967)⁵⁹⁷

Jahr	Betten
1951 (31.12.)	22.235
1952 (31.12.)	23.660
1953 (31.12.)	24.467
1954 (31.12.)	26.009
1955 (31.12.)	27.158
1956 (31.12.)	27.522
1957 (31.12.)	28.400
1958 (31.12.)	28.643
1959 (31.12.)	29.866
1960 (31.12.)	30.742
1961 (31.12.)	30.843
1962 (31.12.)	31.624
1963 (31.12.)	31.575
1964 (31.12.)	31.853
1965 (31.12.)	32.420

Doch diese beiden Punkte sind als Nachweis positiver Transformationsänderungen der Neuroleptika wenig aussagekräftig. Denn zum einen bedingte eine Besserung der Symptomatik nicht unbedingt eine veränderte Entlassungspolitik oder gar Änderung der Psychiatrielandschaft. Zum anderen war die nicht sehr deutliche Reduktion der Behandlungsdauer um knapp 10% zumindest teilweise als Selektionseffekt aufzufassen.

⁵⁹⁷ Staatliche Zentralverwaltung für Statistik (1955-1967)

Denn wie von den Autoren selbst geschildert, erhielten in erster Linie die schon durch Elektroschock symptomatisch gebesserten Patienten Neuroleptika.⁵⁹⁸ Die Neuroleptika wurden also einer bestimmten Subgruppe der untersuchten Schizophrenen gegeben, wodurch Verzerrungseffekte denkbar sind weil v.a. die auf somatische Therapie ansprechende Patienten die Medikamente erhielten. Außerdem ist noch nicht abschließend geklärt, wie Kapitel 3 darstellt, ob eine Kombinationstherapie aus Neuroleptika und Elektrokrampftherapie einen additiven Effekt besitzt.

Betrachtet man zusätzlich die Entwicklung der Bettenzahlen in der gesamten DDR-Psychiatrie, so stellt man fest, daß diese, mit Ausnahme des Jahres 1963,⁵⁹⁹ stetig zulegten [siehe *Tabelle 27*]. Ein Bild transformatorischer Neuroleptikawirkungen im Sinne einer Patientenabnahme ergibt sich hieraus nicht.⁶⁰⁰

Die Aussage der Autoren, wonach „durch die Einführung der psychotropen Substanzen die psychiatrische Behandlung grundlegend geändert und die Behandlungsergebnisse sich erheblich verbessert [haben]“,⁶⁰¹ ist daher angesichts der dargestellten Zahlen kritisch zu werten. Hinsichtlich der Symptomatik mag diese Aussage zutreffend gewesen sein, aber hinsichtlich einer angestoßenen Transformation im Sinne einer Enthospitalisierung der Psychiatrieversorgung und –landschaft ist diese Aussage mindestens anzufechten, wenn nicht sogar anzuzweifeln.

⁵⁹⁸ Giercke K et al (1963), S. 333. Folgende Textpassage verdeutlicht diesen Gedanken: „Bei allen Kranken, die zur *Gruppe der Schizophrenie* gehören, beginnt, soweit somatisch keine Kontraindikationen vorliegen, die Behandlung mit Elektrokonvulsionen. Bei schwer erregten und katatonen Patienten setzen wir zunächst ein bis zwei Blocks und behandeln dann weiter täglich einmal, bis eine deutliche Auflockerung und Beruhigung eingetreten ist. Bei nicht so schwer psychotischen Zuständen führen wir von Anfang an nur eine Krampfbehandlung täglich durch. Nachdem die akut psychotische Symptomatik abgeklungen ist, erhalten die Patienten Phenothiazine. [...] Ist nach 10 bis 12 Elektrokonvulsionen keine weitere Besserung zu erkennen, schließen wir 3-5 Cardiazolkonvulsionen an“. Hervorhebung von *Giercke K et al.*

⁵⁹⁹ Zur Abnahmenursache der Patientenzahl im Jahre 1963, wenngleich mit knapp 50 Patienten, d.h. 0,15% als gering anzusehen, liegen keine näheren Informationen vor. Denkbar wäre, daß die in der DDR allgemein als Aufbruch empfundene Verabschiedung der „Rodewischer Thesen“ hieran mitbeteiligt waren.

⁶⁰⁰ Giercke K et al (1963), S. 336. Außerdem traten weitere psychiatrische Verbesserungen ein, die potentiell psychiatrieverändernd wirken konnten: Neue diagnostische Eingruppierungen wurden eingeführt, die Atmosphäre der psychiatrischen Stationen verbessert (hellere, freundlichere Zimmer), die Öffnung der psychiatrischen Stationen wurde betrieben und intensivere psychotherapeutische Betreuung setzte ein.

⁶⁰¹ Ebenda, S. 335

Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ in Wien, Österreich⁶⁰²

Autor: *Heinrich Gross*

Studientitel: „Fortschritte der Schizophreniebehandlung in der Heilanstalt“

Erscheinungsjahr: 1960

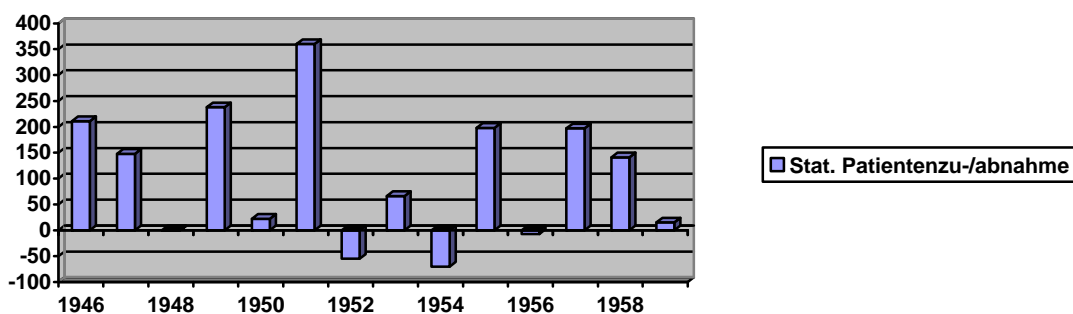
Methode: Chronologisch-sukzessiv und phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Diese aus der Bundesrepublik Österreich veröffentlichte Transformationsstudie war eine der frühesten nicht-englischsprachigen Arbeiten der Transformationsdiskussion. International und in der BRD blieb sie wenig beachtet.

In dieser Untersuchung zeigte sich wie schon in vorangegangenen Studien, eine Diskrepanz zwischen subjektiver positiver Meinung der Psychiatrietätigen gegenüber der Einführung der Neuroleptika – „Die Neuroleptika haben eine bedeutende Besserung des Anstaltsmilieus herbeigeführt“⁶⁰³ – und einem nur bedingten Niederschlag in den Statistiken.

-Abbildung 9-

Veränderung des Gesamtpatientenbestandes im „Am Steinhof“ (Wien) 1946-1959,
nach *Gross H (1960)*⁶⁰⁴



Ab 1953 fanden die Neuroleptika verstärkt Einzug in die österreichische Psychiatrie. Dennoch traten trotz eines breiten Einsatzes keine einheitlichen Veränderungen, wie aus

⁶⁰² Gross H (1960)

⁶⁰³ Ebenda, S. 629

⁶⁰⁴ Ebenda, S. 625

Abbildung 9 ersichtlich, auf. Stattdessen fand sich im Wiener Psychiatriekrankenhaus „Am Steinhof“ eine von Jahr zu Jahr variable, in der Tendenz ansteigende Entwicklung der Patientenzahlen.

Eine Transformationsauswirkung durch Neuroleptika ließ sich hiermit nur ungenügend untermauern. Unter Umständen ließen sich die beiden Nettoabnahmen des Gesamtpatientengutes der Jahre 1954 und 1956 als Neuroleptikaeffekte anführen, doch entkräftet sich dieses Bild angesichts einer Reihe anderer aufgetretenen Veränderungen:

(1) In den Jahren 1948 und 1952, zwei Jahrgänge aus der Vorneuroleptikazeit, waren ebenfalls Nettoabnahmen stationärer Patienten eingetreten. Es war folglich möglich, daß Einzelabnahmen auch ohne Neuroleptikaeinsatz einsetzten.

(2) Die Abnahmen in den Jahren 1954 und 1956 stellten keine einheitliche Entwicklung dar, sondern scheinbar nur begrenzt zusammenhängende Einzelereignisse.

(3) Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer änderte sich nicht wesentlich zwischen 1950/1951 und 1957/1959, wie *Tabelle 28* aufweist. Vielmehr fand sich eine geschlechtsdiskordante Entwicklung und eine Nettozunahme von 0,3%.

-Tabelle 28-

Durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer Schizophrener im „Am Steinhof“ (Wien),
1932-1959, nach *Gross H* (1960)⁶⁰⁵

	1932-1937	1950-1951	1957-1959
Männlich	91,8 Tage	71 Tage	67,2 Tage
Weiblich	48,3 Tage	74,7 Tage	76,6 Tage
Gesamt	63,9 Tage	73,6 Tage	73,8 Tage

⁶⁰⁵ Gross H (1960), S. 625. Es seien drei Bemerkungen zu diesen Zahlen gemacht: (1) Bei diesen Zahlen handelt es sich um die Hospitalisierungsdauerangaben von Schizophrenen, die maximal ein Jahr in der Klinik behandelt worden waren. Langzeitpatienten wurden nicht berücksichtigt. (2) Der Wert aus den Jahren 1932-1937 ist auf niedrigem Niveau im internationalen Vergleich. Eine Ursache läßt sich nicht hierfür finden. (3) Für den Autor *Gross* werden die geschlechtsunterschiedlichen Veränderungen auf die verschiedenen Geschlechtsrollen in der Gesellschaft zurückgeführt. Details werden nicht angegeben.

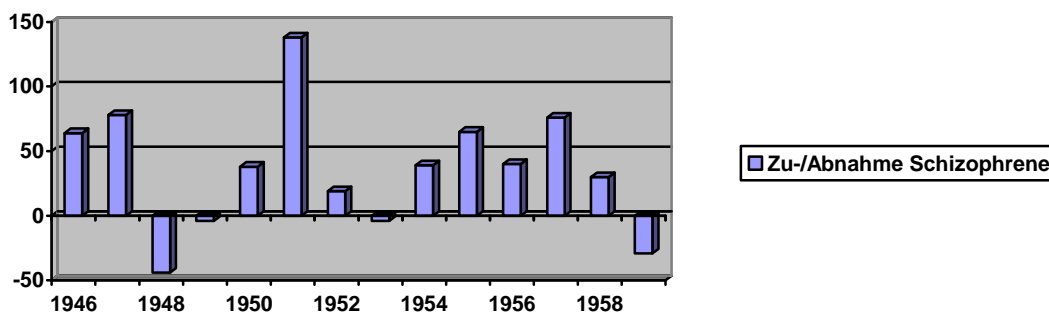
(4) Der Einsatz neuroleptischer Medikation nahm vor allem in den ersten Jahren stark zu, wodurch eine vor allem in diesen Jahren starke Neuroleptikaauswirkung zu erwarten gewesen wäre. Die Heterogenität der Patientenveränderungen untermauert dieses nicht.

(5) Weiter unten [Abbildung 10] wird aufgezeigt, daß die von den Neuroleptika potentiell am meisten profitierende Diagnosegruppe der Schizophrenie keine adäquat spezifischen Veränderungen im Zeitraum 1953-1959 erfuhr. Es muß jedoch angeführt werden, daß die Ursache der Abnahme des Jahres 1953 abschließend unklar bleibt und Neuroleptika als (Mit-)Ursache nicht ausgeschlossen werden können.

Tatsächlich mangelte es an einer klar erkennbaren neuroleptikaspezifischen Verbesserung im Krankenhaus „Am Steinhof“. So nahm die Zahl der Schizophrenen zwischen 1950 und 1960 nicht nur in absoluten Zahlen ausgedrückt deutlich zu – um mehr als 80% – sondern auch ihr relativer Anteil am Gesamtpatientengut vergrößerte sich von 27,4% (1950) auf 34,7% (1959). Wie folgende Abbildung zeigt, kam es gerade, außer 1953,⁶⁰⁶ in den „Neuroleptikajahren“ 1953-1957 zu einer Zunahme der Zahl Schizophrener:

-Abbildung 10-

Nettoveränderung der Schizophrenen im „Am Steinhof“ (Wien) 1946-1959,
nach Gross H (1960)⁶⁰⁷



⁶⁰⁶ Wie schon im Text erwähnt, kann die Ursache der Einzelabnahme des Jahres 1953 (Nettoabnahme um vier Patienten) nicht klar eruiert werden und ist u.U. als Neuroleptikaeffekt anzusehen. Sie stellt jedoch weder eine einheitliche Entwicklung dar noch ist sie quantitativ sonderlich groß.

⁶⁰⁷ Gross H (1960), S. 625

Es ließ sich somit anhand dieser Studie nicht auf eine neuroleptisch geförderte oder induzierte Transformationsentwicklung schließen. Vielmehr war der Patientenstand im ‚kritischen‘ Zeitraum der Neuroleptikaeinführung 1952-1958 angewachsen, darunter die Schizophrenen in verstärktem Maße. Zwar betonte der Autor die „bedeutende Besserung des Anstaltsmilieus“ durch eben diese Medikamente,⁶⁰⁸ doch wie schon verschiedentlich aufgezeigt, bedingte eine symptomatische Besserung nicht transformatorische Maßnahmen.

Universitätsklinik Basel, Schweiz⁶⁰⁹

Autor: *Pierre Christe*

Studientitel: „Entwicklung der Krankenhauspsychiatrie: Die Baseler Universitätsklinik von 1917 bis 1956“

Erscheinungsjahr: 1960

Methode: Chronologisch-sukzessiv und phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Die untersuchte Studie aus Basel entsprach nur in Teilen der Kategorie einer Transformationsstudie, weil sie sich als Hauptaspekt mit der Änderung der Psychiatrie zwischen 1917 und 1957 auseinandersetzte und nur als einer der Nebenaspekte die Rolle der Neuroleptika seit ihrer Einführung in Basel ab 1953 thematisierte. Außerdem muß diese Studie durch Daten und Informationen aus anderen Untersuchungen ergänzt werden, um sie einer Analyse zugänglich machen zu können.⁶¹⁰

Das Bild, das dabei entstand, ähnelte im großen und ganzen demjenigen der schon weiter oben erörterten Studien: „Revolutionäre Wandlungen lassen sich nun hierzulande nicht erkennen. Der tägliche Kampf um freie Betten [...] hat sich [...] nicht wesentlich gemildert. Das Aufheben von Abteilungen für Unruhige war bisher nicht möglich. [...] Die Auswirkungen der Neuroleptica auf die psychiatrischen Krankenhäuser in der Schweiz sind nicht so spektakulär“.⁶¹¹

⁶⁰⁸ Gross H (1960), S. 629

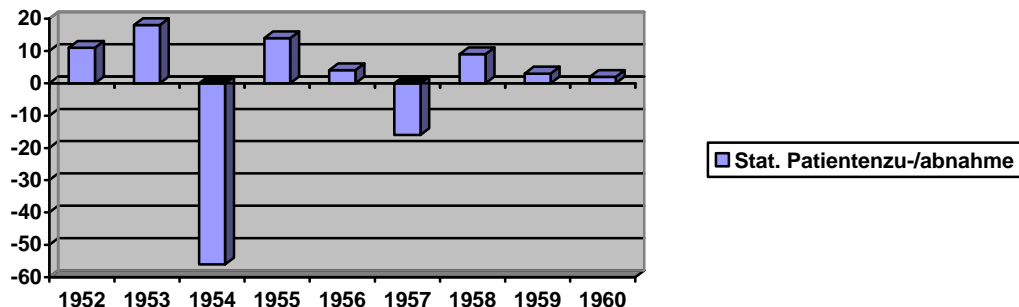
⁶⁰⁹ Christe P (1960)

⁶¹⁰ Die ergänzenden Daten entstammen den Veröffentlichungen Stoll WA (1959) und Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie (1954-1962).

⁶¹¹ Stoll WA (1959), S. 279-284

-Abbildung 11-

Veränderung der stationären Patientenzahlen der Basler Universitätsklinik 1952-1960, nach Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie (1954-1962)⁶¹²



Diese Meinung schien durch die statistische Entwicklungen gestützt. Zwar fanden sich bei einem jährlichen Vergleich der Veränderung des Basler Patientenstandes zwischen 1952 und 1960 zwei Jahre, in denen es zu einer Abnahme der Zahl der stationären Patienten kam – 1954 und 1957 – und für die es keine ausreichende Erklärung gibt und daher eine Neuroleptikaauswirkung nicht auszuschließen und sogar denkbar ist. Doch sprachen insgesamt die Heterogenität und der tendenziell steigende Patientenbestand nur sehr bedingt dafür, daß tiefgreifende und deutliche Verbesserungen, die sich statistisch in einem veränderten Versorgungssystem niederschlugen, als Folge der Neuroleptikatherapie eingetreten war [siehe *Abbildung 11*].

Statistisch von Interesse mochte noch sein, daß zeitgleich zur neuroleptischen Einführung, bei gleichbleibenden Erstaufnahmeraten, eine sehr deutliche Erhöhung der Wiederaufnahmeraten eintrat.⁶¹³ Die anderen statistischen Parameter erfuhren hingegen während dieser Zeitperiode keine einheitliche Veränderung.

Wengleich diese Studie insgesamt wenig Daten aufzeigte und somit in ihrer Aussagekraft eingeschränkt ist, so schien ein vorsichtiges Fazit dahingehend möglich, daß in der Basler Psychiatrie deutliche neuroleptikatransformatorische Veränderungen nicht klar festzumachen waren. Andere Schweizer Psychiater vertraten ebenfalls eine ähnliche Sichtweise und mutmaßten beispielsweise, daß dieses Nichtansprechen auf die

⁶¹² Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie (1954-1962)

⁶¹³ Christe P (1960), S. 260

Einführung neuroleptischer Medikamente im traditionell hohen schweizerischen Niveau der Psychiatrieversorgung zu suchen sei.⁶¹⁴

Bundesrepublik Deutschland: Allgemeines

Wie ersichtlich, handelt es sich bei den bisherigen vorgestellten internationalen Transformationsstudien um Elemente einer vielstimmigen Transformationsdiskussion. Während v.a. in ihrer Frühzeit eine gewisse positive Ansicht gegenüber Neuroleptikaeffekten vorzuherrschen schien, folgten Anfang der 1960er Jahre fast ausschließlich kritischere Arbeiten. Die Transformationsdiskussion, die in der BRD stattfand, bildete in ihrer Mehrheit keine Ausnahme hierzu.

Wie auch in anderen Ländern waren in der BRD die Neuroleptika mit Enthusiasmus aufgenommen worden. Frühe bundesdeutsche Publikationen sorgten für ein Bekanntwerden noch vor der offiziellen Markteinführung des Chlorpromazins (Megaphen®) am 1. Juli im Jahre 1953.⁶¹⁵ Die Verbreitung fand in der bundesdeutschen Psychiatrie rasch statt, wobei namhafte Psychiater wie der Erlanger Psychiatriedirektor *Fritz Flügel* eine wichtige Rolle spielten.⁶¹⁶

Die bundesdeutsche Transformationsdiskussion schlug sich in Publikationen Anfang der 1960er Jahre nieder. Es bleibt unklar, wieso die bundesösterreichischen und schweizerischen Beiträge einige Jahre früher veröffentlicht wurden und wieso diese nur bedingt Widerhall in der bundesdeutschen Wissenschaftsliteratur erfuhren. Aber auch von den Publikationen aus dem nichtdeutschsprachigen Raum fand nur ein Bruchteil Eingang in die bundesdeutschen Transformationsstudien.

Vorab kann festgehalten werden, daß diese bundesdeutsche Transformationsdiskussion einen entscheidenden Unterschied zu denjenigen der beiden Länder Großbritannien und USA aufwies: Die Zahl der hospitalisierten Psychiatriepatienten nahm in der BRD bis 1970 stetig zu, und erst ab 1975, knapp 20 Jahre später als in USA und Großbritannien, setzte eine eindeutige und für viele Jahre ungebrochene Abnahmeentwicklung ein. Es sei auf die Kapiteln 2 und 3, explizit die *Tabellen 4* und *9*, an dieser Stelle verwiesen. Doch die BRD war weniger die Ausnahme denn die Regel hinsichtlich dieser „verspäteten“

⁶¹⁴ Stoll WA (1959)

⁶¹⁵ Irmer W et al (1953)

⁶¹⁶ Bleich S et al (2006)

Patientenabnahme. Eine größere Gruppe europäischer Länder, in denen erst Jahrzehnte nach Einführung der Neuroleptika eine Bettenabnahme erfolgte, gehörte hierzu wie z.B. Italien, Spanien oder Luxemburg.⁶¹⁷

Da keine explizite Patientenabnahme bestand, war der Nachweis einer bundesdeutschen neuroleptikaassoziierten Transformation der Psychiatrie von vornherein deutlich erschwert. Bei einer Analyse der Transformationsstudien muß dieses Faktum einer fehlenden Patientenabnahme stets Mitberücksichtigung erfahren.

Ähnlich der oben bereits praktizierten Form werden im Folgenden die einzelnen Studien hintereinander nach den gleichen Kriterien referiert.

I. Auch: Landeskrankenhaus Bonn, BRD⁶¹⁸

Autor: Wolfgang Auch

Studientitel: „Beeinflußt die Psychopharmakotherapie die Aufnahmeentwicklung, die stationäre Behandlungsdauer und den Verlauf endogener Psychosen? Eine Untersuchung am Aufnahmekrankengut des Rheinischen Landeskrankenhauses Bonn der Jahre 1946-1960“

Erscheinungsjahr: 1963

Methode: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Diese Untersuchung stellte die erste in der Bundesrepublik Deutschland veröffentlichte Transformationsstudie dar. Hierin verglich der Bonner Psychiater *Wolfgang Auch* eingetretene Änderungen zwischen Patienten aus der „präneuroleptischen Zeit“ (1946-51) und der „postneuroleptischen Zeit“ (1955-1960). Er stellte im untersuchten Psychiatriekrankenhaus eine ähnliche Entwicklung wie im bundesdeutschen Raum fest, nämlich eine Zunahme der stationären Patienten- und Bettenzahlen. Sie war sogar überproportional stärker als die Bevölkerung – diese war um 43,6% im Zeitraum 1946 bis 1960 angestiegen⁶¹⁹ – gewachsen [vergleiche *Tabelle 29*].

Hingegen fand sich auch eine deutlich angestiegene Entlassungsrate, die von 69% (1951) innerhalb von fünf Jahren auf 87% (1956) unter den Schizophrenen zunahm. Die Behandlungsdauer der Hospitalisierten – wobei diese Ziffer nur die Behandlungsdauer

⁶¹⁷ Becker T (1985) (Italien); Haug H-J et al (1999) (Luxemburg); Pedrosa Gil F et al (2000) (Spanien)

⁶¹⁸ Auch W (1963)

⁶¹⁹ Ebenda, S. 549. Diese deutliche Zunahme rührt v.a. vom Vertriebenenzuzug Ostdeutscher her.

eines einzelnen Aufenthaltes widerspiegelt, unabhängig ob es sich dabei um eine Erst- oder Wiederaufnahme handelte – hatte sich geschlechtsverschieden unter den Kurzzeitenpatienten (kürzer als anderthalb Jahre hospitalisiert) entwickelt: Bei den Männern stieg sie von 84 auf 88 Tage, bei den Frauen sank sie von 83 auf 70 Tage ab. Es war vorstellbar, daß die Neuroleptika hieran, wie auch dem Anstieg der Entlassungsrate verbessernd gewirkt hatten, wobei keine Gründe für die geschlechtsverschiedene Entwicklung angegeben wurden.

-Tabelle 29-

Gesamtbettenanzahl des Landeskrankenhauses Bonn, nach *Auch W* (1963)⁶²⁰

Jahr	Bettenzahl (Veränderung, verglichen mit 1946)
1946	750
1954	965 (+28,7%)
1960	1150 (+53,3%)

Doch kamen die Patienten nun gehäuft zur Wiederaufnahme, so daß die Schizophrenen des Psychiatriekrankenhauses Bonn eine angestiegene Gesamtbehandlungsdauer, über einen Zweijahreszeitraum hinweg beobachtet, besaßen [siehe *Tabelle 30*].

-Tabelle 30-

Durchschnittliche Behandlungsdauer Schizophrener in Bonn 1950 versus 1958,
nach *Auch W* (1963)⁶²¹

Aufnahmejahr	Durchschnittliche Gesamtbehandlungsdauer: Frauen	Durchschnittliche Gesamtbehandlungsdauer: Männer
1950	107 Tage	110 Tage
1958	129 Tage	145 Tage
Differenz (proz.)	+20,6%	+31,8%

⁶²⁰ Auch W (1963)

⁶²¹ Ebenda, S. 557

Angesichts dieser Zunahme der durchschnittlichen *Gesamtbehandlungsdauer* bei schizophrenen Patienten und der aufgezeigten Zunahme der Patientenzahlen, schienen neuroleptikabedingte Transformationsveränderungen fragwürdig. Vielmehr scheint sich der Versorgungsstand in den 50er Jahren tendenziell wie folgt verändert zu haben: „*Der 1958 aufgenommene, bald entlassene und auch bald wiederkehrende Patient verbringt insgesamt längere Zeit in stationärer Behandlung als der 1950 aufgenommene, nicht so rasch entlassene und nicht so bald wiederkehrende Kranke, wenn beide während zweier Jahre beobachtet wurden*“.⁶²²

Auch untersuchte ebenfalls das Phänomen der „Drehtürpsychiatrie“: Es handelte sich dabei um die Vermutung, daß durch eine erleichterte und vermehrte Entlassung, die unter anderem auch durch Neuroleptika bedingt sein konnte, Patienten entlassen wurden, die in früheren Zeiten als noch behandlungsbedürftig gegolten hätten und noch stationär geblieben wären. Diese Debatte wurde nicht endgültig geklärt und *Auch* konnte in seiner Transformationsstudie diesen Sachverhalt nicht bestätigen.⁶²³

Aufgrund seiner Daten kam der Autor zum Schluß, daß weniger die Neuroleptika *alleine*, als eine Vielzahl bestimmter (Umwelt-)Faktoren mitentscheidend für Transformationsprozesse waren. Waren diese nicht gegeben, so konnten die symptom-bessernden Wirkungen der Neuroleptika nur begrenzt greifen und dem Bedürfnis der psychisch Kranken nach Resozialisierung konnte nur sehr bedingt nachgekommen werden. Sein Schlußfazit sei in größerer Länge wiedergegeben: „Die Psychopharmakotherapie führt zu einer rascheren Teilresozialisierung des Kranken. Ob sie für den Einzelnen in Form einer Entlassung nutzbar gemacht werden kann, hängt vorwiegend von Umweltbedingungen ab. In jedem Falle sollte auf eine ausreichende stationäre Behandlung gedrungen werden, sofern nicht die Voraussetzungen für eine befriedigende ambulante Fortführung der Therapie gegeben sind.“

Durch den Ausbau zwischenpsychiatrischer Einrichtungen kann dem Kranken die soziale Adaption erleichtert und die überfüllte psychiatrische Fachklinik entlastet werden.

Für die Wiederaufnahmesteigerung und Änderungen in der stationären Behandlungsdauer endogener Psychosen kann keinesfalls die Psychopharmakotherapie allein verantwortlich

⁶²² Auch W (1963), S. 556. Hervorhebung von *Auch*.

⁶²³ Ebenda, S. 557: „*Es läßt sich jedoch nicht nachweisen, daß Patienten mit kürzerer Behandlungsdauer auch die größere Wiederaufnahmequote haben*“.

gemacht werden. Bestimmend hierfür sind vielmehr vielschichtige vom Wandel der Zeit abhängige soziale und psychologische Faktoren“.⁶²⁴

II. Meyer, Simon, Stille: Landeskrankenhaus Haar & Universitätsklinik München, BRD⁶²⁵

Autoren: JE Meyer, Gerhard Simon, Dirk Stille

Studientitel: „Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1960“

Erscheinungsjahr: 1964

Methode: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Diese Transformationsstudie beruht auf zwei auf Anregung vom psychiatrischen Professor Meyer in München verfaßten Promotionsarbeiten: Der im Jahr 1964 veröffentlichten Arbeit von Dirk Stille⁶²⁶ und der im Jahr 1965 veröffentlichten Arbeit von Gerhard Simon.⁶²⁷ Meyer, Simon und Stille verglichen in ihrer gemeinsamen Studie abgelaufene Veränderungen des oberbayerischen Landeskrankenhauses Haar und der oberbayerischen Universitätsklinik München der drei Zeiträume 1929-1931 (als „noch keine wirksame Behandlung endogener Psychosen bekannt war“), 1949-1951 (in der „fast ausschließlich Konvulsions- und Insulinkomabehandlung zur Psychosentherapie verwendet wurden“) und 1959-1961 („in denen sich die Pharmakotherapie endgültig durchgesetzt hatte“).⁶²⁸ Dem Landeskrankenhaus Haar galt dem stärkeren Interesse, weil eine „Universitätsklinik ihrem Charakter nach für Therapie-resistente Fälle in der Regel nur Durchgangsklinik sein kann“ und somit verzerrte Ergebnisse bestehen konnten, da davon auszugehen war, daß die Universitätsklinik München häufiger eine Verlegung der schwereren Fälle vornahm.⁶²⁹

Diese Transformationsstudie sprach sich für Neuroleptikaauswirkungen aus und daß sie gerade deswegen in späteren Arbeiten Zitierung fand, wie im 6. Kapitel zu zeigen sein wird, verwundert nicht. Doch die Neuroleptikaauswirkungen wurden als indirekte beschrieben: In den Worten von Meyer et alii stützten ihre Ergebnisse „die Auffassung

⁶²⁴ Ebenda, S. 564

⁶²⁵ Meyer JE et al (1964)

⁶²⁶ Stille D (1964)

⁶²⁷ Simon G (1965)

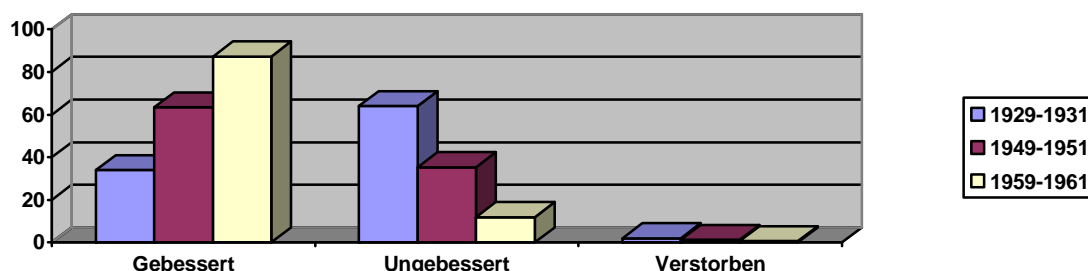
⁶²⁸ Meyer JE et al (1964), S. 166-167

⁶²⁹ Stille D (1964), S. 21

von Brill u. Patton, wonach die Erfolge der Pharmakotherapie nicht durch eine 'Liberalisierung' der psychiatrischen Krankenhäuser gewissermaßen vorgetäuscht sind, sondern diese erst ermöglicht haben".⁶³⁰

-Abbildung 12-

Behandlungsergebnisse der Schizophrenen im Landeskrankenhaus Haar 1929-1961,
nach Meyer JE et al (1964)⁶³¹



So war einer der festgestellten positiven Veränderungen eine deutliche Zunahme des Anteils der symptomatisch gebesserten Patienten von Periode zu Periode [siehe *Abbildung 12*].⁶³² Festgehalten werden muß jedoch, daß diese „symptomatische Besserung“ keine „heilende Besserung“ war.⁶³³ Schon eher als transformatorische Wirkung vorstellbar war hingegen das – leichte – Absinken der Patientenzahlen zwischen 1950 und 1960, wie *Tabelle 31* aufzeigt.

Unter Berücksichtigung eines Bevölkerungsanstieges von 11,4% im *zehnjährigen* Zeitraum 1950 bis 1960,⁶³⁴ stellte diese 3,6%-ige Patientenabnahme eine deutliche Veränderung dar. Zwar war sie nicht so beeindruckend wie in New York gewesen, wo trotz einer Bevölkerungszunahme von knapp 6,5% in *fünf* Jahren zwischen 1955 und

⁶³⁰ Meyer JE et al (1964), S. 177

⁶³¹ Ebenda, S. 171. Die ursprünglichen Kategorien „gut gebessert“ und „leicht gebessert“ sind unter der Kategorie „gebessert“ zusammengefaßt worden.

⁶³² Simon G (1965), S. 28. Die Kategorisierung in „gebessert“, „ungebessert“ und „verstorben“ wurde durch Aktendurchsicht anamnestischer Angaben retrospektiv vom Autor bestimmt.

⁶³³ Freyhan F (1958); Flegel H (1963)

⁶³⁴ Persönliche Mitteilung des Stat. Bundesamtes. Die Bevölkerung Oberbayerns betrug im Jahre 1933 1,7765 Millionen, im Jahre 1950 2,4562 Millionen und im Jahre 1960 2,7350 Millionen Einwohner.

1960 die Zahl der Patienten um 4,9% abgenommen hatte,⁶³⁵ aber nichtsdestotrotz schien diese Patientenabnahme für eine Neuroleptikaauswirkung zu sprechen.

-Tabelle 31-

Gesamtpatientenzahlen im Landeskrankenhaus Haar, nach *Simon G* (1965)⁶³⁶

Jahr	Patientenzahl
01.01.1930	2.291 Patienten
01.01.1950	2.954 Patienten
01.01.1960	2.847 Patienten

Weiterhin fand eine deutliche Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer um 68,1% zwischen den betreffenden Zeiträumen 1949-1951 und 1959-1961 statt. Keine andere Studie hatte solch starke Veränderungen aufgezeigt, die Zahlen schienen gar singulär. Der Blick auf *Tabelle 32* zeigt diese Veränderungen auf.

Doch eine genauere Beschäftigung mit den vorgestellten und anderen Zahlen vermag aufzuzeigen, daß neben potentiellen Neuroleptikaauswirkungen auch andere Erklärungsmodelle, wie auch statistische Verzerrungseffekte oder auch verbesserte Rahmenbedingungen diese deutlichen Veränderungen erklären können:

(1) Die von den Autoren untersuchte und in *Tabelle 32* angegebene Verweildauerstatistik gibt nur die Verweildauer eines einzigen Krankenhausaufenthaltes an. Daher kann sie ein verzerrtes Bild wiedergeben, wenn man die Möglichkeit bedenkt, daß früher entlassene Patienten eventuell verfrüht entlassen wurden und dann wiederholt aufgenommen werden mußten ehe eine Remission erreicht war. Es müßten daher die einzelnen Aufenthalte über einen fixen, z.B. fünfjährigen Zeitraum der einzelnen Patienten untersucht und aufsummiert werden. Vor allem angesichts deutlich angestiegener Wiederaufnahmequoten im Landeskrankenhaus Haar – von 49,3% (1949-1951) auf 68,0% (1959-1961) – und eines deutlich verkürzten zeitlichen Abstandes zwischen Entlassung und

⁶³⁵ <http://fisher.lib.virginia.edu/collections/stats/histcensus/php/state.php>, Stand 05.08.2006

⁶³⁶ Simon G (1965), S. 8

Wiederaufnahme – 34,4% aus der Vergleichsperiode 1959-1961 kamen innerhalb eines Jahres wieder zur Aufnahme gegenüber 24,2% aus der Vergleichsperiode 1949-1951⁶³⁷ – ist ungewiß, inwieweit sich diese Gesamtverweildauer de facto verringert hat. Mit Sicherheit ist jedoch davon auszugehen, daß die Gesamtverweildauer nicht so stark abgesunken ist wie die der präsentierten einmaligen Hospitalisierung in *Tabelle 32*.

-Tabelle 32-

Durchschnittliche Verweildauer und der Anteil der Direktaufnahmen der einzelnen Diagnosegruppen der Schizophrenie und Depression im Nervenkrankenhaus Haar, 1929-1961, nach *Meyer JE et al (1964)*⁶³⁸ et *Simon G (1965)*⁶³⁹

	Verweildauer der Schizophrenen	Direktaufnahme von allen Schizophrenen	Verweildauer der Depressiven	Direktaufnahme von allen Depressiven
1929 – 1931	1400 Tage	3,3 %	791 Tage	27,3%
1949 – 1951	357 Tage	60,0%	212 Tage	79,7%
1959 – 1961	114 Tage	99,3%	90 Tage	98,0%

(2) Das Universitätsklinikum München, wie gängige Praxis in der damaligen Zeit, verlegte „Therapie-resistente Fälle“ in hohem Maße in andere Landeskrankenhäuser, vor allem dem geographisch nahen Landeskrankenhaus Haar.⁶⁴⁰ Erst im Laufe der Zeit wurde

⁶³⁷ Simon G (1965), S. 13+31. Der Vollständigkeit halber seien die Wiederaufnahmequote schizophrener Patienten der ersten Vergleichsperiode – 59,3% – und der Anteil dieser Patienten, die innerhalb eines Jahres nach Entlassung zur Wiederaufnahme kamen – 10,8% – angegeben.

⁶³⁸ Meyer JE et al (1964), S. 170. Die Angaben waren im Originaltext in Jahre, Monate und Tage angegeben, die der Einfachheit halber in ausschließlich Tage in dieser Arbeit umgerechnet wurden.

⁶³⁹ Simon G (1965)

⁶⁴⁰ Stille D (1964), S. 21: „Da eine Universitätsklinik ihrem Charakter nach für Therapie-resistente Fälle in der Regel nur Durchgangsklinik sein kann und für den Zeitraum, in dem die von uns untersuchten Jahresgruppen liegen, auch gleichbleibend war, konnte nicht erwartet werden, daß Unterschiede der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in der Klinik ein signifikanter Maßstab für Unterschiede im Therapieerfolg sein würden, was sich auch im Laufe unserer Untersuchung bestätigte“.

aus dem Landeskrankenhaus, dem „Sammelbecken [...] für jene Geisteskranken, bei denen in der Nervenlinik der Universität München entweder die Remission aus Platzgründen nicht abgewartet werden konnte, oder die Symptomatik auf einen chronischen Krankheitsverlauf hinwies“ eine Institution, die ihre Patienten nicht durch Verlegung erhielt, sondern *direkt aufnahm*.⁶⁴¹ *Tabelle 32* zeigt deutlich diesen Wandel für die Diagnosegruppen der Depression und Schizophrenie zwischen 1929/1931, als die Minderheit der Aufnahmen direkt aufgenommen wurden, und 1959/1961 als die überwältigende Mehrheit direkt aufgenommen wurden, auf. Im Umkehrschluß nahm entsprechend die Zahl der Verlegungsfälle drastisch ab.

Diese massive Reduktion des Anteils der Verlegungsfälle zwischen 1929 und 1961 wird den Charakter des Haarer Krankenhauses von dem einer chronischen Pflegeanstalt hin zu einem Akutkrankenhaus verändert haben. Dieses ist als einer der maßgeblichen Faktoren zwischen den Zeiträumen 1929/1931 und 1959/1961 anzusehen und mag sowohl erklären, wieso einerseits eine derart hohe Verweildauerquote von 1400 Tagen (Schizophrenen) in der ersten Vergleichsperiode bestand und wieso andererseits diese derart drastisch gesenkt werden konnte. Eine der Autoren vertritt eine ähnliche Ansicht.⁶⁴²

(3) In der Periode 1959/1961 wurden noch 64,7% der Schizophrenen mit Elektrokrampftherapie behandelt.⁶⁴³ Dieses hat ggf. verzerrende Auswirkungen gehabt.

(4) Gemäß historischen Kohortenanalysen bestand in einer Reihe von Krankenhäusern seit Jahrzehnten eine eindeutige Tendenz hin zu einer kürzer werdenden Verweildauer, Zunahme der Entlassungsraten und Abnahme der Zahl an Langzeitpatienten ohne im eigentlichen Sinne einen spezifischen Faktor benennen zu können. Auch in deutschen

⁶⁴¹ Simon G (1965), S. 13, S. 46

⁶⁴² Ebenda, S. 32-33: „Damals [d.h. 1929-1931, PJ] hat es sich dabei fast ausschliesslich um *Verlegungen* aus der Universitätsnervenlinik oder der psychiatrischen Abteilung des Schwabinger Krankenhauses in München gehandelt, deren Behandlung sich wohl in den meisten Fällen für diese vorgeschalteten klinischen Einrichtungen als zu langwierig [!] erwiesen hatte. In den Jahren 1949-51 machte dagegen der Anteil der Verlegungen an der Gesamtaufnahmezahl des Nervenkrankenhauses Haar nur noch etwa ein Drittel aus, und in den Jahren 1959-61 war er mit 1-2% demgegenüber kaum noch nennenswert. So konnte [...] der Gesichtspunkt der Behandlung mehr und mehr vor den der Pflege treten“.

⁶⁴³ Ebenda, S. 18

Regionen ist dieser Trend beobachtet worden.⁶⁴⁴ Es ist denkbar, daß solche Faktoren ebenfalls im Psychiatriekrankenhaus Haar mitwirksam waren.

(5) Die Verweildauer der schizophrenen Patienten war in der Periode 1949-1951 mit 357 Tagen Durchschnitt ungewöhnlich hoch. In Norwegen lag sie bei 158 Tagen (5,28 Monaten),⁶⁴⁵ in Schottland bei 225/167 (Männer/Frauen) Tagen,⁶⁴⁶ in den Rheinischen Landeskrankenhäusern bei 145/138 (Männer/Frauen) Tagen⁶⁴⁷ usw. Berücksichtigt man darüberhinaus den Wert von 1400 Tagen für den Zeitraum 1929-1931, so wird erkennbar, daß das Landeskrankenhaus Haar nicht die Regel, sondern die Ausnahme darstellte und unter Umständen andere, schwer zu eruierende Faktoren diese Ausnahmesituation verursachten.

(6) Die Autoren untersuchten neben dem Landeskrankenhaus Haar auch die Universitätsklinik München. In der Münchener Klinik blieb die Verweildauer über alle drei Zeiträume hinweg relativ konstant: 1929-1931 lag sie bei 57 Tagen, 1949-1951 bei 50 Tagen und 1959-1961 bei 65 Tagen.⁶⁴⁸ Ein wesentlicher Grund liegt in den unterschiedlichen Strukturen beider Institutionen. Dennoch veranschaulichen diese Zahlen, daß trotz Neuroleptikaeinführung in ein und der selben Region unterschiedliche Entwicklungen stattfinden konnten in Abhängigkeit von den bestehenden Rahmenbedingungen.

(7) Das Personal wurde deutlich aufgestockt. Daß eine Aufstockung des Personals sich verbessernd auswirken kann, wurde schon früh thematisiert⁶⁴⁹ und kann, zumindest zum Teil, die Verweildauerabnahmen Schizophrener um 74,5% (zwischen der 1. und 2. Vergleichsperiode) und 68,1% (zwischen der 2. und 3. Vergleichsperiode) erklären helfen [siehe *Tabelle 33*].

⁶⁴⁴ Meyer JE et al (1977), S. 282-283: „Zu dieser [...] über 60 Jahre anhaltenden Entwicklung gehört ferner die Abnahme von langfristig hospitalisierten Patienten: Die innerhalb 3 Monaten entlassenen Patienten machen zwischen 1867 und 1871 14%, zwischen 1927 und 1931 55% aus“.

⁶⁴⁵ Ødegård Ø (1964), S. 775

⁶⁴⁶ McWalter HS et al (1961)

⁶⁴⁷ Bartelt I (1966)

⁶⁴⁸ Meyer JE et al (1964), S. 170

⁶⁴⁹ Kalinowsky LB (1958)

-Tabelle 33-

Ärztliches Personal im Landeskrankenhaus Haar, nach *Meyer JE et al* (1964)⁶⁵⁰

Jahr	Zahl der Ärzte (Aufschlüsselung)	Veränderung (proz.)
1930	18 Ärzte (2 Oberärzte; 12 Assistenten, 4 Med. Ass.)	--
1950	20 Ärzte (1 Oberarzt; 15 Assistenten, 4 Med. Ass.)	+11,1%
1960	32 Ärzte (2 Oberärzte; 30 Assistenten, 0 Med. Ass.)	+60,0%

Die Unstimmigkeiten sind zahlreich, wobei sich noch weitere Möglichkeiten aufzeigen lassen, welche psychiatrieverändernd hätten wirken können: Zum Beispiel die quantitativ schwer faßbare, von den Autoren beschriebene „*Bereitschaft zur Frühentlassung* in beträchtlichem Umfang“, „*die Milieuthérapie*“ oder die Tatsache, daß die „Beschäftigungstherapie, Heilgymnastik und Gruppentherapie [...] erst zwischen der zweiten und dritten Vergleichsperiode eingeführt worden“ war.⁶⁵¹ Angesichts dieses Wissens kann die Veränderung der Verweildauer auch dadurch erklärbar werden.

Abschließend muß also festgehalten werden, daß auf der einen Seite eine nur geringe Patientenabnahme eingetreten war, auf der anderen Seite eine dramatische Verweildauerabnahme zwischen der Vor- und Nachneuroleptikaära zu konstatieren war. Alle konnten durch eine Reihe von eingetretenen Verbesserungen bewirkt worden sein, wie z.B. die ärztliche Personalzunahme um 60% zwischen 1950 und 1960 oder einer Milieuverbesserung, um zwei der aufgezählten Punkte erneut anzuführen. Besonders einschneidend muß die dramatische Abnahme der Zahl der Verlegungen von knapp 97% (1929-1931) unter den Schizophrenen auf knapp 1% (1959-1961) gewertet werden. Warum dieses nur bedingt in der umfassenden Studie von *Meyer* und seinen Mitarbeitern thematisiert und näher beleuchtet wurde, ist unklar. Denn gerade dieser Umstand bietet, mehr noch als die Aufstockung des Personals, die Verbesserung des Milieus oder wohl die Neuroleptikaeinführung, eine sehr umfassende Erklärung für die Abnahme der Verweildauer der Patienten. Denn einerseits wurde den Verlegungsfällen, die oft als „schwierig“ empfunden wurden, ggf. mit einer resignierenden Einstellung des Personals begegnet,

⁶⁵⁰ Meyer JE et al (1964), S. 166

⁶⁵¹ Ebenda, S. 176-177. Hervorhebung durch die Autoren *Meyer JE et alii*. Hamilton M et al (1960) thematisiert beispielsweise die verbessernde Rolle der Beschäftigungstherapie.

was sich in negativen Auswirkungen auf die Entlassungs- und Besserungsraten niederschlagen konnte.⁶⁵² Andererseits muß berücksichtigt werden, daß „wohl“ die „langwierig[en]“ und „schwierigen“ Fälle mit voraussichtlich langer Krankheitsdauer in das Krankenhaus Haar verlegt wurden, was einen Selektionseffekt hin zu hohen Verweildauern verursacht haben mochte.

In diesem Kontext ist daher eine eindeutige neuroleptikainduzierte Transformation schwer zu belegen, denn eine Reihe anderer Möglichkeiten kommen in Frage für die eingetretene spektakuläre Verringerung der Verweildauer. Insbesondere scheint der Abfall der Verlegungsraten wesentlich mit beteiligt gewesen zu sein. Aber auch andere Alternativfaktoren, wie z.B. die sehr deutliche und positive Personalveränderung und die Verbesserung der nicht-somatischen Therapien, können diese beeindruckende Zahlen erklären helfen. Es bleibt abschließend fragwürdig, inwieweit die Neuroleptika in dieser Studie Veränderungen verursacht haben.

III. Lauber: Landeskrankenhaus Langenfeld, BRD⁶⁵³

Autor: Hans Lauber

Studientitel: „Studie zur Frage der Krankheitsdauer unter Behandlung mit Psychopharmaka“

Erscheinungsjahr: 1964

Methode: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Hans Lauber, Direktor des Landeskrankenhauses Langenfeld, verglich die beiden Aufnahmezeiträume 1951-1952 und 1961-1962 als Vor- und Nachneuroleptikaära miteinander. Er kam in seiner Studie zum Schluß, daß es neuroleptikaassoziierte Veränderungen in Form einer grundlegenden Änderung der „Atmosphäre und Milieu des psychiatrischen Krankenhauswesens“ gegeben hatte,⁶⁵⁴ sowie Transformationsveränderungen in Form einer Abnahme der Behandlungsdauer bei den Schizophrenen:⁶⁵⁵ Bei den Frauen um 19,0%, bei den Männern immerhin um 11,6%.

⁶⁵² Whitehorn JC et al (1960)

⁶⁵³ Lauber H (1964)

⁶⁵⁴ Ebenda, S. 488

⁶⁵⁵ Ebenda, S. 491: „Bei einer Gegenüberstellung der Aufenthaltszeiten der 1951 und 1961 im Rhein. [sic] Landeskrankenhaus Langenfeld aufgenommenen und über einen Zweijahreszeitraum beobachteten Kranken ergibt sich, daß nach Einführung der Psychopharmakotherapie eine erhebliche Verkürzung der

Angaben zur Entwicklung des Patientenstandes wurden nicht in der Studie gemacht – wobei eine persönliche Nachrecherche gemacht wurde, die weiter unten erörtert wird – so daß aufgrund nur weniger untersuchter Parameter die Studie insgesamt als begrenzt angesehen werden muß.

Es lassen sich aufgrund folgender Gründe Zweifel anführen, ob diese Veränderungen wirklich als neuroleptikaassoziierte Transformation gelten können:

1) Fast alle aufgeführten Diagnosegruppen erfuhren eine Abnahme, so daß der Eindruck des Wirkens unspezifischer Einflüsse nicht ausgeschlossen werden kann. Es mangelt an Daten zur Beurteilung, ob eine Personalverbesserung, administrative Veränderungen, therapeutischer Optimismus, verstärkte Psychotherapie oder Verlegungen eingetreten und wirksam geworden sind. Denkbar sind sie auf alle Fälle.

-Tabelle 34-

Entwicklung der durchschnittlichen Behandlungsdauer nach Diagnosegruppen
(Psychiatriekrankenhaus Langenfeld) 1951-1962, nach *Lauber H* (1964)⁶⁵⁶

Diagnose	Frauen:	Frauen:	Männer:	Männer:
	1951/52	1961/62	1951/52	1961/62
Arterioscler. Cerebri	303,4	307,1	276,0	286,2
Depressive u. Paranoide Bilder im Senium	411,2	220,3	331,2	109,6
Anfallsleiden	363,2	164,4	226,8	141,9
Schizophrenie	328,1	265,9	255,1	225,6
Depressive Erkrankungen	116,0	192,7	281,6	114,1

2) Die schon an anderer Stelle aufgezeigte geschlechtsdiskordante Veränderungen bei der Verweildauer der Schizophrenen sind hervorzuheben, wobei eine ähnliche Tendenz mit einem höheren Grundsockel bei den Frauen z.T. dieses Argument abschwächt. Bei einem

stationären Behandlungsdauer insbesondere bei Anfallskranken, depressiven und paranoiden Erkrankungen im Senium und Schizophrenien eingetreten ist“.

⁶⁵⁶ Lauber H (1964), S. 490

Medikamenteneffekt durch Neuroleptikaeinführung erwartet man gleichsinnige und gleichartige Veränderungen und keine Geschlechtsdiskordanz.

3) Der Ausgangswert der Behandlungsdauer des Langenfelder Krankenhauses lag deutlich über dem des Gesamtrheinlandes: Der 1951/1952er Langenfelder Wert bei Schizophrenen lag bei knapp 328 (Frauen) und 255 (Männer) Tagen, während er im gesamtrheinländischen Vergleich deutlich niedriger, d.h. bei 137,5 (Frauen), bzw. 145,3 (Männer) Tagen lag.⁶⁵⁷ Dieser präneuroleptisch höhere Wert Langenfelds deutet darauf hin, daß bestimmte selektierende Faktoren wirksam waren, die verzerrenden Effekt hätten haben können.

Neben diesen Unstimmigkeiten muß abschließend bemerkt werden, daß das Landeskrankenhaus Langenfeld eine ähnliche Entwicklung wie in der gesamten Bundesrepublik Deutschland vollzog: Die Patientenzahl war angestiegen. Lag sie noch im Jahre 1951 bei 1.440 Kranke, so war sie bis zum Jahre 1960 auf 1.533 Kranke angewachsen,⁶⁵⁸ d.h. um 10%. Damit lag diese Zuwachsrate des Psychiatriekrankenhauses Langenfeld sogar über dem bundesdeutschen Durchschnitt, der bei 7,4% zwischen 1951 und 1960 gelegen hatte.

Angesichts dieser Diskrepanzen und Entwicklungen bleibt fraglich, inwieweit die neuroleptische Medikation tatsächlich die aufgezeigten Veränderungen diverser Dioagnosegruppen bewirkt hatten. Dem Autor, der die Wirkungen der Neuroleptika als behandlungsverkürzend ansah,⁶⁵⁹ kann nur sehr bedingt zugestimmt werden.

IV. Bartelt: Landschaftsverband Rheinland, BRD⁶⁶⁰

Autor: *Irmgard Bartelt*

Studientitel: „Vergleichende statistische Untersuchungen zur stationären Behandlung Schizophrener (1950/51 – 1960/61)“

Erscheinungsjahr: 1966

⁶⁵⁷ Bartelt I (1966)

⁶⁵⁸ Persönliche Mitteilung *Hartmut Belitz* am 20.11.2007; Müller H-W et al (1961), S. 418

⁶⁵⁹ Lauber H (1964), S. 491

⁶⁶⁰ Bartelt I (1966)

Methoden: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Die sechs großen Landeskrankenhäuser des Rheinlandes und daraus gewonnenen Daten wurden von der damaligen Doktorandin *Irmgard Bartelt* auf eine mögliche Transformationsentwicklung hin untersucht. Ihre 1966 veröffentlichte Arbeit verglich dazu den „präneuroleptischen Zeitraum“ 1950/51 mit dem „postneuroleptischen Zeitraum“ 1960/61; insgesamt wurden mehr als 13.000 Fälle schizophrener Patienten retrospektiv untersucht.

Diese Autorin untersuchte ebenfalls das Phänomen der „Drehtürpsychiatrie“ und stellte fest, daß zwischen beiden Zeiträumen die Erstaufnahmen um 36% zulegten, die Wiederaufnahmen hingegen um deutliche 340% angestiegen waren.⁶⁶¹ Diese Feststellung ist für die Analyse weiter unten von Wichtigkeit.

-Tabelle 35-

Durchschnittliche Behandlungsdauer schizophrener Patienten (innerhalb von 2 Jahren entlassen), 1950-1961, nach *Bartelt I* (1966)⁶⁶²

	Durchschnittliche Behandlungsdauer – Männer	Durchschnittliche Behandlungsdauer – Frauen
1950 / 1951	145,3 Tage	137,5 Tage
1960 / 1961	129,8 Tage	114,3 Tage
Veränderung (abs./proz.)	-15,5 Tage / -10,7%	-23,2 Tage / -16,9%

Weiterhin stellte *Bartelt* Änderungen der Behandlungsdauer fest. Diese differenzierte sie in zwei Kategorien: Die erste umfaßte diejenigen Patienten, die innerhalb eines Jahres entlassen und die zweite diejenigen Patienten, welche innerhalb von zwei Jahren entlassen worden waren (siehe *Tabelle 35*). Ein verzerrender Effekt lag jedoch darin, daß diese beiden Kategorien nur die einmalige Verweildauer beinhaltete, d.h. bei wiederaufgenommenen Patienten nicht die Summe der gesamten Hospitalisierungszeit, sondern nur die einzelnen Aufenthalte für sich genommen in die Statistik einfließen.

⁶⁶¹ *Bartelt I* (1966), S. 13

⁶⁶² *Ebenda*, S. 21

Die Behandlungsdauer der innerhalb eines Jahres entlassenen Patienten änderte sich zwischen der Vor- und Nachneuroleptikaära nur geringfügig. Eine Abnahme von 1,6 Tagen (-1,6%) bei männlichen Patienten stand einer etwas größeren Abnahme von 6,6 Tagen (-6,8%) bei weiblichen Patienten gegenüber. Die Behandlungsdauer bei Patienten, die innerhalb von zwei Jahren entlassen worden waren, zeigte da schon deutlichere Veränderungen auf: Die Abnahme betrug 10,7% (Männer), bzw. 16,9% (Frauen), wie *Tabelle 35* veranschaulicht.

Diese Zahlen schienen zunächst eine Neuroleptikaauswirkung nahe zu legen. Doch es galt zu berücksichtigen, daß die Wiederaufnahmen stark angestiegen waren und sich die hier dargestellte durchschnittliche Behandlungsdauer nur auf eine Einzelbehandlung bezog. Angesichts des Anstieges der Wiederaufnahmen um 340% (bei 5163 Gesamtaufnahmen in den Jahren 1960/61 betrug die Wiederaufnahmen 3494 Fälle), muß jedoch von einer Nettozunahme der Behandlungsdauer ausgegangen werden in Form einer zwar rascheren Entlassung, jedoch überkompensiert durch eine häufigere Wiederaufnahmequote. In den Worten von *Bartelt*: „Die Behandlungszeiten der sechziger gegenüber den fünfziger Jahren haben sich also nicht sehr wesentlich geändert. Außerdem beziehen sich die Zahlen [...] nur auf eine einzige Behandlung. [...] Bei einer Steigerung der Wiederaufnahmen um 340% bei Männern und Frauen ist daher anzunehmen, daß die Zeit, die der größte Teil der schizophrenen Patienten während eines bestimmten Zeitabschnittes in der Klinik verbringen muß, heute genauso, wenn nicht sogar länger ist als früher. Mag es andererseits für einzelne Patienten zutreffen, daß sich die stationäre Behandlungsdauer pro Jahr verkürzt hat. Doch es dürfte sich dabei um nicht allzu viele glückliche Ausnahmen handeln“.⁶⁶³

Auch bei einer Untersuchung der „Chronifizierungspatienten“, d.h. den Patienten, die länger als zwei Jahre dauerhospitalisiert blieben, zeigte sich Interessantes. Denn die Absolutzahlen der chronifizierenden Fälle hatte zwischen den Zeiträumen 1950/1951 (147 Patienten) und 1960/1961 (198 Patienten) zugenommen. *Tabelle 36* gibt einen Überblick.

⁶⁶³ Bartelt I (1966), S. 18

-Tabelle 36-

Vergleich der Aufnahme-, Entlassungs- und Mortalitätszahlen,
nach *Bartelt I* (1966)⁶⁶⁴

Vergleichsperiode	Aufnahmezahlen	Entlassungszahlen	Mortalitätszahlen	Differenz
1950/51	1885	1576	162	+147
1960/61	5163	4728	237	+198

Die in *Tabelle 36* dargestellten Zahlen schienen somit entlassungsfördernden Neuroleptikaauswirkungen zu widersprechen. Auch geschlechtsdiskordante Entwicklungen, deren Ursache unklar blieben, waren aufgetreten und ließen in der Tendenz weniger an ein monokausales neuroleptikabedingte Ursachenmodell denken.⁶⁶⁵ All diese Tatsachen machten somit Neuroleptikaeffekte wenig wahrscheinlich.

V. Müller, Haase, Scheurle, Bartelt: Rheinische Landeskrankenhäuser, BRD⁶⁶⁶

Autoren: Müller, Haase, Scheurle, Bartelt

Studientitel: „Vergleichende statistische Untersuchungen zur stationären Behandlung Schizophrener (1950/51 – 1960/61)“

Erscheinungsjahr: 1966

Methode: Phasenvergleichend

Inhalt/Analyse: Diese Studie und ihr Ergebnis decken sich weitestgehend mit derjenigen von *Bartelt*. Eine nähere Erläuterung würde zu einer Wiederholung der schon bei *Bartelt* aufgeführten Argumenten führen. Es wurde „der Schluß gezogen, daß das jetzige System der Nachbehandlung Schizophrener nach stationärer Behandlung unzureichend ist und den neuen psychopharmakologischen, soziologischen und psychotherapeutischen Erkenntnissen angepaßt werden muß“.⁶⁶⁷

⁶⁶⁴ Bartelt I (1966), S. 7+30.

⁶⁶⁵ Ebenda, S. 28. Sowohl bei der Verweildauer als auch der Chronifizierungsrate hatten die Frauen eine stärkere Verbesserung als die Männer erfahren.

⁶⁶⁶ Müller HW et al (1967)

⁶⁶⁷ Bartelt I (1966), S. 31

V.6. Synopse der Transformationsdiskussion

In der Transformationsdiskussion versuchten die Autoren, mögliche Auswirkungen der Neuroleptikaeinführung auf die Psychiatrieversorgung aufzuzeigen. Tatsächlich hatte die Psychiatrielandschaft in vielen westlichen Ländern in den 1950er Jahren, also um die Einführung der Neuroleptika herum begonnen, sich deutlich zu verändern – das Stichwort „Enthospitalisierung“ ist in diesem Zusammenhang wichtig. War dieses nun *wegen*, *trotz* oder *unabhängig* von den Neuroleptika geschehen und wie ließ sich solch eine Antwort nachweisen?

-Tabelle 37-

Zusammenfassung der von den jeweiligen Autoren postulierte
Neuroleptikaeffekt in den Transformationsstudien

Postulierter Neuroleptikaeffekt	Anzahl der Studien⁶⁶⁸
Gering	14
Mäßig	2
Stark	2

Es muß festgehalten werden, daß es nur sehr begrenzt der Transformationsdiskussion gelungen war, neuroleptisch-transformatorische Auswirkungen aufzuzeigen. Alleine quantitativ, wie *Tabelle 37* aufzeigt, war die überwiegende Zahl der Studien der Meinung, daß direkte Neuroleptikaveränderungen zwar nicht ausgeschlossen werden konnten, aber nicht unmittelbar und eindeutig nachzuweisen waren. Es zeigte sich oftmals ein überraschend stagnierendes oder uneinheitliches Bild, wenn man sich auf eben jenen bestimmten Zeitraum konzentrierte, in welchem die neuen Medikamente breiten Einzug in die Psychiatrieversorgung gehalten hatten.

Gerade diese Uneinheitlichkeit der verschiedenen Transformationsstudien zu erklären und auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen erscheint als schwieriges, wenn nicht sogar unmögliches Unterfangen: Auf der einen Seite des Spektrums standen *Brill* und

⁶⁶⁸ Es wurden Transformationsstudien, die sich mit dem selben geographischen Raum beschäftigen (New York, Rheinische Landeskrankenhäuser) zusammengefaßt.

Patton, für die es so gut wie erwiesen schien, daß die Neuroleptika eine Veränderung herbeigeführt hatten und eine Art Enthospitalisierung – auch wenn der Begriff zu jener Zeit noch unbekannt war – einsetzen würde, auf der anderen Seite standen Autoren wie *Leon Epstein* oder *Wolfgang Auch*, die zwar durchaus in den Neuroleptika eine positive Entwicklung sahen, aber in ihren Untersuchungen keine oder gar scheinbar negative neuroleptikaassoziierte Veränderungen festgestellt hatten. Methodische Unstimmigkeiten, unterschiedlich gewichtete statistische Parameter, divergierende Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung, eine jeweils anders aufgebaute Patientenpopulation und eine unübersehbare Fülle mitwirkender Faktoren lassen es im Unklaren, ob und welche der untersuchten Transformationsarbeiten stärkere und welche geringfügigere Verzerrungen aufweisen.

Eine Auswirkung dieser Heterogenität besteht darin, daß sie es später schreibenden Autoren ermöglichte, sich für ihren jeweiligen Standpunkt entsprechende Arbeiten zur Stützung ihrer Ansicht herauszusuchen.

Obwohl diese Studien eine heterogene Gruppe ausmachen und ein Gesamtfazit schwer möglich scheint, ist zu bedauern, daß sie in heutigen Diskussionen nicht mehr präsent sind. Diese Untersuchungen stellen nämlich Momentaufnahmen der damaligen Zeit dar, die eine besonders kritische Zeit der Psychiatrieversorgung erfaßten: Ende der 1950er bis Anfang der 1960er Jahre. Sie könnten heutzutage Genaueres darüber aussagen, wie sich z.B. die einzelnen Psychiatrieveränderungen auf örtlicher Ebene abspielten, ob es übergreifende Ähnlichkeiten bei den Veränderungen gab, wann die ersten Veränderungen sich chronologisch manifestierten und ob bestimmte Faktoren gehäuft bestimmte Änderungen provozierten. Diese Arbeiten könnten unter Umständen einen ersten Fingerzeig zu den Anfangsbedingungen an der Schwelle, bzw. dem Anfang zur Enthospitalisierung liefern.

Die Transformationsdiskussion könnte weiterhin auch als Beispiel dienen, mit welchen Schwierigkeiten es verbunden ist, Ursächlichkeiten in der Psychiatrieversorgung herauszufinden und eine Charakterisierung eines Psychiatrieveränderungsprozesses vorzunehmen. Gegebenenfalls könnte hieraus ein optimaleres Vorgehen für zukünftige Arbeiten entwickelt werden.

Zusätzlich sind diese Transformationsstudien auch aus Sicht der Psychiatriegeschichte von Bedeutung. Denn aus ihnen geht oftmals ein bestimmtes Psychiatrieverständnis hervor. So wurde beispielsweise den somatischen Therapieformen bei Veränderungsprozessen in der Psychiatrie eine hohe Bedeutung zugesprochen, während nicht-therapeutische Veränderungen von den – meist ärztlichen – Autoren weniger häufig untersucht, bzw. als nicht immer gleichrangig wichtig angesehen wurden. Es kann sich hierbei um eine berufsbedingte verzerrte Sichtweise handeln. So haben auch einige Autoren gerade in jüngster Zeit eben diese starke Fixierung auf somatische Therapieformen und die Überbetonung ihrer Wechselwirkungen auf die Psychiatriegeschichte moniert.⁶⁶⁹

Die Transformationsdiskussion kann aber auch in andere Diskussion mit einbezogen werden. So ist beispielsweise thematisiert worden, ob nicht der Erfolg der Psychopharmaka vor allem auf einem Vermarktungswillen und dessen massiver Umsetzung seitens der pharmazeutischen Industrie basiere.⁶⁷⁰ Hier könnten Wechselwirkungen zwischen pharmazeutischer Industrie und den einzelnen Studien und Standorten zum Beispiel nachgegangen werden.

Abschließend kann man anhand dieser Transformationsdiskussion auch die Problematik des von mir als „Neuroleptikaparadoxon“ bezeichneten Phänomens aufzeigen: Auf der einen Seite stehen studientechnisch nachgewiesene Wirkungen der Neuroleptika in Form einer symptomatischen Verbesserung,⁶⁷¹ die allenthalben von Psychiatern und anderen in der Psychiatrie Tätigen bestätigt wurden (wenngleich eine große US-amerikanische Studie jüngst dieses Bild etwas relativiert hat).⁶⁷² Auf der anderen Seite scheint ihre Einführung nur sehr bedingt Psychiatrieveränderungen verursacht zu haben.

Daher muß die Bedeutung des Ergebnisses, daß die Mehrheit der Transformationsstudien keine deutliche Kausalität Neuroleptika-Psychiatrietransformation festgestellt haben, betont werden: Denn in einer Psychiatrie, in der heutzutage die Tabletten-therapie als wichtiger Bestandteil der Behandlung kaum mehr wegzudenken ist, kann leicht der

⁶⁶⁹ Brill A (1994a); Shepherd M (1994); Scull (1995a); Moncrieff J (1999)

⁶⁷⁰ Shepherd M (1994)

⁶⁷¹ Cole JO et al (1964)

⁶⁷² Lieberman JA et al (2005). Es ist von der CATIE-Studie die Rede, bei der knapp drei Viertel aller schizophrenen Patienten die medikamentöse Neuroleptikatherapie innerhalb von 18 Monaten nach Therapiebeginn abbrechen, entweder weil die Nebenwirkungen derart bedeutend waren oder weil ein deutlicher Therapieeffekt nicht gegeben war.

Eindruck entstehen, daß Neuroleptika als eines der wichtigen psychopharmakologischen Mittel erst diese moderne Versorgungsform ermöglicht haben, daß sie als frühe und bedeutende Medikamente zentrale Veränderungen nicht nur potentiell bewirken können, sondern bewirkt haben. Ein Psychiater ging beispielsweise gar so weit, die Einführung der Neuroleptika mit derjenigen der Antituberkulotika zu vergleichen und in der Enthospitalisierung eine ähnliche Entwicklung zu sehen wie der durch die antibakterielle Medikation bedingten Entleerung der Tuberkuloseheime.⁶⁷³

Solche Vergleiche sind unzulässig, existieren jedoch. Sie müssen, wie dieses und das folgende Kapitel aufzeigen, zurückgewiesen werden mangels Beweisen. Unklar bleibt jedoch, wieso die Transformationsstudien eine Kausalität nicht hatten aufzeigen können. Es mag sein, daß die Meßmechanismen zu grob waren, um solche Änderungen festzustellen. Ein anderer Grund mochte sein, daß es in der Psychiatrie generell schwierig ist, einen einzelnen Faktor unter der komplexen Vielfalt aller potentiell mitwirkenden nachzuweisen.⁶⁷⁴ Denkbar ist jedoch auch, daß eine Neubewertung der Stellung der Neuroleptika vorgenommen werden muß und tatsächliche Wirksamkeit von erhoffter Wirksamkeit getrennt werden muß.⁶⁷⁵

⁶⁷³ Kirkby KC (2005), S. 143. Doch ist solch ein Vergleich natürlich alleine aufgrund des somatisch klar umrissenen Krankheitsbildes der Tuberkulose, das im Kontrast zur oftmals schwieriger zu greifenden psychiatrischen Definition der Schizophrenie steht, unzulässig.

⁶⁷⁴ Kramer M et al (1958), S. 1016

⁶⁷⁵ Whitaker R (2004)

Kapitel VI: Die Diskussion des Bedingungsgefüges der Enthospitalisierung in Hinblick auf Neuroleptika

VI.1. Einleitung

Bis heute sind Neuroleptika trotz ihrer beachtlichen Wirkung nicht ohne Kontroverse geblieben. Während auf der einen Seite ihr Nichtverwenden als Kunstfehler gilt, fordern auf der anderen Seite politische Gruppierungen und Bürger ihre Abschaffung, wie zeitweise z.B. die bundesdeutsche Partei „Die Grünen“.⁶⁷⁶ Auch die Berichterstattung über die Neuroleptika ist in überregionalen Zeitungen, wenngleich insgesamt eher spärlich, häufig negativ.⁶⁷⁷ Bei Psychiatern besteht hingegen in großen Teilen Konsens bezüglich ihrer Nützlichkeit. Die Vorneuroleptikazeit wird von manchem, welcher sie erlebt hat, als katastrophal angesehen: „Ein bedeutender Schweizer Psychiater schrieb in seinen Erinnerungen: Es war die Hölle“.⁶⁷⁸

Unklar blieb bis heute ihr psychiatrieveränderndes Ausmaß, nachdem sie vor über einem halben Jahrhundert – 1952 – entdeckt und in die Psychiatrie eingeführt wurden. Das vorherige Kapitel hat sich eben mit dieser Frage und der Transformationsdiskussion beschäftigt, d.h. diese Diskussion anhand der Transformationsstudien versucht nachzuzeichnen.

Unbestritten ist ab den 1950er Jahren ein Veränderungsprozeß in der Psychiatrie eingetreten, welcher mit dem Begriff der Enthospitalisierung bezeichnet wird. Den Auslöser dieser Enthospitalisierungsbewegung im Gewirr der parallel abgelaufenen geschichtlichen, gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Veränderungen sauber herauszutrennen, scheint schwierig bis nicht machbar. Es ist durchaus denkbar, daß die Enthospitalisierung nicht eine Einzelercheinung, sondern Ausdruck und Teil einer internationalen Gesellschaftsumwälzung war. Im geschichtlich-gesellschaftlichen Kontext gesehen, kann nämlich die Enthospitalisierung als die „Befreiung“ einer weiteren unterdrückten gesellschaftlichen Gruppierung im 20. Jahrhundert angesehen werden, so daß die Geisteskranken in die selbe Reihe mit den befreiten Minoritäten der

⁶⁷⁶ Grüne in Bayern (1989)

⁶⁷⁷ Hoffmann-Richer U et al (1999)

⁶⁷⁸ Finzen A (2004), S. 275. Die Äußerung entstammt dem Schweizer Psychiater *Max Müller*.

schwarzen US-Amerikaner, Frauen, Kolonialvölker usw. usf. gestellt werden können.⁶⁷⁹ Doch auch andere Erklärungsmodelle für die Enthospitalisierung sind denkbar und vorgebracht worden,⁶⁸⁰ wobei eine abschließende Antwort zur Ursachenforschung noch aussteht. Dieses mag mit ein Grund sein, warum in der wissenschaftlichen Literatur bis heute noch eine Vielfalt an Meinungen hierüber existieren.

Oftmals sind diese Kausalitätserklärungen dabei weniger Hauptthema eines Artikels, denn eine kurze, in einem Absatz oder gar Nebensatz angeführte Aussage. Genannt werden u.a. als mögliche Enthospitalisierungsursachen die Einführung der Neuroleptika,⁶⁸¹ bestimmte (Landes-)Gesetze und Richtlinien⁶⁸² oder „kulturrevolutionäre Einstellungsänderungen“,⁶⁸³ um nur einige Punkte zu nennen. Eine wissenschaftliche Fundierung der getroffenen Aussagen wird dabei nicht immer mitgeliefert, und dem Leser bleibt unklar, inwieweit es sich um eine wissenschaftliche Erkenntnis versus einer Mutmaßung handelt.

An dieser Stelle greift dieses 6. Kapitel den Faden auf. In den Kapiteln 2,3 und 4 wurden die benötigten geschichtlichen Hintergründe dieser Arbeit ausführlich dargelegt und benötigte Begriffserläuterungen vorgenommen. Im Kapitel 5 wurde nach entsprechender Einleitung eine ausführliche Diskussion der Transformationsliteratur und –diskussion im Kontext der Neuroleptika vorgenommen. In diesem Kapitel sollen nun ausgewählte Artikel aus der jüngeren Zeit, welche explizit Aussagen über eine neuroleptikainduzierte Enthospitalisierung machen, auf ihre Stichhaltigkeit analysiert werden. Dabei interessiert insbesondere der bundesdeutsche Raum. Aus diesem Mosaik an Aussagen, Literaturangaben und angeführten Argumenten soll dann ein erster Eindruck des Bedingungsgefüges der Diskussion über den Enthospitalisierungsprozeß ermöglicht werden.

Der Anspruch dieser Arbeit ist dabei keineswegs, die eigentliche Enthospitalisierungsursache ausfindig zu machen. Ebenso ist es nicht der Anspruch dieser Arbeit, die genaue Rolle der Neuroleptika im Rahmen der Enthospitalisierung aufzuklären. Vielmehr soll

⁶⁷⁹ Schmiedebach H-P et al (2004), S. 471. Die Kategorie der „Minoritäten“ ist natürlich differenzierter zu betrachten als hier lapidar angegeben. Dieses trifft vor allem auf die „Frauen“ und „Kolonialvölker“ zu, die auch keine Minderheit im statistischen Sinne sind, weil sie zumeist eine Bevölkerungsmehrheit stell(t)en.

⁶⁸⁰ Scull A (1977); Kersting F-W (1998); Hanrath S (2002); Talbott JA (2004a)

⁶⁸¹ Crämer HM (1984), S. 10

⁶⁸² Saameli W et al (1990)

⁶⁸³ Heinrich K (1993), S. 669

die stattgehabte Diskussion um die Rolle der Neuroleptika im Enthospitalisierungsprozeß untersucht werden. Nach deren Analyse soll eine abschließende Bewertung vorgenommen werden. Dabei interessiert auch die Frage nach möglichen Wechselbeziehungen zu der in den 1950er und 1960er Jahren geführten Transformationsdiskussion.

VI.2. Analyse der Neuroleptikaauswirkungsdiskussion

Die Hypothese einer neuroleptikaausgelösten oder zumindest –assozierten Enthospitalisierung trat psychiatriegeschichtlich betrachtet schon früh auf. Im englischsprachigen Raum ist anzunehmen, daß sie so alt wie der Begriff der Enthospitalisierung selber ist, d.h. in den 1970er Jahren Erwähnung fand.⁶⁸⁴ Aber auch im deutschsprachigen Raum fand sie früh Verbreitung. Es ist sogar zu vermuten, daß sie im bundesdeutschen Raum vor dem Begriff der Enthospitalisierung auftrat.⁶⁸⁵ Dabei darf diese Hypothese nicht verwechselt werden mit der Transformationshypothese aus dem Vorkapitel. Bei letzterer handelte es sich nämlich um eine als deutlich allgemeiner zu erachtende Hypothese, die eine breite Vielfalt neuroleptikabedingter Veränderungen der Psychiatrielandschaft und –versorgung postulierte und untersuchte. Der weiter gefaßte Begriff der Transformation hat damit nur sehr bedingt eine gemeinsame Schnittmenge mit dem Begriff der Enthospitalisierung.

Hinsichtlich der in diesem Text benutzten Begrifflichkeit wird diese Hypothese, wonach Neuroleptika psychiatrieverändernd im Sinne enthospitalisierender, enthospitalisierungsähnlicher oder -unterstützender Prozesse wirkten, als „Neuroleptikaauswirkungshypothese“ oder einer semantisch ähnlichen Form bezeichnet werden.⁶⁸⁶ Sie war in vielen Publikationen anzutreffen, und man kann sogar von einer regelrechten „Neuroleptikaauswirkungsdiskussion“ sprechen. Diese Hypothese war jedoch nur in seltenen Fällen Hauptgegenstand einer solchen wissenschaftlichen Arbeit und wurde zumeist an wenig prominenter Stelle im Einleitungsteil oder Hintergrundbeschreibungen, d.h. vor allem en passant, erwähnt. Manchmal umfaßte sie sogar nur einen Teil eines Absatzes oder eines Satzes.

⁶⁸⁴ Talbott JA (2004a)

⁶⁸⁵ Z.B. Crämer HM (1984) und u.U. Klauss H (1971)

⁶⁸⁶ Semantisch ähnlich gelten z.B. „Neuroleptikaeffekthypothese“, „Hypothese neuroleptikaassoziierter Enthospitalisierungsprozesse“, „Annahme neuroleptikabedingter Enthospitalisierung“ und andere.

Erschwerend bei solch einer Analyse ist die Variation der Aussagen: Einerseits wird beispielsweise von „Neuroleptika“ im Rahmen der Enthospitalisierung gesprochen, andererseits sprechen manche von der breiter gefaßten Kategorie der „Psychopharmaka“. In meiner Untersuchung soll dabei vereinfachend angenommen werden, da die Neuroleptika eines der ersten und wichtigsten Medikamente in der Gruppe der Psychopharmaka für viele Jahre und Jahrzehnte waren, daß mit Psychopharmaka vor allem Neuroleptika gemeint waren.

Betrachtet man die gängige Wissenschaftsliteratur, so besteht eine Vielfalt an Publikationsformen. Persönliche Mitteilungen und Editoriale stehen oftmals im selben Journal wie randomisierte doppelblinde Studien, essayistische Texte, die wissenschaftliche Daten mit persönlichen Erfahrungen, Meinungen und Interpretationen verbinden sind genauso anzutreffen wie z.B. nüchtern gehaltene Präsentationen bestimmter Studienergebnisse oder –zahlen. Die Fundierung der in diesen Artikeln getätigten Aussagen fällt dabei oftmals unterschiedlich aus, nicht unbedingt aufgrund des gewählten Text- oder Sprachstiles, sondern vielmehr aufgrund bestimmter Strategien zur Untermauerung der Aussagen.

Ähnlich ist es bei den in diesem Kapitel untersuchten Arbeiten. So entstammen sie den unterschiedlichsten Texttypen und lassen sich vor allem drei Hauptstrategien zuordnen, mit denen die Neuroleptikaauswirkungshypothese untermauert werden sollte. Während manche Artikel auf Transformationsstudien, bzw. darin vorkommende Statistiken zurückgreifen – häufig zitierte Transformationsstudien sind dabei diejenigen von *Brill et Patton* aus New York⁶⁸⁷ und im bundesdeutschen Raum jene von *Meyer, Simon et Stille*⁶⁸⁸ – zitieren andere Texte entweder Studien, die nicht der Gruppe der Transformationsstudien zuzuordnen sind oder verwenden eine Strategieform, welche sich weniger auf Empirie und Zitate verläßt, als auf das Aufstellen einer als logisch erachteten Kausalitätskette. Manche Texte gebrauchen mehrere, andere keine dieser Argumentationsstrategien.

Aufbauend auf diesen drei Strategien können die Textpassagen, welche neuroleptika-assoziierte Enthospitalisierungsveränderungen postulieren, entsprechend kategorisiert

⁶⁸⁷ Brill H et al (1957); Brill H et al (1959); Brill H et al (1962)

⁶⁸⁸ Meyer JE et al (1964)

werden. Es ist jedoch hiermit keine Einteilung in „bessere“ oder „schlechtere“ Evidenzgrade beabsichtigt. Nachfolgende Einteilung ergibt sich aus dem Gesagten:

(1) Die Transformationsliteraturkategorie: Die hierin enthaltenen Arbeiten sind zumeist chronologisch älteren Datums. Sie greifen gerne auf mehrere Strategieformen zurück, d.h. sie setzen sowohl kausale Argumente, als auch Quellenverweise ein, wobei mindestens einer davon der Transformationsliteratur entstammt.

(2) Die Zitatkategorie: In Arbeiten aus dieser Kategorie wird die Hypothese, wonach Neuroleptika psychiatrieehospitalisierende Effekte zeitigten, mit einem Quellenverweis belegt. Die benutzte Quelle entstammt nicht dem Kreis der Transformationsliteratur.

(3) Die Postulatkategorie: Im Regelfall verwenden Arbeiten aus dieser Gruppe eine Kausalitätsstrategie zur Untermauerung ihrer Argumente. Eine gewisse Zahl an Veröffentlichungen aus dieser Kategorie verwendet jedoch keine Strategieform, d.h. stellt einfach die Behauptung auf, wonach Neuroleptika psychiatrieehospitalisierend gewirkt haben ohne diese zu belegen. Die Grundgemeinsamkeit der Arbeiten aus dieser Gruppe ist daher weniger eine bestimmte benützte Strategieform, als vielmehr ein Fehlen von Quellen- oder Statistikangaben zur Untermauerung der Neuroleptikaeffekthypothese.

Textbeispiele aus allen drei Kategorien werden nachfolgend erläutert. Dabei sollen zwei Beispiele aus der Transformationsliteraturkategorie, sowie drei Arbeiten aus den beiden anderen Kategorien einer näheren Untersuchung unterzogen werden. Obwohl durchaus andere Arbeiten noch untersucht werden könnten,⁶⁸⁹ sind diese Beispiele als Prototypen der Neuroleptikaauswirkungsdiskussion anzusehen. Alle Arbeiten – mit einer Ausnahme – entstammen dem bundesdeutschen Raum, wobei sich im Ausland ähnlich geartete Hypothesen zur Neuroleptikaauswirkung finden lassen. Es muß jedoch angemerkt werden, daß die Mehrheit der hier untersuchten Arbeiten den Neuroleptika zwar enthospitalisierende Auswirkungen zusprach, diese Hypothese jedoch in einem multikausalen Erklärungsmodell eingebettet sah.

⁶⁸⁹ Andere Beispiele sind Klauss H (1971); Prior L (1993); Franz M et al (2001b) usw.

I. Die Transformationsliteraturkategorie

In dieser Kategorie befinden sich jene Arbeiten, welche die Neuroleptikaeffekthypothese mit Transformationsstudien zu untermauern versuchen. Es werden jedoch nur bestimmte Studien zitiert. In erster Linie handelt es sich dabei um die drei New Yorker Arbeiten der Autoren *Robert Patton* und *Henry Brill*⁶⁹⁰ und um die in der Bundesrepublik erschienene, sich mit dem Landeskrankenhaus Haar befassende Untersuchung von *Meyer, Simon* und *Stille*.⁶⁹¹

Daß diese jedoch methodische und inhaltliche Mängel besaßen – wie übrigens bei allen Transformationsstudien zu vermuten ist – und daß es sich bei ihnen hinsichtlich ihrer Schlußfolgerung um eine Minderheit unter den Stimmen der Transformationsdiskussion handelte, muß an dieser Stelle nochmals betont werden. Es sei auf die Diskussionsanalyse des vorhergegangenen Kapitels verwiesen.

1. untersuchte Text der Transformationsliteraturkategorie

Autor: *John Talbott* (Psychiatrieprofessor an der Maryland Universität)

Artikelname: „Die Enthospitalisierung: Vergangene Fehler vermeiden“

Erscheinungsjahr: 1979, Neudruck 2004

Zu untersuchende Textstelle (im Einleitungsteil des Artikels):⁶⁹² „Im Jahr 1955 erreichte die Belegung der US-amerikanischen Psychiatriekrankenhäuser ihren Höchststand mit 560.000 Patienten, und seither ist eine beständige und tiefgreifende Abnahme auf ihren jetzigen Stand von 170.000 eingetreten – ein Abfall um mehr als 60 Prozent. Es gibt verschiedene Gründe für diese Abnahme: Die Auswirkungen der Philosophie hinter der

⁶⁹⁰ Brill H et al (1957); Brill H et al (1959); Brill H et al (1962)

⁶⁹¹ Meyer JE et al (1964)

⁶⁹² Talbott JA (2004a), S. 1112. Hervorhebung durch *Peter Jurczyk*. Hier das Zitat in voller Länge: „Im Jahre 1955 erreichte die Belegung der US-amerikanischen Psychiatriekrankenhäuser ihren Höchststand mit 560.000 Patienten, und seither ist eine beständige und tiefgreifende Abnahme auf ihren jetzigen Stand von 170.000 eingetreten – ein Abfall um mehr als 60 Prozent. Es gibt verschiedene Gründe für diese Abnahme: Die Auswirkungen der Philosophie hinter der Gemeindepsychiatrie, gemäß welcher die Behandlung der Geisteskranken besser in der Nähe ihrer Familien, Arbeitsstellen und Gemeinden sei; die Wirksamkeit bei der Behandlung der Symptomatik durch die neuen psychopharmakologischen Mittel, insbesondere den Phenothiazinen; die zunehmende Bedeutung rechtlicher, gerichtlicher und gesetzgeberischer Maßnahmen bei der Festlegung, wo und unter welchen Bedingungen die Behandlung der Geisteskranken zu erfolgen habe; und, am wichtigsten, die Verlagerung der Finanzierung der staatlichen Sozialhilfe („Medicaid“), der staatlichen Altersunterstützung („Medicare“) und des staatlichen Einkommenszuschusses („Supplemental Security Income“), die es den Bundesstaaten ermöglicht, die finanzpolitischen Bürden der Geisteskrankenversorgung dem Staat zuzuschieben durch Entlassung der Patienten aus den bundesstaatlichen Einrichtungen“.

Gemeindepsychiatrie [...]; die Wirksamkeit bei der Behandlung der Symptomatik durch die neuen psychopharmakologischen Mittel, insbesondere den Phenothiazinen; die zunehmende Bedeutung rechtlicher, gerichtlicher und gesetzgeberischer Maßnahmen [...]; und, am wichtigsten, die Verlagerung der Finanzierung der staatlichen Sozialhilfe, der staatlichen Altersunterstützung und des staatlichen Einkommenszuschusses“.⁶⁹³

Analyse: Diese Textstelle veranschaulicht exemplarisch die Vorgehensweise bei Arbeiten aus der Transformationsliteraturkategorie. Zunächst werden enthospitalisierende Prozesse beschrieben, dann das Postulat aufgestellt, wonach Neuroleptika enthospitalisierend gewirkt hätten. Eine Transformationsstudie wird als Indiz hierfür eingebracht. In diesem spezifischen Text findet zusätzlich die Kausalitätsstrategie Einsatz: Den „neuen psychopharmakologischen Mittel[n], insbesondere den Phenothiazinen“ werden aufgrund ihrer „Wirksamkeit bei der Behandlung der Symptomatik“ in einen Zusammenhang mit dem Abfall der Zahl stationärer Patienten „von 560.000“ „auf unter 170.000“ gebracht.

Doch die Vorgehensweisen sind problembehaftet. Das Kausalitätsmodell Symptombesserung-Enthospitalisierung ist aufgrund des Fehlens evidenzbasierter Belege kritisch zu bewerten. Die von *Talbott* zitierte Transformationsstudie hingegen ist aus anderen Gründen zu kritisieren: Es wurde schon im vorangegangenen Kapitel dargelegt, daß die Arbeiten von *Brill* und *Patton* und damit auch ihr Fazit mit Mängeln versehen sind.⁶⁹⁴ Inwieweit *Talbott* über die Details der zeitgleich ablaufenden juristisch-administrativen Veränderungen, der deutlichen Zunahme der Pflegeheimplätze oder personellen und finanziellen Zuwächse in den USA informiert war, ist unklar. Eine gewisse Kenntnis hiervon ist zu vermuten, postuliert der Autor doch statt eines monokausalen Neuroleptikamodells vielmehr ein multikausales Modell bei dem finanzielle Aspekte als „am wichtigsten“ erachtet werden.

Fazit: Der untersuchte Text ist für eine Reihe von Arbeiten ähnlicher Art als typisch aufzufassen. In diesen werden den Neuroleptika zwar nicht die alleinige Rolle beim Herbeiführen der Enthospitalisierung zugesprochen, aber sie doch als daran beteiligter Faktor bewertet. Die argumentative Stützung in diesem Fall durch ein empirisch nicht

⁶⁹³ Der Autor *Talbott* zitiert in seinem Originaltext an dieser Stelle folgende Studie: Brill H et al (1959).

⁶⁹⁴ Brill H et al (1959), S. 495. Ihr Fazit sei an dieser Stelle nochmals wiedergegeben: „[D]er plötzliche Abfall der Patientenzahlen ist zu einem großen Grad aufgrund der Einführung der neuen Medikamente zustande gekommen“.

weiter gestütztes Kausalitätsmodell ist zwar nachvollziehbar, jedoch angesichts eines mangelnden Evidenznachweises als Beleg problematisch. Die von *Talbott* zitierte Transformationsstudie und damit seine Transformationsstrategie ist angesichts ihrer schon im 5. Kapitel mehrfach angesprochenen inhärenten methodischen und inhaltlichen Problemen ungeeignet.

Aufgrund seiner bedeutenden Stellung als Psychiater, Wissenschaftler, Autor, Professor und mehrjähriger Präsident der US-amerikanischen Psychiatriegesellschaft kann davon ausgegangen werden, daß er der Neuroleptikaauswirkungstheorie, wie auch der Studie von *Brill et Patton*, eine gewisse Verbreitung hat verschaffen können. Auch die Tatsache, daß sein 1979 erschienener Artikel im Jahr 2004 einen Neudruck erfuhr, wird der Hypothese einer Neuroleptikaauswirkung eine gewisse erneute Resonanz gegeben haben. Es erscheint im Rahmen des sehr gut Möglichen, daß sich in naher Zukunft Verweise und Zitierungen sowohl auf diese *Talbottsche* Untersuchung als auch auf die 1959er New Yorker Untersuchung finden lassen werden.

2. untersuchte Text der Transformationsliteraturkategorie

Autor: *Gerd Huber* (Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Ulm-Weissenau)

Artikelname: „Zukunftsperspektiven einer Struktur der psychiatrischen Versorgung in Deutschland“

Erscheinungsjahr: Vortrag 1971, schriftliche Veröffentlichung 1972

Zu untersuchende Textstellen (beide im Hauptteil): (Text 1) „Da heute viel mehr psychisch gestörte Menschen außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses leben als früher, z.B. die durchschnittliche Verweildauer eines schizophrenen Kranken in einem Psychiatrischen Krankenhaus (PK) in den letzten 30 Jahren von 4 Jahren auf 4 Monate zurückgegangen ist, und seit 1953, d.h. seit Einführung der modernen Psychopharmaka, ein starker Anstieg der Entlassungsziffern erfolgte, steht die Gesellschaft heute vor weit größeren und schwierigeren Aufgaben als früher: Schutz und Fürsorge für die psychisch Kranken sind aus dem psychiatrischen Krankenhaus in unsere Mitte verlegt“.⁶⁹⁵

(Text 2) „In den USA sind nicht die seit 1965 eingerichteten Gemeindezentren für die einschneidende Reduktion der Bettenzahl in den öffentlichen PK zwischen 1955 und

⁶⁹⁵ Huber G (1972), S. 521. *Huber* führt keinen Quellenverweis an.

1966 verantwortlich, vielmehr die Psychopharmaka, die Einrichtung von Polikliniken, Alterspflegeheimen und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern“.⁶⁹⁶

Analyse: Beide Textstellen entstammen dem selben Referat, das auf einer Tagung für Krankenhausärzte am 28. Februar 1971 in Bad Teinach gehalten worden war und ein Jahr später veröffentlicht wurde. Angesprochene Themen in diesem Referat waren neben dem bundesdeutschen Anstaltswesen auch seine mögliche Weiterentwicklung und die Erörterung alternativer und ausländischer Psychiatrieversorgungsmodelle.

Eine schlüssige Zerlegung dieser Textstellen fällt schwer. Einerseits liegt das daran, daß in den wiedergegeben Textstellen nicht explizit von „Neuroleptika“ gesprochen wird, sondern von „modernen Psychopharmaka“, die „seit 1953“ eingeführt worden waren. Es stellt sich die Frage, von welchen Psychopharmaka der Autor spricht. Aufgrund der angegebenen Jahreszahl ist eine genauere Zuordnung jedoch sehr gut denkbar: Da im Jahr 1953 in der BRD das Chlorpromazin,⁶⁹⁷ im Jahr 1954 das Reserpin und erst ab Ende der 1950er Jahre bedeutende nicht-neuroleptische Medikamente eingeführt wurden [siehe *Tabelle 11*, Kapitel 4], kann geschlossen werden, daß der Autor Neuroleptika in erster Linie meinte mit der erst später hinzutretenden Vielfalt an anderen Psychopharmaka. Andererseits ist an diesem Text erschwerend, daß nicht explizit von neuroleptika-induzierter Enthospitalisierung gesprochen wird und erst herausgearbeitet werden muß. Angesichts dieser Schwierigkeiten werden die Textstellen einzeln untersucht werden.

Gerd Huber, Textpassage I: Im Jahr des Vortrages, 1971, existierte kein Begriff für den Enthospitalisierungsprozeß und die einsetzenden Enthospitalisierungsvorgänge. Stattdessen, wie im 3. Kapitel dieser Arbeit näher beleuchtet, wurde z.B. von „Veränderungen der psychiatrisch hospitalisierten Bevölkerung“⁶⁹⁸ oder vom „Umstrukturierungsprozeß“ gesprochen.⁶⁹⁹ Die Aussage, daß „viel mehr psychisch gestörte Menschen außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses leben als früher“ und daß sie in „unsere Mitte verlegt“ worden sind, kann in diesem Sinne gewertet werden, d.h. daß von der (frühen) Enthospitalisierung die Rede war.

⁶⁹⁶ Huber G (1972), S. 523. *Huber* gibt den Quellenverweis Degkwitz R et al (1971) an.

⁶⁹⁷ Bleich S et al (2006)

⁶⁹⁸ Heinrich K et al (1977), S. 578

⁶⁹⁹ Reimer F (1985), S. 161

Eine Ursächlichkeit zwischen dieser frühen Enthospitalisierung und den Neuroleptika – „modernen Psychopharmaka“ – wurde von *Huber* versucht, folgendermaßen zu belegen: Einerseits durch das Anführen von Statistiken (jedoch ohne Quellenangabe) aus der Transformationsstudie von *Meyer, Simon* und *Stille*, nämlich dem Absinken der Verweildauer „in den letzten 30 Jahren von 4 Jahren auf 4 Monate“.⁷⁰⁰ Andererseits durch eine Kausalitätsstrategie, nämlich daß durch ein neuroleptikabedingter Anstieg der Entlassungsziffern bei gleichzeitigem Abfall der Verweildauer erst ein Absinken der Patientenzahlen eintreten konnte.

Doch unterzieht man dieses Vorgehen einer Analyse, so lassen sich u.a. folgende Einwände hiergegen anführen:

(1) *Huber* setzte sich hinsichtlich seiner Neuroleptikaeffekthypothese dem Vorwurf mangelnder Transparenz aus. Denn trotz der Angabe einer konkreten Verweildauerabnahme, führte er dafür weder einen Quellentext, noch die Umstände, unter denen die zitierten Zahlen ermittelt worden waren, an. Wie im Vorkapitel dargestellt wurde, stellte das Landeskrankenhaus Haar mit seiner hohen Verweildauer die Ausnahme, nicht die Regel, dar, und eine Generalisierung dieser Zahlen als regelhaft für die bundesdeutsche Psychiatrie scheint in diesem Kontext problematisch.

(2) Die Angabe, daß „seit Einführung der modernen Psychopharmaka [also auch der Neuroleptika, PJ], ein starker Anstieg der Entlassungsziffern erfolgte“, blieb sowohl ohne näheren Quellenbezug als auch ohne Quantifizierung. Da Studien existieren, die von einem nur geringen Anstieg oder gar sinkenden Entlassungsziffern trotz Einsatzes von Neuroleptika sprechen,⁷⁰¹ ist dieses Vorgehen ebenfalls als anfechtbar zu erachten.

(3) Weiterhin erweckt die Behauptung von *Gerd Huber*, wonach mehr psychisch Kranke außerhalb der Psychiatriekrankenhäuser leben als in davorliegenden Jahren, einen

⁷⁰⁰ Meyer JE et al (1964). *Gerd Huber* kannte diese Studie spätestens durch das Symposium „Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen“, das vom 29.-31. August 1966 in Düsseldorf gehalten wurde, und an dem er sich aktiv beteiligte. Vgl. Meyer JE et al (1967), S. 193. Es gab in der BRD keine ähnlichen Ergebnisse, die einen Rückgang der Verweildauer von vier Jahren auf vier Monaten aufzeigten.

⁷⁰¹ Ødegård Ø (1964a); Smith TC et al (1965)

falschen Eindruck. Zwar waren in der Tat extrastationäre Patientenzahlen seit den 60er Jahren stetig angestiegen,⁷⁰² doch gerade die als Zentrum enthospitalisierender Bemühungen angesehenen Psychiatriekrankenhäuser hatten am 31.12.1970 einen damaligen Höchststand von 117.596 Planbetten erreicht. Erst 1971 setzte eine Abnahme ein, die beim Vortrag des Psychiaters *Huber* am 28.02.1971 jedoch schwer vorherzusehen war.⁷⁰³

(4) Am Vorgehen des Autors ist weiterhin zu kritisieren, Transformationsstatistiken außerhalb ihres Studienrahmens eingesetzt zu haben, so daß potentiell Mißverständnisse auftreten konnten. Die Situation des Haarer Psychiatriekrankenhauses mit seiner erstaunlich hohen Verweildauer schien nämlich bundesweit einzigartig, die zu einer verzerrten Sichtweise der Psychiatriekrankenhäuser führen konnte. Die Wortwahl des Autors scheint diese Möglichkeit einer Fehlinterpretation sogar zu verstärken: Die Daten des Landeskrankenhauses Haar in Oberbayern zeigten eine Abnahme der Verweildauer bei den untersuchten schizophrenen Patienten von 3 Jahren und 10 Monaten auf 3 Monate und etwa 25 Tage im 30-jährigen Zeitraum zwischen 1929/1931 und 1959/61. Doch dieses wurde von *Huber* wie folgt ausgedrückt: Die „durchschnittliche Verweildauer eines schizophrenen Kranken [ist] in einem Psychiatrischen Krankenhaus (PK) in den letzten 30 Jahren von 4 Jahren auf 4 Monate zurückgegangen“.

Einerseits ließ diese Aussage offen, welcher Zeitraum denn genau mit „in den letzten 30 Jahren“ gemeint war. Am naheliegendsten schien für die Zuhörer und Leser im Jahr 1971, daß damit der Zeitraum 1941-1971 gemeint war. Doch dadurch wurden gerade die beachtlichen Fortschritte, die zwischen 1929/1931 und 1949/1951 in der Studie eingetreten waren und eventuell auf die EKT und IKT zurückgeführt werden konnten, geschmälert, so daß der Leser unwillkürlich den Neuroleptika eine stärkere Ursachenrolle zuzusprechen geneigt war. Andererseits kann die Wortwahl „in einem Psychiatrischen Krankenhaus (PK)“ durch Fehlen einer spezifischen Zuordnung wie „in Haar“ oder „in Oberbayern“ den Eindruck erwecken, daß es sich bei den erwähnten Zahlen um Daten handelte, die allgemeiner Art waren, auf die Gesamtheit aller

⁷⁰² Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1973)

⁷⁰³ Statistisches Bundesamt (1972); Statistisches Bundesamt (1973). Wie ersichtlich, waren die Zahlen für ein bestimmtes Jahr zumeist erst ein Jahr oder noch später verfügbar.

psychiatrischen Krankenhäuser zutrafen und nicht bloß an einem einzigen Objekt gewonnen worden waren. Somit erschien eine Voraussetzung gegeben, den Neuroleptika eine stärkere Rolle zuzusprechen.

Die von *Huber* geäußerten Behauptungen zur Untermauerung seiner Neuroleptikaeffekthypothese müssen im Kontext der angesprochenen Diskrepanzen daher als problematisch angesehen werden.

Gerd Huber, Textpassage II: In dieser Textstelle wurde eine Ursächlichkeit zwischen der Enthospitalisierung – in der Form einer Bettenabnahme – in USA und den Psychopharmaka mittels Zitatstrategie postuliert. Bei der angegebenen Quelle handelte es sich dabei nicht um eine Transformationsstudie, sondern vielmehr um eine 1971 erschienene Übersichtsarbeit von den Psychiatern *Degkwitz* und *Schulte*.⁷⁰⁴ Eine inhaltliche Abgleichung dieser Originalarbeit mit der von *Huber* zeigte jedoch Unstimmigkeiten auf.

Für ein Verständnis sei die relevanteste Stelle der von *Huber* zitierten Originalarbeit wiedergegeben: „Aus dem Gesagten läßt sich mit Sicherheit entnehmen, daß die Reduktion der Betten in den öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäusern von 1955 bis 1966 um rund 100 000 nicht auf die Gründung der psychiatrischen Gemeindezentren zurückgeführt werden kann, die erst 1965 in Gang kam. Von größerer Bedeutung dürfte die Verzehnfachung der allgemeinen Krankenhäuser mit psychiatrischen Stationen und die Vermehrung der psychiatrischen Polikliniken [...] gewesen sein. Von nicht unerheblicher Bedeutung dürfte auch sein, daß der Anteil der über 65jährigen um 28% in den Jahren von 1955-1964 gesenkt wurde. Dementsprechend wurde die Zahl der Pflegeheime seit 1963 im ganzen Land erheblich vermehrt. Es erscheint *auch unwahrscheinlich*, daß das Einführen der modernen Psychopharmaka allein einen so starken Effekt, vor allem einen, der sich im Laufe der Jahre immer weiter steigert, gehabt hat“.⁷⁰⁵

⁷⁰⁴ Degkwitz R et al (1971)

⁷⁰⁵ Ebenda, S. 172-173. Hervorhebung durch *Peter Jurczyk*.

Die Formulierungen dieses Originaltextes lassen einen gewissen Interpretationsspielraum zu. Doch unter Berücksichtigung derselben wird ersichtlich, daß die Meinung von *Degkwitz* und *Schulte* nicht mit derjenigen von *Huber* kongruent ist, wonach Psychopharmaka eine *außerordentliche* Rolle bei der Veränderung der US-Psychiatrie und Abnahme der Bettenzahlen gespielt haben. Vielmehr wurden die Psychopharmaka aus der Reihe der anderen aufgeführten Enthospitalisierungsverursacher – die „Verzehnfachung der allgemeinen Krankenhäuser mit psychiatrischen Stationen“, „die Vermehrung der psychiatrischen Polikliniken“ und daß „die Zahl der Pflegeheime seit 1963 im ganzen Land vermehrt“ wurde – herausgenommen und ihre Rolle im Gegensatz hierzu geschmälert und „ein so starke[r] Effekt“ für „unwahrscheinlich“ erklärt.

Ogleich diese Analyse der Haarspalterei nahe zu kommen scheint, so ist sie wichtig in der Beurteilung der zweiten Textstelle *Hubers*. Denn das Anführen der *Degkwitz-Schulte*-Arbeit als Beleg ist kritikwürdig und scheint inadäquat.

Fazit: Bei beiden Textstellen läßt sich aufzeigen, daß die benützten Strategien, um die Neuroleptikaeffekthypothese zu stützen, unzureichend erscheinen. Die erste Textstelle verweist auf Statistiken aus der Transformationsliteratur, die, wie im fünften Kapitel aufgezeigt, als fragwürdig hierfür anzusehen sind. Das Kausalitätspostulat Neuroleptika-Verweildauerabnahme wiederum entsprach nicht, wie schon erwähnt, den Anforderungen einer evidenzbasierten Medizin/Psychiatrie. Im zweiten Textausschnitt war hingegen die Verknüpfung zwischen Neuroleptikaauswirkungshypothese und einer von *Degkwitz* und *Schulte* gemachten Studie kritisch zu werten, denn die Möglichkeit einer nicht ganz zutreffenden Interpretation dieses Textes durch *Huber* scheint denkbar.

II. Die Zitatkategorie

Diese, wie auch die weiter unten beschriebene Postulatkategorie, beinhaltet tendenziell Arbeiten jüngerer Datums. Ob die Transformationsstudien in jüngerer Zeit einfach in Vergessenheit geraten sind oder unter Umständen andere Gründe für ihr Nichterwähnen verantwortlich sind, ist unklar. Das Vorgehen bei der folgenden Untersuchung von Arbeiten aus der Zitatkategorie entspricht einem stets ähnlichen Ablauf: Das Argument

wird dargestellt und einer ersten Analyse unterzogen. Es folgt eine Betrachtung und Bewertung der angegebenen Quelle(n), anschließend ein Gesamturteil.

1. untersuchte Text der Zitatkategorie

Autoren: *Gerd Krüger* (Ärztlicher Direktor der Landesnervenklinik Andernach); *Hans-Jürgen Kipping, Jaqueline Röhm, Gerd Jacobs* (allesamt dort tätige Psychologen)

Artikelname: „Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker am Beispiel eines öffentlichen psychiatrischen Krankenhauses“

Erscheinungsjahr: 1993

Zu untersuchende Textstelle (Im Einleitungsteil des Artikels): „Die vor der Einführung der Neuroleptika notwendig vorherrschende Versorgung auf psychiatrischen Langzeitstationen [...] produziert [...] das Syndrom des Krankenhausartefakts ([...]’Hospitalismus’). [...] Mit der Bezeichnung *Enthospitalisierung* sind allgemein alle Bemühungen angesprochen, die der Aufhebung oder Vorbeugung von Hospitalismuserscheinungen dienen“.⁷⁰⁶

Analyse: In diesem Artikel wurde die Enthospitalisierung in der Landesnervenklinik Andernach dargestellt. Im Rahmen der Einleitung wurde dabei, wie aus dem Zitat ersichtlich, die Neuroleptikaeffekthypothese als (Mit-)Ursache der Enthospitalisierung postuliert. Die Textstelle deutete dabei eine inhaltliche Demarkierung der Psychiatrieversorgung in ein Zeitalter vor und ein Zeitalter nach Einführung der Neuroleptika an. Der Präneuroleptikaära wurde zugesprochen, daß in ihr die psychiatrische Patienten auf Langzeitstationen *notwendigerweise* versorgt werden mußten und hierdurch das Hospitalismussyndrom, d.h. eine Art stumpfer Teilnahmlosigkeit unter den Patienten, entstand. Erst mit dem Einzug der Medikamente gelang es, diesen dümpelnden Zustand des Hospitalismus anzugehen und zu beseitigen

⁷⁰⁶ Krüger G et al (1993), S. 63. Hier das gesamte Zitat: „Die vor der Einführung der Neuroleptika notwendig vorherrschende Versorgung auf psychiatrischen Langzeitstationen mit der Einstellung, daß das Krankenhaus ein sicherer Raum nicht nur für den Patienten sei, und dadurch die Angehörigen sowie die soziale Umgebung geschützt wären, produziert andererseits das Syndrom des Krankenhausartefakts (hospital artifact syndrome, ‘Hospitalismus’). Gegen die Hospitalismuserscheinungen ist das im Vergleich häufig unterschätzte Risiko des Syndromes Gemeindeartefakt (community artifact syndrome) mit den antitherapeutischen Auswirkungen in der Gemeinde abzuwägen.“ Es folgt der Quellenverweis *Dencker u. May* (1988). Weiter unten im Text: „Mit der Bezeichnung *Enthospitalisierung* sind allgemein alle Bemühungen angesprochen, die der Aufhebung oder Vorbeugung von Hospitalismuserscheinungen dienen“. Hervorhebung durch die Autoren *Krüger et alii* selbst.

und damit die Enthospitalisierung zu ermöglichen. Es wurde der Eindruck erweckt, daß erst die neuroleptischen Medikamente eine „Wandlung des Faches von der bewahrenden hin zu einer therapeutischen Disziplin“ ermöglicht hatten.⁷⁰⁷ Als Beleg zitierten die Andernacher Autoren eine 1988 von *Dencker et May* erschienene Untersuchung.

Doch eine Analyse dieses *Krügerschen* Textes zeigt Diskrepanzen auf. So kann dargelegt werden, daß er sich, wie bei den anderen untersuchten Textstellen auch, in einer Grauzone aus Suggestion und persönlicher Meinung auf der einen Seite, Objektivität und belegten Fakten auf der anderen Seite bewegte. Es ist dabei für den Leser schwierig, eine Grenzlinie zu ziehen zwischen dem, was der Autor persönlich denkt und dem, was er wissenschaftlich nachweisen kann. Eben solches trifft auch für die hier zitierte Textstelle zu. Es lassen sich v.a. folgende zwei Unstimmigkeiten im Textausschnitt aufzeigen:

(1) Die von *Krüger* und seinen Mitautoren angegebene Quelle erscheint unpassend für ihren Zweck.⁷⁰⁸ Weder finden sich darin statistische Angaben noch entsprechende Formulierungen, welche die Annahme unterstützen würde, daß vor Einführung der Neuroleptika eine Langzeitversorgung psychisch Kranker „notwendig“ war oder daß Neuroleptika enthospitalisierende Auswirkungen hervorgerufen hätten.⁷⁰⁹

(2) Die Aussage, daß vor Einführung der Neuroleptika eine Versorgung auf psychiatrischen Langzeitstationen „notwendig“ war, ist problematisch. Sie suggeriert, daß vor Einführung der Neuroleptika Psychatriekranke grundsätzlich einer Langzeitversorgung bedurften. Es lassen sich jedoch in der Literatur Arbeiten aufzeigen, in denen selbst Jahrzehnte vor Einführung der Neuroleptika ein beträchtlicher Teil der

⁷⁰⁷ Häfner H (2001a), S. 85

⁷⁰⁸ Dencker SJ et al (1988) wird als Quelle angegeben.

⁷⁰⁹ Ebenda, S. 120. Doch völlig abwegig ist diese Quelle wiederum nicht, wie folgende Textstelle auf Seite 120 aufzeigt: „Die therapieresistenten Schizophrenen, mit denen wir heute konfrontiert sind, entsprechen in etwa den Fällen, die vor Einführung der Neuroleptika in den frühen fünfziger Jahren chronisch stationäre Patienten waren. Zu jener Zeit wurden nicht alle Schizophrene in den westlichen Ländern in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen. Es gibt jedoch gute Gründe anzunehmen, daß vor 1952 in Ländern mit einem gut entwickelten sozialen Fürsorgetz nahezu alle schwerkranken und chronisch schizophrenen Patienten schließlich als Langzeitpatienten in ein psychiatrisches Krankenhaus kamen“.

psychisch Kranken keiner Langzeitversorgung bedurfte.⁷¹⁰ Andere Studien aus dem Ausland weisen Ähnliches auf.⁷¹¹

Fazit: Mit ihrer Einleitungsaussage haben *Krüger, Kipping, Röhm* und *Jacobs* den Eindruck erweckt, wonach die Einführung der Neuroleptika eine wesentliche Rolle in der Psychiatrie spielte, d.h. durch ihre Einführung deutliche Veränderungen hinsichtlich der Langzeitversorgung eintraten. Diese z.T. vage gehaltenen Aussagen wurden seitens der Autoren nicht näher quantifiziert. Daß zur Stützung dieser Hypothesen Quellen benutzt wurden, die sich bei einer Nachrecherche als nur sehr begrenzt einsetzbar darstellten, ist kritisch zu werten.

2. untersuchte Text der Zitatkategorie

Autor: *Asmus Finzen* (Direktor Landeskrankenhaus Wunstorf)

Buchtitel: „Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie“

Erscheinungsjahr: 1985

Zu untersuchende Textstelle (In den Anfangskapiteln des Buches): „Die verbesserte Effizienz psychiatrischer Behandlungen hat sich sichtbar in der Verkürzung der Verweildauer der Patienten in den Kliniken niedergeschlagen. [...] Die Krankenhausentlassung ist möglich geworden. [...] Die therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie haben sich in den vergangenen Jahrzehnten dramatisch verbessert: vom Nichts-tun-können über den Elektroschock zum Medikament, zu vielfältigen psychotherapeutischen Verfahren, zu differenzierten soziotherapeutischen und rehabilitativen Ansätzen“.⁷¹²

⁷¹⁰ Meyer JE et al (1977), S. 274. So wurde z.B. in dieser retrospektiven historischen Arbeit am Göttinger Psychiatriekrankenhaus dargestellt, daß 87,7 % der aufgenommenen Patienten innerhalb von zwei Jahren im Untersuchungszeitraum 1907-1911 wieder entlassen wurden, knapp zwei Drittel innerhalb von neun Monaten.

⁷¹¹ Savino MT et al (1966), S. 477. Die Quote betrug 47,7% für die innerhalb des ersten Jahres, bzw. 43,8% für die innerhalb der ersten neun Monaten nach der Erstaufnahme entlassenen Patienten.

⁷¹² Finzen A (1985), S. 19-20. Hier das vollständige Zitat: „Die verbesserte Effizienz psychiatrischer Behandlung hat sich sichtbar in der Verkürzung der Verweildauer der Patienten in den Kliniken niedergeschlagen. Das Krankenhaus wird mehr und mehr zu einem Ort, an dem Menschen mit schweren psychischen Krisen Hilfe finden. Es hört allmählich auf, ein Ort des beschützenden Wohnens für psychisch Behinderte zu sein. Das Schmähwort von der 'Drehtürpsychiatrie' widerlegt diese Tendenz nicht. Es unterstreicht sie vielmehr. Es umschreibt die Rückschläge, die Patienten und Therapeuten auf dem Wege

Analyse: Die hier untersuchte Textstelle entstammt einer Monographie von *Asmus Finzen*, einem Wissenschaftler, der die Diskussion um die Enthospitalisierung bis in das 21. Jahrhundert hinein mitgestaltete. Im Buch „Das Ende der Anstalt“ schilderte er die in der BRD stattfindende psychiatrische Reformbewegung anhand des Krankenhauses in Wunstorf. Das Buch ist als persönlicher Erfahrungsbericht und retrospektive Darstellung der (dort erlebten) Psychiatriereform anzusehen.

An mehreren Stellen spricht der Autor den „modernen Psychopharmaka“, darunter eben auch die Neuroleptika, wichtige Funktionen bei der Veränderung der Psychiatriclandschaft zu.⁷¹³ An einigen Stellen in seinem Text führt er Zitate von Nichttransformationsstudien an als Belege der Neuroleptikaeffekthypothese.⁷¹⁴ Wegen dieser Zitate ist seine Arbeit in die Gruppe der Zitatkatgorie einzuordnen.

Ehe die oben wiedergegebene Textstelle einer Analyse unterzogen wird, muß erwähnt werden, daß *Asmus Finzen* seine Neuroleptikaauswirkungshypothese in ein multikausales Erklärungsmodell einbettet und damit nicht explizit die Neuroleptika zu alleinigen oder wichtigsten Enthospitalisierungsverursacher stilisiert. An manchen Textstellen schmälert er sogar zu einem beträchtlichen Teil ihre Wichtigkeit wieder, wenn er sie beispielsweise als „nur symptomatisch“ wirkend bezeichnet und sie in einer längeren Reihe an psychiatrieverbessernden Maßnahmen als nur eine von vielen Faktoren benennt. Auch ist sein Buch essayistisch anzusehen, d.h. es findet naturgemäß eine Verquickung objektiver Fakten und Zahlen mit Meinungen und Interpretationen statt. Trotz dieser Einschränkungen porträtiert *Finzen* ein Bild, das an manchen Stellen Anlaß zu Kritik geben kann:

weg von der Langzeithospitalisierung erleiden: Die Krankenhausentlassung ist möglich geworden. Aber Rückfälle und Wiederaufnahmen in die Klinik sind noch nicht zuverlässig zu vermeiden. Die therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie haben sich in den vergangenen Jahrzehnten dramatisch verbessert: vom Nichts-tun-können über den Elektroschock zum Medikament, zu vielfältigen psychotherapeutischen Verfahren, zu differenzierten soziotherapeutischen und rehabilitativen Ansätzen. Die Psychiatrie kann ihre Patienten vielfach nicht heilen. Diesen Mangel teilt sie mit der übrigen Medizin. Aber sie kann den meisten zu einem verhältnismäßig beschwerdefreien Leben im eigenen Lebensumfeld verhelfen. Das mag nicht genug sein. Aber die Schizophrenie ist nicht dem Schnupfen, die manisch-depressive Krankheit nicht den Masern vergleichbar – eher dem Diabetes oder dem Rheuma. Und das, was die Psychiatrie mit ihren therapeutischen Methoden heute theoretisch kann, ist weit mehr, als im Alltag auf der Grundlage des vorhandenen psychiatrischen Versorgungssystems ausgeschöpft wird“.

⁷¹³ Finzen A (1985), S. 19-20; S. 24; S. 39; S. 40; S. 50 etc.

⁷¹⁴ Es soll nur eines der Zitate genannt werden, weil sich mein Text hiermit auseinandersetzt: Auf Seite 24 zitiert er Huhn A (1970).

(1) Er spricht z.B. von der „verbesserte[n] Effizienz psychiatrischer Behandlungen“, welche sich in einer „Verkürzung der Verweildauer“ niedergeschlagen hatte. Eine weitere Konkretisierung oder ein Zitatverweis werden nicht vorgenommen. Dadurch bleibt beim Leser der Eindruck bestehen, daß es sich weniger um wissenschaftlich fundierte Fakten handelt, denn persönlicher Erfahrungsmitteilung.

(2) Es mutet etwas polemisch an, wenn *Finzen* davon spricht, daß die „Krankenhausentlassung möglich geworden [ist]“: Fraglos bestanden viele Mißstände, doch die Zeit vor der Enthospitalisierung, bzw. der Einführung bestimmter Therapiemaßnahmen grundsätzlich als eine Zeit des lebenslänglichen Eingesperrtseins zu titulieren, ist eine übertriebene Schematisierung. Daß nämlich eine Entlassung durchaus und sogar in recht hohem Maße möglich war, zeigen diverse Gegenbeispiele,⁷¹⁵ selbst bei langjährig Hospitalisierten.⁷¹⁶

(3) Es ist nicht sicher, ob *Finzen* einem Sinn mit seiner schematischen Übertreibung folgte. Doch dadurch, daß er den Einzug von moderneren Behandlungsformen in die Gegenwartspsychiatrie sehr positiv darstellte und von „dramatisch verbessert[en]“ „therapeutischen Möglichkeiten“ sprach, die "vom Nichts-tun-können über den Elektroschock zum Medikament“ scheinbar stufenförmig abgelaufen seien, entstand der Eindruck, daß die Psychiatrie von einem Pflege- zu einem Therapiefach gewandelt worden sei. Doch daß es in der Psychiatrie tatsächlich eine Ära des „Nichts-tun-können“ gab, wie von *Finzen* geschrieben, erscheint nicht haltbar. Dagegen sprechen die Vielzahl an Therapieformen, die vor Einführung der Elektroschocktherapie und Neuroleptikabehandlung existierten,⁷¹⁷ auch wenn sie nicht unbedingt so erfolgreich waren wie die heutigen Behandlungsmaßnahmen. Doch solche vereinfachende Übertreibungen sind in der Psychiatriegeschichte nicht gänzlich unbekannt und können

⁷¹⁵ Rigler O et al (1962), S. 878; Ødegård Ø (1964a), S. 773

⁷¹⁶ Hohenlohe M-G (1988)

⁷¹⁷ Schmidt R (1957)

als eine „Heroisierung“ der gegenwärtigen therapeutischen Möglichkeiten interpretiert werden.⁷¹⁸

(4) An anderer Textstelle in *Finzens* Monographie wurde wortgleich ein Vortrag von *Albert Huhn* übernommen.⁷¹⁹ *Asmus Finzen* führte ihn als Beleg einer neuroleptika-assoziierten Enthospitalisierung in seinem Buch an. Seine Quelle ist jedoch mit inhärenten Schwierigkeiten behaftet, wie weiter unten gezeigt wird. Problematisch ist das Verwenden deswegen, weil der Eindruck einer gewissen Versachlichung und Wissenschaftlichmachung der Argumente von *Finzen* entstand, wodurch dem Leser die Grenzen des Buches zwischen persönlicher Erfahrungen und Meinungen und einer sachlichen wissenschaftlichen Fundierung zu verschwimmen scheint.

Fazit: Das Fehlen statistischer Angaben, was eine Bewertung erschwert, schmälert die Aussagen. Auch das nur spärliche Benennen von Quellentexten ist zu bedauern, wobei noch die qualitative Beurteilung des einen von *Finzen* benannten Textes einer Überprüfung weiter unten harret.

Außerdem fiel eine Übertreibung der Psychiatrieentwicklung im Sinne einer Heroisierung des Heute auf. Obwohl ein wahrer Kern sich durchaus finden läßt, so ist diese Vorgehensweise als die Realität übertrieben vereinfachend abzutun.

Da im Kontext der Textstelle, wie auch in späteren und ähnlichen Textstellen, die Neuroleptika benannt werden, werden sie mit den positiven Veränderungsprozesse in einen Zusammenhang gebracht. Wenngleich *Finzen* stets die Multikausalität der Enthospitalisierung betont und anspricht, so gilt festzuhalten, daß dennoch der Aspekt der Neuroleptikaauswirkungen als einer unter vielen Faktoren als Enthospitalisierer keine ausreichende Substantiierung erfährt.

3. untersuchte Text der Zitatstrategie

Autoren: *Manfred Wolfersdorf* (Direktor Bezirkskrankenhaus Bayreuth), *Gwendolin Ropers* (Soziologin Klinik Bedburg-Hau), *Elmar Spancken* (Chefarzt Klinik Bedburg-

⁷¹⁸ Scull A (1989), S. 306-307: Gemäß *Scull* sollen durch diese „Heroisierung“ der Psychiatrieentwicklung die Errungenschaften der eigenen Zeit betont und hervorgekehrt werden.

⁷¹⁹ Huhn A (1970)

Hau), *Manfred Moos* (Abteilungsleiter Bezirkskrankenhaus Bayreuth), *Hartmut Berger* (Direktor Psychiatrieklinik Riedstadt), *Lothar Adler* (Direktor Landesfachkrankenhaus Mühlhausen), *Gerhard Reymann* (Westfälisches Zentrum für Psychiatrie)

Artikelname: „Enthospitalisierung: Probleme aus klinischer Sicht. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Bundesdirektorenkonferenz“

Erscheinungsjahr: 2002

Zu untersuchende Textstelle (Im Einleitungsteil des Artikels): „Die Psychiatrie-Enquete mündete 1970-1994 in eine Halbierung der Betten in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern von 1,8 auf 1000 auf 0,8 pro 1000, in eine deutliche Verkürzung der stationären Verweildauern von 200-300 Tagen auf um 30 Tage heute und in eine nahezu 100%ige 'Enthospitalisierung' der chronisch bzw. Langzeit-Kranken, die 'Pflegefälle', in die jeweiligen Gemeinden. Eine der dabei wichtigen Voraussetzungen, die nie untersucht aber immer erwähnt wird, war die breite Einführung der Neuroleptika“.⁷²⁰

Analyse: Die Textstelle entstammt einem Enthospitalisierungsartikel, welcher eine Umfrage und ihre Ergebnisse zur Enthospitalisierung in der Bundesrepublik Deutschland darstellt. Hauptinteresse ist dabei dem sogenannten „harten Kern“ gewidmet, der bei der Enthospitalisierung in den Krankenhäusern am längsten verbliebenen und schwierigsten zu integrierenden Patientengruppe. Diese Textstelle wird mit Verweis auf drei Quellenangaben gestützt,⁷²¹ und die Behauptung aufgestellt, wonach die Einführung der Neuroleptika eine „der [...] wichtigen Voraussetzungen, die nie untersucht, aber immer erwähnt wird“ war.

Dabei verdienen drei Punkte einer genaueren Untersuchung: Die inhaltliche Konsistenz der Aussagen, die Eignung der Quellen als belegende Mittel und die Stichhaltigkeit der angegebenen Zahlen. Es folgt eine Analyse:

(1) Der Text weist scheinbar inhaltliche Widersprüche auf. Denn angesichts der Existenz der Transformationsstudien, die im Vorkapitel erwähnt worden waren, und anderer Arbeiten, welche sich mit der Frage der Neuroleptikaauswirkungen zumindest als

⁷²⁰ Wolfersdorf M et al (2002), S. 139

⁷²¹ Franz M et al (2001b); Karow A et al (2001); Häfner H (2001a): Das von *Wolfersdorf et al* angegebene Zitat ist deckungsgleich mit dem von mir benützten Text aus anderer Quelle.

Teilaspekt auseinandersetzen,⁷²² scheint es inkorrekt zu schreiben, daß die Neuroleptika eine „der [...] wichtigen Voraussetzungen, die *nie untersucht*“ worden waren. Es ist zwar denkbar, daß *Wolfersdorf* und seine Kollegen nicht von der Transformationsdiskussion wußten, aber dann erscheint der Ausspruch, daß trotz des Fehlens solcher Arbeiten, die Neuroleptika als „[e]ine der dabei wichtigen Voraussetzungen“ zu bezeichnen sind, paradox. Eine als nicht vorhanden vermutete Studienlage läßt einen vorsichtigeren und neutraleren Standpunkt erwarten.

Zusätzlich findet sich ein Widerspruch darin, daß einerseits von der Halbierung der Betten im Zeitraum 1970-1994 gesprochen wird und den Neuroleptika eine wesentliche Funktion hierbei eingeräumt wird, aber diese schon 20 Jahre früher, nämlich ab 1952/1953, in die Medizin eingeführt wurden. Diese zeitliche Diskrepanz von zwei Jahrzehnten schmälert die Behauptung, daß Neuroleptika „*wichtige*“ Voraussetzungen für die Psychiatrieveränderungen gewesen waren.

(2) Es werden drei Quellentexte zitiert, um die als bedeutend postulierte Stellung der Neuroleptika zu untermauern. Diese sind jedoch, wie sich bei näherer Betrachtung herausstellt, nur sehr bedingt geeignet. Die erste der drei angegebenen Studien ist beispielsweise als Quellenverweis unzureichend.⁷²³ Die Enthospitalisierung wird im Text weder thematisiert noch erwähnt; der Artikel referiert vielmehr „eine prospektive randomisierte Kontrollgruppenstudie, in deren Verlauf die Wirkungen atypischer Antipsychotika auf Psychopathologie, Nebenwirkungen, Neuropsychologie, Familiendynamik, Lebensqualität und mehrdimensionale Diagnostik“ vorgestellt werden.⁷²⁴

Auch die zweite Quelle ist ebenfalls nur sehr bedingt geeignet,⁷²⁵ wenngleich die Enthospitalisierung mit Neuroleptikabezug immerhin Erwähnung findet. Doch der Text krankt daran, daß weder Zahlen noch Fakten präsentiert werden, um eine Kausalität aufzuzeigen, sondern daß einfach nur die Behauptung aufgestellt wird, wonach die Hinwendung zur Gemeindepsychiatrie, neben anderen Ursachen, „auch bedingt durch die

⁷²² Scull A (1977); Kersting F-W (1998); Hanrath S (2002); Talbott JA (2004a)

⁷²³ Karow A et al (2001)

⁷²⁴ Ebenda, S. 85

⁷²⁵ Franz M et al (2001b)

Einführung der Neuroleptika“ eingetreten sei.⁷²⁶ Doch diese Behauptung bleibt ohne Quellenangabe und statistisch-empirischer Stützung, dadurch ungeeignet.

Der dritte Quellentext, der von *Wolfersdorf et alii* angegeben wird, ist ebenfalls nur bedingt geeignet zur Untermauerung der Ansicht, daß Neuroleptika eine der „wichtigen Voraussetzungen“ der Enthospitalisierung waren.⁷²⁷ Diese Arbeit findet aufgrund ihres größeren Umfangs weiter unten als 3. untersuchte Text der Postulatkategorie Erörterung, und wird an dieser Stelle nicht näher analysiert. Doch es läßt sich schon vorab festhalten, daß er, wie die anderen Texte auch, diverse Mängel hinsichtlich Fakten- und Datenlage zur Neuroleptikaeffekthypothese besitzt.

Somit wird der Eindruck, wonach die Neuroleptika eine der „wichtigen Voraussetzungen“ der Enthospitalisierung waren, durch die drei zitierten Texte nicht ausreichend erhärtet.

(3) Die von *Wolfersdorf* und Autoren angegebene Zahlen einer Bettenabnahme sind beeindruckend, vermögen jedoch nicht die Hypothese einer Neuroleptikaauswirkung zu bekräftigen. Eine Abnahme der Bettenmeßziffer von 1,8 im Jahre 1970⁷²⁸ auf 0,8 je 1.000 Einwohner im Jahr 1994⁷²⁹ fand tatsächlich statt und auch die Abnahme der hohen Verweildauerangabe von circa 200-300 Tage für 1970 – obgleich die Quelle dieser Angaben und der Grund der großen Spannenangabe nicht ganz klar sind – auf einen Verweildauerwert von unter 30 Tagen⁷³⁰ ist dokumentiert worden.

Doch das Paradoxe an diesen Angaben ist, daß diese angesprochene positive Veränderungen erst ab Ende der 1960er Jahre als Teil der Enthospitalisierung einsetzten. Wie schon unter Punkt 1 angesprochen, widerspricht das chronologische Auseinanderklaffen von Zeitpunkt der Einführung der Neuroleptika ab 1952 und der Enthospitalisierungs-

⁷²⁶ Franz M et al (2001b), S. 73. Die betreffende Textstelle, auf die sich *Wolfersdorf et alii* unter Umständen stützen – sie haben keine Seitenangaben gemacht – lautet wie folgt: „Der objektive Lebensstandard schizophrener Patienten hat sich in den letzten drei Dekaden – auch bedingt durch die Einführung der Neuroleptika – unzweifelhaft dramatisch verbessert. So müssen schizophrene Menschen heute nicht mehr dauerhospitalisiert sein und können überwiegend in der Gemeinde leben. Auch die stationäre Behandlung hat sich von einer kustodialen Atmosphäre großer 'Säle' und Anstalten hin zu dem hotelartigen Charakter moderner, oft gemeindenaher Kliniken gewandelt“. Es wird kein Text als Quelle dieser Aussage wiederum zitiert.

⁷²⁷ Häfner H (2001a)

⁷²⁸ Degkwitz R et al (1971), S. 170

⁷²⁹ Rössler W et al (1996a), S. 87

⁷³⁰ Hofmann K-M (2003), S. 23

entwicklung ab 1970 einer starken direkten Neuroleptikaauswirkung. Vielmehr hätten Zahlen aus den 1950er Jahren angeführt werden müssen, die jedoch v.a. verschlechternde, bestenfalls heterogene Veränderungen hätten aufzeigen können. Im fünften Kapitel wurde dieses eingehend dargestellt.

Fazit: Die Problematik der Aussage, daß die „breite Einführung der Neuroleptika“ eine der „wichtigen Voraussetzungen“ für die Enthospitalisierung war, ist an vielen Stellen aufgezeigt worden. Zu dieser tragen sowohl eine mangelnde empirische Basis, als auch inadäquate Quellentexte, sowie inhaltliche und chronologische Diskrepanzen bei. Die Feststellung seitens der Autoren, wonach dieser Sachverhalt „nie untersucht, aber immer erwähnt wird“ ist, wie die Recherche aus dem Vorkapitel aufgezeigt hat, nicht haltbar. Daß außerdem gar anschließend ein Urteil zu diesem vertreten wird, das durch die Mehrheit der Transformationsstudien nicht gestützt wird, ist zu kritisieren.

III. Die Postulatkategorie

Diese Kategorie umfaßt eine große, eventuell die größte, Zahl an Arbeiten und Textstellen zur Neuroleptikaauswirkungshypothese. In ihr finden sich allesamt Arbeiten, welche weder Quellenverweise noch Transformationsstatistiken und/oder –studien zu ihrer Untermauerung anführen. Das Spektrum der Meinungen reicht von vage angedeuteten Mutmaßungen im Nebensatz bis hin zu absatzlangen Erklärungen zur Enthospitalisierung und der Rolle der Neuroleptika hierbei. Obwohl zumeist Arbeiten aus dieser Kategorie die Kausalitätsstrategie verwenden, oft im Sinne einer medikamentösen Symptombesserung, die vermehrt Entlassungen ermöglicht hätte, so existieren auch solche Veröffentlichungen, welche auf ein Ursächlichkeitsschema verzichten und stattdessen einfach nur die Behauptung des Neuroleptikaeffektes vertreten.

Daß keine dieser Vorgehensweisen aus wissenschaftlicher Hinsicht eine ausreichende Stützung des Argumentes ist, muß nach den Maßstäben evidenzbasierter Betrachtung konstatiert werden. Außerdem ist oftmals nicht erkennbar, welches der Ursprung dieser Hypothesen ist; eine Einschätzung der Arbeiten aus dieser Kategorie legt den Schluß nahe, daß es sich bei den Neuroleptikaeffekthypothesen wohl in erster Linie um persönliche Ansichten handelt.

1. untersuchte Text der Postulatkategorie

Autor: *Albert Huhn* (Direktor des Rheinischen psychiatrischen Landeskrankenhauses Bonn, Schatzmeister der „Aktion Psychisch Kranke“)

Artikelname: „Bericht über die öffentliche Informationssitzung des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit in Bonn“

Erscheinungsjahr: 1970

Zu untersuchende Textstelle (Im Hauptteil des Vortrages): „Die modernen Psychopharmaka haben beim Gros der Patienten erst die Voraussetzungen für psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden Resozialisierung geschaffen. Erst sie ermöglichten, eine von Anfang an auf Rehabilitation abzielende mehrdimensionale Ganzheitstherapie und einen differenzierten Gesamtbehandlungsplan aufzustellen. Die Kombination der medikamentösen Behandlung mit der Sozio- und Psychotherapie und darüber hinaus eine Koordination der verschiedenen Therapie-Instanzen ist auch Vorbedingung für die angestrebte Umzentrierung der Psychosentherapie vom Krankenhaus auf halbambulante und ambulante Übergangseinrichtungen und auf die ambulante Praxis“.⁷³¹

Analyse: Diese Textpassage entstammt einem am 8. Oktober 1970 gehaltenen Vortrag, der sich mit der Thematik „neue therapeutische Möglichkeiten und die organisatorischen Konsequenzen einschließlich der Aus- und Weiterbildung“ beschäftigte. Die Neuroleptika und als ihre Effekte angesehene Auswirkungen nahmen knapp ein Viertel des Vortrages ein. Er erlangte durch die anwesenden Psychiater, Politiker, Journalisten und Öffentlichkeit eine große Aufmerksamkeit, wurde später in schriftlicher Form in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit abgedruckt und fand, wie weiter oben angezeigt wurde, noch Jahre später wie z.B. bei *Asmus Finzen* 1985 Erwähnung.⁷³² Deshalb wird dieser Text an dieser Stelle interpretiert, wenngleich der Enthospitalisierungsaspekt nur sehr indirekt angesprochen wird.

Es muß außerdem festgehalten werden, daß *Huhn* die Medikation weder als direkter Urheber, sondern „Vorbedingung“ der Umzentrierung der Psychiatrieversorgung

⁷³¹ Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1973a), S. 57

⁷³² Finzen A (1985), S. 24. Es wird später noch auf diesen Text eingegangen werden.

bezeichnete, und daß er sie in ein multikausales Bedingungsgefüge eingebettet sah. In dieser Hinsicht klingt seine Aussage etwas verzerrt, wenn vor allem auf den medikamentösen Aspekt fokussiert wird.

Zwei Hauptaspekte und Diskrepanzen an diesem Text verdienen einer näheren Betrachtung:

(1) Der Text weist, wie schon andere, begriffliche und quantitative Ungenauigkeiten auf. Unklar muß bleiben, welcher Anteil beispielsweise unter „Gros der Patienten“ oder unter einer „weitgehenden Resozialisierung“ und was unter „mehrdimensionale Ganzheitstherapie“ oder „Voraussetzungen“ gemeint ist. Da weder statistische Angaben, noch Zitatverweisungen anzutreffen sind, muß an diesem Text eine mangelhafte Empirie und Transparenz hinsichtlich Ursprung der Meinungen und Äußerungen angeführt werden.

Wie beim vorangegangenen Beispiel, der 3. untersuchte Text der Zitatstrategie, wird postuliert, daß erst „die medikamentöse Behandlung“ in „Kombination“ mit anderen Behandlungsformen, eine „Vorbedingung für die angestrebte Umzentrierung der Psychotherapie vom Krankenhaus auf halbambulante und ambulante Übergangseinrichtungen und auf die ambulante Praxis“ gewesen war, daß also die Neuroleptika eine entscheidende Rolle bei der Enthospitalisierung gespielt haben. Doch aufgrund all der textlichen Ungenauigkeiten, einer fehlenden Basis, auf dem diese Hypothese ruht und der im 5. Kapitel dargestellten Transformationsdiskussion, muß diese Sichtweise als nur bedingt begründet angesehen und entsprechend kritisch bewertet werden.

(2) *Huhn* vernachlässigte eine Reihe anderer wichtiger somatischer und nicht-somatischer Behandlungsverfahren. So stellten sowohl die Insulinkomatherapie als auch die Elektrokrampftherapie und andere im 4. Kapitel erwähnte Behandlungsformen wichtige Fortschritte mit gegebenenfalls entsprechenden Veränderungen in der Psychiatrieversorgung dar. Es existierten schon vor Einführung der modernen Psychopharmaka eine Reihe an psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen, die sich nicht nur einer breiten Beliebtheit erfreuten, sondern auch als wirksam galten, wie z.B.

die *Bleulersche* Frührehabilitation, die *Kolbsche* Außenfürsorge⁷³³ oder die *Simonsche* Arbeitstherapie⁷³⁴ oder andere Rehabilitationsformen des 19. Jahrhunderts.⁷³⁵

Es ist eine vereinfachende Darstellung, erst durch die Medikamente – in „Kombination“ mit anderen Maßnahmen – das psychiatrische Versorgungssystem hinsichtlich einer ersten wirksamen Therapie verändert zu sehen.

Fazit: *Albert Huhns* Aussagen sind der Postulatkategorie zuzuordnen. Diese ist gekennzeichnet durch fehlende Quellenangaben, fehlende Statistiken und mangelnde Transparenz hinsichtlich der Argumentationsursprünge und Meinungsbildung bei der Neuroleptikaeffekthypothese. Wie dargestellt, erweckt dieses den Eindruck, daß die im Text geäußerten Angaben vor allem auf persönliche Erfahrungen und Meinungen basierten. Eine Überprüfung derselben ist nur schwer möglich. Mitbestimmend für diese Meinungsbildung mag der biographische Hintergrund des jeweiligen Wissenschaftlers sein. So findet sich beispielsweise bei *Albert Huhn* eine stärkere Orientierung an biologischen Psychiatriethemen,⁷³⁶ was unter Umständen mit erklären hilft, wieso er den somatischen Medikamenten eine stärkere Rolle zuschreibt als ggf. empirisch zweifelsfrei nachgewiesen.

2. untersuchte Text der Postulatkategorie

Autorin: *Heidi Margrit Crämer* (Doktorandin, Ärztin für öffentliches Gesundheitswesen)

Doktorarbeitstitel: „Ein Landkreis auf dem Weg zur Gemeindepsychiatrie – Die Entwicklung der sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Tübingen“

Erscheinungsjahr: 1984

Zu untersuchende Textstelle (Im Einleitungsteil der Dissertation): „Die sozialpsychiatrischen Erkenntnisse, im Zusammenwirken mit den veränderten Therapiemöglichkeiten durch Psychopharmaka, bewirkten weltweit eine Wende im Umgang mit psychisch Kranken.“

⁷³³ Schmiedebach H-P et al (2002)

⁷³⁴ Simon H (1929)

⁷³⁵ Kraepelin E (1918)

⁷³⁶ Z.B. Huhn A et al (1954); Wolf G et al (1959); Huhn A (1962); Scheid W et al (1964); Huhn A et al (1966); Huhn A et al (1967)

Im westlichen Ausland wurden bereits Ende der 50er Jahre organisatorische Konsequenzen aus den veränderten Behandlungsmethoden und den Erkenntnissen der Sozialpsychiatrie gezogen. [...] Ziel der organisatorischen Umstrukturierung: gemeindenaher Abdeckung der gesamten Breite der Bedarfspalette – vom Bedarf stationärer und teilstationärer Behandlung bis hin zum Bedarf ambulanter sozialer Betreuung im Lebensumfeld des Kranken“.⁷³⁷

Analyse: Anhand der Aussagen der Ärztin *Heidi Margret Crämer* kann beispielhaft aufgezeigt werden, daß die Neuroleptikaauswirkungshypothese auch in Dissertationsschriften Verbreitung fand. Wie im vorangegangenen Beispiel und oftmals typisch für die Arbeiten aus der Postulatkategorie, lassen sich weder Quellen- noch Statistikangaben zur Beweisführung finden. Auch Kausalmodelle fehlen in dieser speziellen Arbeit. Vielmehr wird ohne Belege davon gesprochen, daß „weltweit eine Wende im Umgang mit psychisch Kranken“ „im Zusammenwirken mit den veränderten Therapiemöglichkeiten durch Psychopharmaka“ stattfand. Der Begriff „Enthospitalisierung“ wird nicht benutzt, was jedoch auch mit Blick auf das Verfassungsjahr 1984 dahingehend erklärt werden kann, daß der Begriff im deutschsprachigen Raum wohl erst seit 1988 breitere Verbreitung fand.⁷³⁸

Diese Textstelle bedarf keiner großen Analyse, weil sich schon Gesagtes sonst unnötig wiederholen würde. Das Fehlen von Quellenangaben und Statistiken erwecken den Eindruck, wonach es sich bei den getätigten Aussagen um persönliche Eindrücke und Meinungen handelt. Daß darüberhinaus die schon im vorigen Kapitel erwähnten Transformationsstudien nur sehr begrenzt *Crämers* Behauptung unterstützen, sei nochmals an dieser Stelle wiederholt.

⁷³⁷ Crämer HM (1984), S. 10. Hier das gesamte Zitat: „Die sozialpsychiatrischen Erkenntnisse, im Zusammenwirken mit den veränderten Therapiemöglichkeiten durch Psychopharmaka, bewirkten weltweit eine Wende im Umgang mit psychisch Kranken.“

Im westlichen Ausland wurden bereits Ende der 50er Jahre organisatorische Konsequenzen aus den veränderten Behandlungsmethoden und den Erkenntnissen der Sozialpsychiatrie gezogen. Das Erkennen der Hospitalismusschäden führte zur allmählichen Ablösung abgelegener psychiatrischer Großanstalten zur Langzeithospitalisierung durch gemeindenaher flexible Versorgungseinrichtungen. Ziel der organisatorischen Umstrukturierung: gemeindenaher Abdeckung der gesamten Breite der Bedarfspalette – vom Bedarf stationärer und teilstationärer Behandlung bis hin zum Bedarf ambulanter sozialer Betreuung im Lebensumfeld des Kranken“.

⁷³⁸ Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988), S. 621; S. 671

Fazit: In dieser Arbeit wurde die Neuroleptikaauswirkungshypothese mit inadäquater Unterlegung formuliert. Der Text entzieht sich einer tiefergehenden Analyse in Anbetracht fehlender Statistiken, Daten, Quellenverweisen und Kausalitätsmodellen. Es entsteht angesichts dieser mangelnden Empirie der Eindruck einer auf persönlichen Ansichten und Erfahrungen fußenden Aussage, was einer kritischen Relativierung bedarf.

3. untersuchte Text der Postulatkategorie

Autor: *Heinz Häfner* (Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim)

Artikelname: „Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven“

Erscheinungsjahr: 2001

Zu untersuchende Textstelle (Im Hauptteil des Artikels): „Die Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka ab 1952 gab erstmals den Psychiatern ein breites ambulant und stationär anwendbares Behandlungsinstrumentarium in die Hand. [...] Mit dieser Wandlung des Faches von der bewahrenden hin zu einer therapeutischen Disziplin war der Psychiater zu einem aktiv handelnden Arzt geworden, der sich bemühen musste, die bestmögliche Therapie zu finden und sich nicht mehr auf zeitlose Aufsicht und Alltagsgestaltung zu beschränken. Es war möglich geworden, psychotische Episoden rasch zum Abklingen zu bringen, Rückfällen vorzubeugen und viele leichte psychische Störungen ambulant zu behandeln. Damit war eine tief greifende Veränderung des psychiatrischen Versorgungssystems vorbereitet worden. Es bedurfte nur noch eines Mentalitätswandels des gesamten therapeutischen Personals vom patriarchalischen Überwachungs- und Disziplinierungssystem hin zu einer therapeutischen Partnerschaft“.⁷³⁹

⁷³⁹ Häfner H (2001), S. 85. Hier das Zitat in seiner gesamten Länge: „Die Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka ab 1952 gab erstmals den Psychiatern ein breites ambulant und stationär anwendbares Behandlungsinstrumentarium in die Hand. Dazu kamen neue, gut lehrbare und ökonomisch vertretbare Psychotherapiemethoden. Mit dieser Wandlung des Faches von der bewahrenden hin zu einer therapeutischen Disziplin war der Psychiater zu einem aktiv handelnden Arzt geworden, der sich bemühen musste, die bestmögliche Therapie zu finden und sich nicht mehr auf zeitlose Aufsicht und Alltagsgestaltung zu beschränken. Es war möglich geworden, psychotische Episoden rasch zum Abklingen zu bringen, Rückfällen vorzubeugen und viele leichte psychische Störungen ambulant zu behandeln. Damit war eine tief greifende Veränderung des psychiatrischen Versorgungssystems vorbereitet worden. Es bedurfte nur noch eines Mentalitätswandels des gesamten therapeutischen Personals vom patriarchalischen Überwachungs- und Disziplinierungssystem hin zu einer therapeutischen Partnerschaft und seitens der

Analyse: Dieser Ausschnitt entstammt einem Text, der sich mit den historischen Aspekten und Perspektiven der Psychiatrieenquête, damit auch der Enthospitalisierung, beschäftigte. Persönliche Eindrücke flossen mit hinein. Verfasser dieses Textes war *Heinz Häfner*, ein bundesweit bekannter Psychiatrietätiger.

Die wiedergegebene Textpassage ist essayistisch verfaßt, was vielleicht auch erklären mag, wieso es ihm an Quellen oder statistischen Daten zur Belegung der geäußerten Neuroleptikaeffekthypothese mangelte. Obwohl alleine schon dieses Fehlen evidenzbasierter Aussagen eine kritische Wertung dieses Textes ermöglicht, verdient er dennoch aufgrund seiner Komplexität eine umfassendere Untersuchung, die stückweise erfolgen wird.

Häfner: „Die Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka ab 1952 gab erstmals den Psychiatern ein breites ambulant und stationär anwendbares Behandlungsinstrumentarium in die Hand“.

Analyse: Die im Satz enthaltene Aussage ist aus mehreren Gründen heraus als problematisch zu erachten. Einige der Punkte wie fehlende Zahlen- und Quellenangaben sind schon an anderer Stelle angesprochen worden. Besonders betont werden muß jedoch eine inhaltliche Komponente: Es wird in diesem Satz suggeriert, daß „1952“ „erstmal“ ein „ambulant und stationär anwendbares Behandlungsinstrumentarium“, das „breit“ eingesetzt werden konnte, verfügbar wurde. Es entsteht dadurch der Eindruck einer medikamenten- und therapiefreien Psychiatrieversorgung vor 1952, als die Psychopharmaka, zunächst in Form der Neuroleptika, Einzug erhielten.

Doch sind diese Aussagen anzuzweifeln. Beispielsweise waren schon Jahre und Jahrzehnte vor 1952 eine Reihe von Medikamenten im Einsatz. Zu denken ist an schon seit dem 19. Jahrhundert bekannte Wirkstoffe wie Morphinum oder Chloralhydrat⁷⁴⁰ oder Barbiturate und Paraldehyd ab den 1940er Jahren – ein Autor sieht sogar erst ihr Einsatz

Kranken von Resignation und Verzweiflung zum eigenen, hoffnungsvollen, nicht mehr ausschließlich fremdgesteuerten Interesse an psychiatrischer Behandlung. Es sollte fast 20 Jahre dauern, bis diese Wende auch in der Majorität der Köpfe und Institutionen Fuß zu fassen begann“.

⁷⁴⁰ Müller U et al (2006)

und den damit verbundenen positiven Erfahrungen als Vorbedingung und Wegebner der später eingetretenen „Neuroleptika-Euphorie“.⁷⁴¹

Zusätzlich ist schon im vorigen Kapitel aufgezeigt worden, daß spätestens ab den 1930er Jahren mehrere somatische, nichtmedikamentöse Behandlungsformen zur Verfügung standen: Die Insulinkomatherapie und die Elektrokrampftherapie. So zeigen Zahlen aus Finnland, daß beide Therapieformen häufig eingesetzt wurden: 1950 wurden 75% der untersuchten Patienten mit IKT, 55% mit EKT behandelt.⁷⁴² Das trifft auch auf die BRD zu: Im Rheinischen Landeskrankenhaus wurden 1951 zum Beispiel von 369 Psychosenfälle immerhin 69,4% mit Elektroschock- und 3,8% mit Insulinschocktherapie behandelt, Tendenz steigend.⁷⁴³ Das war, zumindest hinsichtlich der Elektrokrampftherapie, ein als „breit“ anzusehender Therapieeinsatz.

Außerdem irritiert an der Aussage das Fehlen einer differenzierten Betrachtung der mit den Neuroleptika verbundenen negativen Auswirkungen und Schwierigkeiten. Denn trotz ihres bedeutenden Fortschrittes, schränkte eine Reihe von Schwierigkeiten ein ubiquitäres, unbegrenztes und „breites“ Verwenden der Neuroleptikamedikation ein.⁷⁴⁴ Beispielsweise besteht bis heute die noch ungelöste Problematik der Behandlungstreue („Compliance“), bei der bis zur Hälfte der Patienten ihre Medikation nicht regelrecht einnehmen.⁷⁴⁵ Die Nebenwirkungen müssen ebenfalls stets mitberücksichtigt werden und erfordern ein dauerndes Abwägen des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.⁷⁴⁶

Häfner: „Mit dieser Wandlung des Faches von der bewahrenden hin zu einer therapeutischen Disziplin war der Psychiater zu einem aktiv handelnden Arzt geworden, der sich bemühen musste, die bestmögliche Therapie zu finden und sich nicht mehr auf zeitlose Aufsicht und Alltagsgestaltung zu beschränken“.

Analyse: Ein ähnlicher Aspekt ist weiter oben bei *Asmus Finzens* Text angesprochen worden. Hier scheint eine überzogene Dramatisierung des Veränderungsprozesses

⁷⁴¹ Moncrieff J (1999), S. 481-482

⁷⁴² Achté K (1967), S. 42

⁷⁴³ Auch W (1963), S. 554

⁷⁴⁴ Charlton BG (2006)

⁷⁴⁵ Hartung H-D (1998); Barnas C et al (1998). *Barnas* und seine Mitautoren geben eine Behandlungsuntreuerate von gar bis zu 80% an, die sie als Grund für das deutlich schlechtere Abschneiden der Behandlungsraten in der klinischen Praxis versus klinischen Studien sehen.

⁷⁴⁶ Forth W et al (2001), S. 344-346

stattzufinden, die dann unter anderem den Neuroleptika eine eventuell überbewertete wichtige Rolle zuordnen.

Fraglos war die Veränderung der Psychiatrielandschaft von der *Häfner* erzählt, eine große Wandlung. Dennoch ist es fraglich, inwieweit diese Darstellung zutrifft und inwieweit der Psychiater der Vorneuroleptikaära ein Arzt einer „bewahrenden“ Disziplin war, inwieweit z.B. *Wilhelm Griesinger* oder *Eugen Bleuler* sich „auf zeitlose Aufsicht und Alltagsgestaltung“ beschränkten. Dagegen sprechen die vielen Behandlungsmaßnahmen, die mit z.T. deutlichem Erfolg eingesetzt wurden und z.T. noch heute verwendet werden.⁷⁴⁷ Es ist zu vermuten, daß der Arzt aktiv gehandelt hat und Erfolge erzielt hat auch ohne Neuroleptika zu besitzen, auch vor der Enthospitalisierung.

Häfner: „Es war möglich geworden, psychotische Episoden rasch zum Abklingen zu bringen, Rückfällen vorzubeugen und viele leichte psychische Störungen ambulant zu behandeln“.

Analyse: Obgleich nicht vergessen werden darf, daß es eine Reihe an therapie-, das heißt „neuroleptikaresistente“ Patienten gab und andere Behandlungsverfahren schon vor Einführung der Neuroleptika Besserung gebracht hatten, so kann dieser Aussage teilweise zugestimmt werden. Durch eine psychopharmakologische Behandlung hat sich die Psychiatriebehandlung verändert und z.T. verbessert. Rehabilitationsmaßnahmen sind zwar weiterhin wichtig – teilweise werden sie sogar als wichtiger als eine medikamentöse Therapie erachtet⁷⁴⁸ – doch die wichtige Stellung der Neuroleptika und der Psychopharmaka ist heute nicht anzuzweifeln. Neuroleptika haben nicht nur rezidivprophylaktische Effekte aufzeigen können,⁷⁴⁹ sondern man sagt ihnen auch deutliches finanzielles Einsparpotential nach,⁷⁵⁰ was sie finanziell attraktiv macht.⁷⁵¹

⁷⁴⁷ Dieckhöfer K (1980): Das jahrhundertalte Familienpflegesystem; Schmiedebach H-P et al (2002): Die Außenfürsorge von *Kolb* aus den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts; Pointner M (1954), S. 39: Die Gütersloher Arbeitstherapie der Weimarer Zeit; Müller M (1953): Die schon vor 1952 verwandte Psychotherapie usw. usf.

⁷⁴⁸ Freyhan FA (1961a), S. 191. So findet sich z.B. in einem von *Freyhan* veröffentlichten Artikel folgende Meinung: „Wenn wir zu wählen hätten zwischen dem Aufgeben jeglicher Verwendung der neuen Medikamenten und den rehabilitativen Berufsmaßnahmen und andere sozialen Einrichtungen, so gäbe es kein Zögern hinsichtlich der Wahl: Die Medikamente würden abgeschafft“.

⁷⁴⁹ Dose M (2004), S. S49. Es werden mehrere Studien von *Matthias Dose* zitiert.

⁷⁵⁰ Osterheider M et al (1998)

⁷⁵¹ Mowbray CT et al (2002), S. 159

Dennoch konnten enthospitalisierende oder transformatorische Wirkungen nicht, bzw. nicht deutlich, aufgezeigt werden, wie im Vorkapitel ausführlich dargelegt. Denkbar, wie in Form indirekter Wirkungen als Milieuverbesserung, Basis einer intensivierteren Patientenpflege und –gesprächstherapie oder anderem, sind sie aber auf alle Fälle.

Häfner: „Damit war eine tief greifende Veränderung des psychiatrischen Versorgungssystems vorbereitet worden. Es bedurfte nur noch eines Mentalitätswandels des gesamten therapeutischen Personals vom patriarchalischen Überwachungs- und Disziplinierungssystem hin zu einer therapeutischen Partnerschaft“.

Analyse: Die zu kritisierende Aspekte sind schon ausführlich dargelegt worden. Die negative Konnotation des vergangenen Systems als „patriarchalisch“ und als „Überwachungssystem“ ist beispielsweise als schematisch-vereinfachend zu kritisieren. Zu kritisieren ist ebenfalls die unzureichende Substantiierung des Kausalitätsverhältnisses Psychopharmaka–Psychiatrieveränderung (=„tief greifende Veränderung“, es wird zwar nicht direkt von einer Enthospitalisierung gesprochen, sie scheint jedoch angedeutet und gemeint). Auch auf die schon fehlende Quantifizierung und Quellenangabe ist mehrfach abgehoben worden und muß ebenfalls negativ bewertet werden.

Fazit: *Heinz Häfner* hat die Entwicklung der bundesdeutschen Psychiatrieversorgung seit ihren Anfängen begleitet. Seine Karriere begann 1949. Er war und ist einer der prominentesten Sozialpsychiater der bundesdeutschen Psychiatrie und hat sie mit beeinflußt. Diese wichtige Stellung manifestiert sich nicht nur in seinen zahlreichen Veröffentlichungen, sondern auch in seiner aktiven Rolle in der Psychiatrieenquête, seiner Mitarbeit bei der Weltgesundheitsorganisation und seinen zahlreichen nationalen wie auch internationalen Preisen.

Angesichts dieser Position ist vorstellbar, daß er der Neuroleptikaauswirkungshypothese weite Verbreitung hat geben können. Beispielsweise wurde dieser Text in der 2001 erschienenen Arbeit von *Wolfersdorf* zitiert.⁷⁵² Es kann vermutet werden, daß er auch in naher Zukunft noch Beachtung und Erwähnung finden wird. Doch angesichts der aufgezeigten fehlenden Belege und Diskrepanzen muß die vertretene Ansicht bezüglich

⁷⁵² Wolfersdorf M et al (2002)

der Wichtigkeit der Neuroleptika im Enthospitalisierungsprozeß kritisch bewertet werden, wenngleich der Kontext eines vielmehr als Essay verstandenen Textes und die Tatsache, daß nicht direkt von der „Enthospitalisierung“, sondern vielmehr von „tiefgreifenden Veränderungen“ im Text gesprochen wurde, berücksichtigt werden muß.

VI.3. Abschließende Bemerkungen

„Auch in der Psychiatrie geht heute ein großer Umbruch seinem Abschluß entgegen, ohne daß die Psychiater inmitten ihrer routinemäßigen Arbeit Zeit finden würden, darüber Betrachtungen anzustellen“⁷⁵³ – dieser Ausspruch wurde zur Beschreibung der Einführung der Neuroleptika geprägt. Doch er stimmte nicht gänzlich, denn der große neuroleptische „Umbruch“ zog nicht unbemerkt und unkommentiert vorüber, sondern war von Anfang an Gegenstand lebhafter Diskussion gewesen. Von früh an übten sie eine wesentliche Stellung in der Psychiatrie und Behandlung der Geisteskranken aus, die stark thematisiert wurde. Die Fülle an wissenschaftlichen Veröffentlichungen in den 1950er und 1960er Jahren illustriert das.⁷⁵⁴ Diese Zahl der Publikation ist massiv weitergewachsen und so werden z.B. heutzutage alleine beim Eingeben des Begriffes „neuroleptics“ in der Pubmed-Datenbank mehr als 90.000 Treffer angezeigt.⁷⁵⁵ Daß diese sehr präzente Medikamentengruppe daher auch einmal mit einem anderen sehr präsenten Thema, die Enthospitalisierung, verknüpft wurde schien nur noch eine Frage der Zeit.

Diese Diskussion um die Enthospitalisierung in Zusammenhang mit den Neuroleptika ist zwar nur eine von sehr vielen, aber eine wichtige: Denn eine über ein Jahrhundert hinweg gewachsene Psychiatrielandschaft wich enthospitalisierenden Maßnahmen, ohne daß eine einzige klare Ursache dafür herausgekehrt werden konnte. Bis heute besteht die Diskussion hierüber fort.⁷⁵⁶ Obwohl gerade in jüngster Zeit vor allem komplexere, multifaktoriellere Erklärungsmodelle an Beliebtheit gewonnen haben,⁷⁵⁷ bestehen monokausale Erklärungsmodelle wie die der Neuroleptikaauswirkung bis heute noch fort.

⁷⁵³ Vinař O (1965), S. 411

⁷⁵⁴ Benedetti G et al (1962); Angst J (1969); Angst J et al (1974): Es handelt sich bei diesen Texten um Zusammenfassungen von mehreren Tausenden an Artikeln zum Thema Psychopharmaka und Neuroleptika.

⁷⁵⁵ www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez (Stand 21.11.2007)

⁷⁵⁶ Z.B. Scull A (1977); Klerman GL (1977); Kersting F-W (2003); Talbott JA (2004a)

⁷⁵⁷ Mowbray CT et al (2002), S. 159-161

Ein Mitfaktor für ihre Verbreitung mag darin bestehen, daß sie monokausale Antworten geben, die als leichter nachzuvollziehen empfunden werden als ein komplexes multifaktorielles Bedingungsgefüge. Außerdem mag ein schon von früh an bestehendes Vermarktungsgeschick der Hersteller von Chlorpromazin und späteren Neuroleptika mitgewirkt haben – eine Vielzahl an Handelsvertretern war ausschließlich dafür zuständig, die positiven Wirkungen des Chlorpromazins hervorzukehren und den Absatz zu verstärken.⁷⁵⁸ Auch ökonomische Aspekte mögen die Beliebtheit der Hypothese über Neuroleptikaeffekte erklären helfen: Was Geld sparen hilft⁷⁵⁹ wird eher als positiv gestaltend angesehen. Außerdem profitieren die Neuroleptika von der Unterstützung durch unterschiedlichste Gruppierungen.⁷⁶⁰

So kann gemutmaßt werden, daß nicht nur wissenschaftliche Motive, sondern unter Umständen auch Lobbygruppen eine Rolle bei der Verknüpfung der Neuroleptika und der Enthospitalisierungsursachenforschung gespielt haben. Auch die Euphorie darf nicht vergessen werden, die durch die Einführung der Neuroleptika entstanden war und mit an einer Popularisierung der Neuroleptikaauswirkungshypothese gewirkt haben mochte: „Ich habe Konferenzen über diese Medikamente [Chlorpromazin und Reserpin, PJ] erlebt, auf welchen die Atmosphäre diejenige einer Erweckungskongregation glich“,⁷⁶¹ schrieb ein US-Forscher einst.

Doch der erste Eindruck, wonach die Neuroleptika enthospitalisierend wirkten, konnte bei näherer Betrachtung schwerlich Bestand haben. Denn sobald es nun galt, diesen Eindruck zu bestätigen und zu vertiefen, so fanden die Autoren nicht die ausreichenden Mittel vor, um dieses tatsächlich nachzuweisen. Das 5. Kapitel hat das dargelegt.

Griffen nun die Befürworter der neuroleptikaassoziierten Enthospitalisierung auf Transformationsstudien zurück, so konnte diese Strategie nicht als wirksam erachtet werden angesichts all der aufgezeigten Mängeln und Heterogenitäten. Griffen andere

⁷⁵⁸ Swazey JP (1974)

⁷⁵⁹ Osterheider M et al (1998); Mowbray CT et al (2002), S. 159

⁷⁶⁰ Kirkby KC (2005), S. 145. Sogenannte „psychiatrisch-wissenschaftliche“ Gruppen forcierten den Einsatz der Neuroleptika deswegen, weil sie sie als überzeugende symptomatische Verbesserer auffaßten. Sog. „kommerzielle“ Gruppen hingegen forcierten ihren Einsatz aus ökonomischen Erwägungen. Die „gesellschaftlich-liberale“ Gruppen hingegen wollten verstärkt Neuroleptika eingesetzt sehen, weil sie den Wunsch hatten, ein als teuer, veraltet und inhuman wahrgenommenes Anstaltswesen abzuschaffen und durch ein System zu ersetzen – Medikamente als leicht zu verabreichende und humane Therapieform spielten eine wichtige Rolle hierbei – das dem Geisteskranken ein qualitativ besseres Leben gewährleistete.

⁷⁶¹ Bowes HA (1956), S. 530

Befürworter auf alternative Quellen zurück, so stellte sich heraus, daß diese selber keine adäquate Belegung einer neuroleptikaassoziierten Enthospitalisierung besaßen. Manche Befürworter hingegen unterließen einfach solche Untermauerungsversuche, nahmen die Neuroleptikaeffekthypothese als gegeben und belegt an, bzw. gingen über die Notwendigkeit einer Belegung hinweg und führten sie ohne größere Erläuterung und wie selbstverständlich in ihrem Text an.

So bleibt das Bild bestehen, wonach eine Reihe von z.T. bedeutenden Wissenschaftlern in der Bundesrepublik Deutschland bis heute den Neuroleptika eine wichtige Rolle bei der Enthospitalisierung zuschreibt. Die Befürworter, so das durch diese Analyse gewonnene Bild, rekrutieren sich aus diversen Kreisen von vor allem in der Psychiatrie Tätigen, Psychiatern und Psychologen, erstrecken sich aber auch auf Studenten und in der Verwaltung Tätigen. Hinsichtlich des chronologischen Auftretens finden sich erste Erwähnungen in den 1970er Jahren in der BRD, diese Positionen werden auch noch in jüngster Zeit vertreten.

Auch in den USA scheint eine ähnliche Diskussion zu existieren, wenngleich hier noch detailliertere Nachforschungen vonnöten sind, um diesen hier gewonnenen ersten Eindruck zu bestätigen oder zu verwerfen.

Es überrascht, daß die Verknüpfungen zwischen der im 5. Kapitel dargestellten Transformationsdiskussion und der in diesem Kapitel dargestellten Neuroleptikaeffektdiskussion nur in einer Minderzahl an Fällen getätigt wurde. Am ehesten fanden sich diese Verbindungen zwischen den chronologischen früheren Arbeiten, wie beispielsweise die beiden aufgezeigten Arbeiten aus den Jahren 1971⁷⁶² und 1979.⁷⁶³ Spätere Arbeiten, wie oben gesehen, stützten sich auf andere Publikationen. Der Grund dieses Nichterwähns bleibt unklar und kann nur z.T. mit chronologischer Disparität erklärt werden. So bleibt abschließend der Eindruck bestehen, daß die zwei aufgezeigten Diskussionen großteils unabhängig voneinander bestanden, d.h. auf der einen Seite die Transformations-, auf der anderen die Neuroleptikaauswirkungsdiskussion.

Eine abschließende Antwort hinsichtlich der wirklichen Auswirkungen der Neuroleptika auf die Veränderung der Psychiatrielandschaft ab den 1950er Jahren steht weiterhin aus.

⁷⁶² Klauss H (1971); Huber G (1972)

⁷⁶³ Talbott JA (2004a)

Vielmehr stellte sich heraus, daß die Datenlage weiterhin eine unzureichende ist, um sich sowohl fundiert gegen oder auch für enthospitalisierende Neuroleptikaauswirkungen auszusprechen. Somit sollte auch in Zukunft die Rolle der Neuroleptika, sowohl negativer als auch positiver Art, im Enthospitalisierungsprozeß mit Vorsicht angesprochen werden.

Kapitel VII: Zusammenfassung

VII.1. Abschließende Beurteilung und Zusammenfassung

Die Neuroleptika, seit dem Jahr 1952 in der Psychiatrie präsent, schienen einer Revolution gleichzukommen. Das Konzept, psychiatrische Krankheiten durch Pillen behandeln zu können, war zwar schon deutlich älter, schien aber erst durch die Neuroleptikaeinführung Realität geworden zu sein. Insbesondere die Schizophrenietherapie schien im Aufwind.

Unter den unzähligen Themen, welche um sie herum entstanden, fand sich auch eine aus nur wenigen Dutzenden von Publikationen bestehende Diskussion, die versuchte, mögliche Veränderungen auf die Psychiatrielandschaft nachzuweisen. Sie werden als „Transformationsstudien“, bzw. als „Transformationsdiskussion“ in diesem Text bezeichnet. Diese Diskussion fand vor allem in der westlichen Welt statt. Erste Arbeiten aus dem US-Raum erschienen im Jahr 1957; die Diskussion hielt bis in die späten 1960er Jahre hinein an, um dann zu verebben. Erst ab 1963 erschienen erste Arbeiten in der Bundesrepublik Deutschland.

Diese Studien untersuchten primär die stationäre Versorgung der psychisch Kranken in den Psychiatriekrankenhäusern. Sie waren gekennzeichnet von einer variablen Methodik, Studienobjekten, untersuchten Parametern, wie auch heterogenen Ergebnissen. Nur eine Minderzahl der Arbeiten konnte direkte positive Transformationsänderungen aufzeigen, die jedoch im Kontext multipler anderer Veränderungen nicht klar den Neuroleptika zuzuordnen waren. Die deutliche Mehrzahl hingegen zeigte auf, daß im Zeitraum der Einführung der Neuroleptika nur statistisch geringgradige oder gar negative Veränderungen eingetreten waren.

Ab den 1970er Jahren fand sich eine andere Diskussion: Die Frage nach einer neuroleptika-assoziierten, bzw. -ausgelösten Enthospitalisierung. Diverse Autoren – vor allem in der Psychiatrie tätig – gaben der Meinung Ausdruck, daß die Neuroleptika die Psychiatrielandschaft im Sinne einer Enthospitalisierung verändert hätten, also eine Verkleinerung und teilweise sogar Schließung stationärer Psychiatriekrankenhäuser bewirkt hätten, wie auch die Errichtung einer Gemeindepsychiatrie mit verstärkter Fokussierung auf teilambulante, nachsorgende und ambulante Institutionen. Doch die als

Untermauerung eingesetzten Argumente und Quellen – zum Teil auch Transformationsstudien – stellten sich durchweg als inadäquat heraus. Eine ausreichende Substantiierung war somit bei keinem der untersuchten Arbeiten gegeben. Da diese Hypothese im bundesdeutschen Raum bis zum heutigen Tag auf Kongressen und in Publikationen anzutreffen ist und bis dato ausreichende Belege fehlen, ist sie als persönliche Meinung zu betrachten, nicht als nachgewiesenes Faktum.

Literaturangabe

A:

Achté KA (1967) On prognosis and rehabilitation in schizophrenic and paranoid psychoses. A comparative follow-up study of two series of patients first admitted to hospital in 1950 and 1960 respectively. Acta Psychiatr Scand Suppl 196.

Ackner B (1962) Insulin treatment of schizophrenia. Lancet (i): 504-506.

Aebker H (1991) Forderungen der Gewerkschaft zur Auflösung. In: Gromann-Richter P (Hrsg.) (1991) Was heißt hier Auflösung? Die Schließung der Klinik Blankenburg. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 55-57.

Affleck JW, Burns J, Forrest AD (1976) Long-term follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh. Acta Psychiatr Scand 53: 227-237.

Alanen YO (2001) Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung. Klett-Cotta, Stuttgart.

Albers M (1998) Die Langzeitbehandlung der chronischen Schizophrenien. Nervenarzt 69: 737-751.

Albrecht G, Vieten B, Pörksen N, Ingenleuf H-J, Wilm B, Günther C, Kimpel S (1997) Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten. Abschlußbericht des Projekts C1. Bielefeld: Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health.

Angermeyer MC (2000) Editorial. Grenzen der Deinstitutionalisierung? Allgemeine Aspekte und Entwicklung in Sachsen. Psychiat Prax 27, S2: S37-S38.

Angermeyer MC (2004) Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. Psychiat Prax 31, Supplement 2: S246-S250.

Angermeyer MC, Held T, Görtler D (1993) Pro und contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. *Psychother Psychosom med Psychol* 43: 286-292.

Angermeyer MC, Siara CS (1994) Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 1: Die Entwicklung im Jahr 1990. *Nervenarzt* 65: 41-48.

Angermeyer MC, Siara CS (1994) Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 2: Die Entwicklung im Jahr 1991. *Nervenarzt* 65: 49-56.

Angst J (1969) Die somatische Therapie der Schizophrenie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Angst J, Dinkelkamp T (1974) Die somatische Therapie der Schizophrenie. Literatur der Jahre 1966-1972. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Apo M, Achté KA (1966) Skitsofreniundersökning 1950-1952 och 1957-1959. *Nord Psykiat T* 20: 125-140.

Arnold OH (1963) Von der Dementia praecox zur Schizophrenie. *Wien Z Nervenheilkunde* 20: 29-34.

Arnold OH, Hift S, Solms W (1952) Über die Anwendung eines zentral vegetativen Hemmungsstoffes in der psychiatrischen Therapie. *Wien Med Wschr* 102: 964-965.

Aßmann B, Schiller B (1991) Wege aus der Psychiatrie. Zur Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung außerhalb psychiatrischer Kliniken. *Krankenhauspsychiatrie* 2: 141-147.

Astrup C, Ødegård Ø (1960) The influence of hospital facilities and other local factors upon admissions to psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 35: 289-301.

Auch W (1963) Beeinflußt die Psychopharmakotherapie die Aufnahmeentwicklung, die stationäre Behandlungsdauer und den Verlauf endogener Psychosen? Eine Untersuchung am Aufnahmekrankengut des Rheinischen Landeskrankenhauses Bonn der Jahre 1946-1960. *Fortschr Neurol Psychiat* 31: 548-565.

Auch W (1970) Zur Stellung der Depot-Neuroleptika in der Therapie der chronischen Psychosen. *Med Welt* 21: 1785-1788.

Augele D (1991) Öffentlichkeitsarbeit Psychiatrischer Krankenhäuser – Wege aus der Hilflosigkeit. *Sozialpsychiat Informat* 21 (4/91): 35-37.

Aust S (1998) *Der Baader Meinhof Komplex*. Wilhelm Goldmann Verlag, München.

B:

Bach O (1991) ...zunächst mal brauchen wir Bananen... Bemerkungen zum Schreiben von Stefan Mitzlaff. *Sozialpsychiat Informat* 20: 8-10.

Bachrach LL (1977) Deinstitutionalization of mental health services in rural areas. *Hosp Comm Psychiat* 28: 669-672.

Bachrach LL (1981) A conceptual approach to deinstitutionalization of the mentally retarded: a perspective from the experience of the mentally ill. In: Bruininks RH, Meyers CE, Sigford BB, Lakin KC (Hrsg.) *Deinstitutionalization and community adjustment of mentally retarded people*. American Association on Mental Deficiency, Washington D.C., 51-67.

Bachrach LL (1992) What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary. *Hosp Comm Psychiat* 43: 453-464.

Bachrach LL (1996) The state of the state mental hospitals in 1996. *Psychiatr Serv* 47: 1071-1078.

Baker AA (1958) Breaking up the mental hospital. *Lancet* 1958 (ii): 253-254.

Barnas C, Hummer M, Fleischhacke WW (1998) Compliance-Probleme bei der Behandlung schizophrener Patienten. *Wien Med Wschr* 148: 281-283.

Barr A, Golding D, Parnell RW (1962) Recent critical trends in mental hospital admissions in the Oxford region. *J Ment Sci* 108: 59-67.

Barry P (1955) Purposeful work aids mental patients. *Mental Hospitals* 6 (Ausgabe 3): 6.

Barocka A (1998) Compliance in der Schizophreniebehandlung. *Fortschr Med* 116: 21 (3/1998).

Bartelt I (1966) Vergleichende statistische Untersuchungen zur stationären Behandlung Schizophrener (1950/51 – 1960/61). Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin, Düsseldorf.

Bartmann U, Brassler A, Holtmann U, Somborn R (1994) Hospitalisierung – Enthospitalisierung. Aktuelle Aspekte eines alten Problems. *Sozialpsychiat Informat* 24 (2/94): 40-42.

Barton GM (1975) Techniques of dehospitalization. *Curr Psychiatr Ther* 15: 297-300.

Barton R (1966) *Institutional neurosis*, 2. Auflage. John Wright & Sons Ltd., Bristol.

Basaglia F (Hrsg) (1973) Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Bassuk EL, Gerson S (1978) Deinstitutionalization and mental health services. *Scient Am* 238: 46-53.

Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1: 251-264.

Bauer M (1992a) Impressionen einer Dienstreise durch psychiatrische Einrichtungen in den neuen Bundesländern. *Sozialpsychiat Informat* 22 (1/92): 17-20.

Bauer M (1992b) Unter der Lupe: Die Antwort der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Experten-Kommission – eine kritische Reflexion. *Sozialpsychiat Informat* 22 (2/92): 50-52.

Bauer M (1993) Die Stellungen der Bundesregierung zur Situation der psychisch Kranken in Deutschland. *Sozialpsychiat Informat* 23 (3/93): 48-49.

Bauer M (1995) Editorial: Zur Frage der Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser. *Psychiat Prax* 22: 48-49.

Bauer M (2000a) Jedes Ding hat seinen Anfang. Anmerkungen zur Entstehungsgeschichte der Psychiatrie-Enquete. *Psychiat Prax* 27: 144-146.

Bauer M (2000b) Editorial: Zum Tode von Walter Picard. *Psychiat Prax* 27: 159.

Bauer M (2002) Zum Tode von Caspar Kulenkampff. *Psychiat Prax* 29: 173-174.

Bauer M, Kunze H, von Cranach M, Fritze J, Becker T (2001) Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 104 (Suppl 410): 27-34.

von Bayer W (1951) Die Schranke zwischen den seelisch Abnormen und der Gesellschaft. (Diskussionsbeitrag zur gegenwärtigen Lage der Psychiatrie). *Nervenarzt* 22: 457-462.

von Bayer W, Häfner H, Kisker KP (1964) Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachtliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen. Springer Verlag, Berlin Göttingen Heidelberg.

Bazelon DL (1975) Institutionalization, deinstitutionalization and the adversary process. *Columbia Law Review* 75: 897-912.

Bechter K (1998) Virushypothesen der Schizophrenie. *Med Welt* 49: 176-181.

Becker T (1985) Italienische Psychiatrie-Reform in der Region Piemont: Das Gesetz n. 180 und seine Folgen. *Psychiat Prax* 12: 136-142.

Becker T (1995) Die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser in England: Evaluation durch das TAPS-Projekt – ein Literaturbericht. *Psychiat Prax* 22: 50-54.

Becker T, Johnson S, Thornicroft G (1998) Psychiatrische Versorgung in England – eine Bestandsaufnahme. *Sozialpsychiat Informat* 28: 12-19 (3/1998).

Becker T, Vázquez-Barquero JL (2001) The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 104, Suppl 410: 8-14.

Bellin K (1989) Der Aufbau des medizinischen Betreuungssystems für psychisch Kranke in Preußen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. *Psychiat Neurol med Psychol* 41: 730-736.

Benedetti G, Kind H, Johansson AS (1962) Forschungen zur Schizophrenielehre 1956-1961. Übersicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 27: 341-440.

Bennett D (1967) *Proc Roy Soc Med* 60: 89-92.

Bennett D (1970) The value of work in psychiatric rehabilitation. *Soc Psychiat* 5: 224-230.

Bennett D (1991) The drive towards the community. In: Berrios GE, Freeman H (Hrsg.) *150 years of British psychiatry, 1841-1991*. Gaskell, 17-28.

Bennett D (1998) Die Schließung der großen Anstalten – einige Probleme einer unvollendeten Revolution. *Sozialpsychiat Informat* 28: 7-12 (3/1998).

Bennett DH, Yates JM (1995) Schließung von psychiatrischen Großkrankenhäusern in England. *Psychiat Prax* 22: 55-57.

Berger H (1990) Große Qual weil keine Wahl. Zum Einsatz von Neuroleptika in der Psychiatrie. *Soziale Psychiatrie* 50: 16-18.

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquete) (1975) Bundestagsdrucksache 7/4200, Bonn.

Berlim MT, Fleck MPA, Shorter E (2003) Notes on antipsychiatry. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 253: 61-67.

Besthehorn M, Tischer B, Glaser P, Mast O, Schmidt D (1997) Repräsentative Studie zur Verteilung schizophrener Patienten auf medizinische Versorgungseinrichtungen in Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiat* 67: 487-492.

Bierer J (1955) Die therapeutischen Social Clubs. *Z Psychother Med Psychol* 5: 58-64.

Bierer J (1959) Theory and practice of psychiatric day hospitals. *Lancet* (ii): 901-902.

Bierer J (1960) Psychiatrische Tagesklinik in Theorie und Praxis. *Psychiat Neurol med Psychol* 12: 201-208.

Binder W (1991) Reform in der Langzeit-Psychiatrie im Bezirkskrankenhaus Haar. *Sozialpsychiat Informat* 21 (1/91): 31-35.

Bland RC, Nixon GWH (1972) A social rehabilitation programme for the long-stay mental hospital patient. *Brit J Psychiat* 121: 641-645.

Blasius D (1986) Umgang mit Unheilbarem. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Blasius D (1994) Ausgestoßen? – Psychisch Kranke als Fremde in der bürgerlichen Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. *Sozialpsychiat Informat* 24 (1/94): 2-6.

Bleich S, Breuer L, Kornhuber J (2006) Fritz Flügel (1897-1973). Frühe Forschungen auf dem Gebiet der Neuroleptika. *Nervenarzt* 77: 350-354.

Bleuler E (1911) *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*, Franz Deuticke, Leipzig Wien.

Bleuler M (1947) Forschungen zur Schizophreniefrage. *Wien Z Nervenheilkunde* 1: 129-148.

Bleuler M (1971) Chronische Schizophrenien. Wien Z Nervenheilkunde 29: 177-187.

Bloch S, Reddaway P (1984) Soviet psychiatric abuse. The shadow over world psychiatry. Victor Gollancz, London.

Blumenthal S, Bell V, Neumann N-U, Schüttler R, Vogel R (1988) The problem of readmission with respect to occupational factors. Course and predictive influences after 5 years. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci 237: 327-333.

Boardman RH, Lomas J, Markowe M (1956) Insulin and chlorpromazine in schizophrenia. A comparative study in previously untreated cases. Lancet (ii): 487-490.

Bochnik HJ (1989) Nervenärztliche Praxen in der Bundesrepublik Deutschland. Strukturen – Kompetenzen – Patienten: Ergebnisse der sog. Nervenarzt-Studie. Münch med Wochenschr 131: 45-49.

Bockoven JS (1956) Moral treatment in American psychiatry. J Nerv Ment Dis 124: 292-321.

Bockoven JS (1963) Moral treatment in American psychiatry. Springer Publishing Co, Inc, New York.

Böcker F (1985) Stellungnahme der DGPN zu den Thesen der GRÜNEN. Spektrum Psychiat Neurol 14: 172-175.

Böcker F, Huhn A (1967) Behandlung des Delirium tremens. Deutsche Med Wochenschr 92: 261-263.

Böcker FM (2005) Kommunale Psychiatrie und die Zukunft der Heime. Krankenhauspsychiatrie 16: 18-24.

Böker W (1982) Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses – Auflösung oder Wandlung?! Schweiz Arch Neuro Neurochir Psychiat 130: 203-213.

Bowes HA (1956) The ataractic drugs: the present position of chlorpromazine, Frenquel, Pacatal, and reserpine in the psychiatric hospital. Amer J Psychiat 113: 530-539.

Bourne H (1953) „The insulin myth“. Lancet (ii): 964-968.

Bradl C (1995) Schritte ins Leben. Zur Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung. Soziale Psychiatrie 19 (1/95): 17-20.

Bramesfeld A (2003) Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? Psychiat Prax 30: 256-265.

Bramesfeld A, Wismar M (2003) Das dritte Standbein der Psychiatriereform. Strukturen der Koordinierung und Planung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Psychiat Prax 30: 318-325.

Bramik E (1994) Psychotherapie eines Schizophrenen in einem psychiatrischen Großkrankenhaus – therapeutische Option oder naiver Idealismus. Psychother Psychosom med Psychol 44: 426-431.

Braun P, Kochansky G, Shapiro R, Greenberg S, Gudeman JE, Johnson S, Shore MF (1981) Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. Amer J Psychiat 138: 736-749.

Braus DF (Hrsg.) (2005) Schizophrenie. Bildgebung – Neurobiologie – Pharmakotherapie. Schattauer, Stuttgart New York.

Breithaupt H, Fellmann A (1978) Behandlung mit Psychopharmaka (II). Med Welt 29: 1471-1474.

Brenner MH (1967) Economic change and mental hospitalization: New York state, 1910-1960. Soc Psychiat 2: 180-188.

Brill H (1959) The impact of psychotropic drugs on the structure, function and future of psychiatric services in hospitals. In: Bradley RB, Deniker P, Redouco-Thomas (Hrsg.) Neuropsychopharmacology 1. Proceedings of the first international congress of neuropharmacology (Rome, September 1958). Elsevier Publishing Company, Amsterdam London New York Princeton, 189-195.

Brill H, Patton RE (1957) Analysis of 1955-1956 population fall in New York State Mental Hospitals in first year of large-scale use of tranquilizing drugs. Amer J Psychiat 114: 509-517.

Brill H, Patton RE, Barrett J (1959) Analysis of population reduction in New York State Mental Hospitals during the first four years of large-scale therapy with psychotropic drugs. Amer J Psychiat 116: 495-509.

Brill H, Patton RE (1962) Clinical-statistical analysis of population changes in New York State Mental Hospitals since introduction of psychotropic drugs. Amer J Psychiat 119: 20-35.

Brink C (2002) Zwangseinweisungen in die Psychiatrie. In: Herbert U. Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Göttingen, Wallstein, 468-507.

Brink C (2006) „Keine Angst vor Psychiatern“ Psychiatrie, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1960-1980) In: Fangerau H, Nolte K (Hrsg) „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, MedGG-Beihefte 26, S. 341-360. Franz SteinerVerlag Stuttgart.

Brooke EM (1962) Factors affecting the demand for psychiatric beds. *Lancet* 1962 (ii): 1211-1213.

Brooks GW (1956) Experience with the use of chlorpromazine and reserpine in psychiatry. With especial reference to the significance and management of extrapyramidal dysfunction. *New Engl J Med* 254: 1119-1123.

Brown GW (1959) Social factors influencing length of stay of schizophrenic patients. *BMJ (II)* 1959: 1300-1302.

Brown GW (1960) Length of hospital stay and schizophrenia: a review of statistical studies. *Acta Psychiatr Scand* 35: 414-430.

Brown GW, Birley JLT, Wing JK (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Brit J Psychiat* 121: 241-258.

Brown GW, Carstairs GM, Topping G (1958) Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet (ii)*: 685-689.

Brown GW, Parkes CM, Wing JK (1961) Admissions and readmissions to three London mental hospitals. *J Ment Sci* 107: 1070-1077.

Brüggemann R (1987) *Patientenzeitungen in der Psychiatrie*. Seelenpresse. DGSP-Rundbrief 36: 16-17.

Bryois C (1997) Quels neuroleptiques pour l'avenir? *Schweiz Arch Neurol Psychiat* 148: 247-253.

Buchkremer G, Kehrer HE (1978) Behandlung chronisch schizophrener Patienten mit Verhaltenstherapie. *Psychother med Psychol* 28: 27-32.

Buck D (1990) Die Hoffnung noch nicht aufgegeben. Auf der Suche nach Alternativen zu Neuroleptika. Soziale Psychiatrie 50: 6-7.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1973) Materialsammlung I zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Band 9. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln Mainz.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1974) Materialsammlung III zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Band 16. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln Mainz.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (1998) Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Band 99. Nomos Verlag, Baden-Baden.

Burian D-R, Hagemann P, Weise K (1982) Situation und Entwicklungstendenzen der psychiatrischen Versorgung in der DDR und deren Erprobung an ausgewählten Modellen. Psychiat Neurol med Psychol 34: 1-6.

C:

Carius D, Angermeyer MC, Steinberg H (2003) Narrenhaus, Irrenanstalt, Heil- und Pflegeanstalt, Fachkrankenhaus – zur Entwicklung der Bezeichnungen für psychiatrische Kliniken in Deutschland bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts. Psychiat Prax 30: 438-443.

Carse J, Panton NE, Watt A (1958) A district mental health service. The Worthing experiment. *Lancet* 1958 (i): 39-41.

Casey JF, Bennett IF, Lindley CJ, Hollister LE, Gordon MH, Springer NN (1960) Drug therapy in schizophrenia. A controlled study of the relative effectiveness of chlorpromazine, promazine, phenobarbital, and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 2: 210-220.

Catterson AG, Bennett DH, Freudenberg RK (1963) A survey of long-stay schizophrenic patients. *Brit J Psychiat* 109: 750-757.

Caudill W (1958) *The psychiatric hospital as a small society*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Charlton BG (2006) Why are doctors still prescribing neuroleptics? *Q J Med* 99: 417-420.

Christe P (1960) Evolution de la psychiatrie hospitalière: La clinique psychiatrique universitaire de Bâle de 1917 à 1956. *Schweiz Arch Neuro Neurochir Psychiat* 85: 213-264.

Ciompi L (1980) Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? – Argumente und Gegenargumente. *Fortschr Neurol Psychiat* 48: 237-248.

Ciompi L (1987) Sozialpsychiatrie in der Schweiz. *Schweiz Arch Neurol Psychiat* 138: 11-24.

Claghorn JL, Johnstone EE, Cook TH, Itschner L (1974) Group therapy and maintenance treatment of schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 31: 361-365.

Clarke L (1993) The opening of doors in British mental hospitals in the 1950s. *History of Psychiatry* 4: 527-551.

Clarke L (1997) Joshua Bierer: striving for power. *History of Psychiatry* 8: 319-332.

Clausen J (1990) Eine Chronik? Ein Klettergerüst! Der fast hoffnungslose Versuch, eine Geschichte der DGSP zu schreiben. *Soziale Psychiatrie* 49: 4-15.

Cole JO, Klerman GL, Goldberg SC (1964) The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 10: 246-261.

Cole LL (1955) Institutionalitis. *Mental Hospitals* 6 (Ausgabe 2): 16-17.

Cottman SB, Mezey AG (1976) Community care and the prognosis of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 53: 95-104.

Cowden RC, Zax M, Hague JR, Finney RC (1956) Chlorpromazine: alone and as an adjunct to group psychotherapy in the treatment of psychiatric patients. *Amer J Psychiat* 112: 898-902.

Crämer HM (1984) Ein Landkreis auf dem Weg zur Gemeindepsychiatrie – Die Entwicklung der sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Tübingen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin, Tübingen.

Crammer JL (1994) English asylums and English doctors: where Scull is wrong. *History of Psychiatry* 5: 103-115.

Creutz R, Kähler HD, v. Wedel-Parlow U (1982) Auswirkungen einer Ambulanz am psychiatrischen Krankenhaus auf die psychiatrische Versorgung. *Nervenarzt* 53: 39-45.

D:

Dalferth M (2000) Enthospitalisierung konkret. Soziale Eingliederung von langzeithospitalisierten, schwerst geistig behinderten Menschen mit autistischen Verhaltensweisen in eine heilpädagogische Einrichtung. Universitätsverlag, Heidelberg.

Damerow H (1840) Ueber die relative Verbindung der Irren-Heil- und Pflege-Anstalten in historisch-kritischer, so wie in moralischer, wissenschaftlicher und administrativer Beziehung. Verlag von Otto Wigand, Leipzig.

Damerow H (1862) Leitartikel. Ein Blick über die Lage von Irrenanstalts-Fragen der Gegenwart. Allg Zschr Psychiat 19: 143-189.

Davis JM (1965) Efficacy of tranquilizing and antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry 13: 552-572.

Degenhardt T (1973) Psychiatrie in der Sowjetunion. Dt Gesdh Wes 28: 433-436.

Degkwitz R (1973) Zur Planung der Verbesserung der Lage psychisch Kranker in der BRD. Planungs-Prinzipien – Synopsis vorliegender Pläne. Nervenarzt 44: 585-593.

Degkwitz R (1974) Die Lage der psychisch Kranken in der Bundesrepublik. Auftakt des 77. Deutschen Ärztetages in Berlin. Spektrum Psychiat Neurol 3: 131.

Degkwitz R (1976) Die Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Der Bericht ist übergeben und veröffentlicht – die Kommission aufgelöst. Spektrum Psychiat Neurol 5: 3-13.

Degkwitz R, Hermann K, Längle S, Linden K-J, Riedesser P, Schulte PW (1973) Zur Versorgung psychisch Kranker in England. Entwicklungen und Erfahrungen. Nervenarzt 44: 509-514.

Degkwitz R, Schulte PW (1971) Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung – Status quo – Vorschläge zur Verbesserung. *Nervenarzt* 42: 169-180.

Degkwitz R, Schulte PW (1972) Wieweit helfen uns ideale Pläne und Modelle bei der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in unserem Lande? Schlußwort zur Diskussionsbemerkung von A. Finzen: „Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung – notwendige Strukturreform oder ‘unrealistisches Wunschdenken’?“ *Nervenarzt* 43: 328-332.

Deister A (1996) Schizophrenie – Mythos und Realität. *Med Welt* 47: 1-5.

Delay J (1959) Vortrag (kein Titel). In: Bradley RB, Deniker P, Redouco-Thomas (Hrsg.) *Neuropsychopharmacology 1. Proceedings of the first international congress of neuropharmacology* (Rome, September 1958). Elsevier Publishing Company, Amsterdam London New York Princeton, 196-205.

Delay J, Deniker P (1952a) Le traitement des psychoses par une méthode neurolytique dérivée d’hybernothérapie (le 4560 R.P. utilisé seul en cure prolongée et continue). *Ann Méd Psychol* 110: 564.

Delay J, Deniker P (1952b) 38 cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continue de 4560 R.P. *Ann Méd Psychol* 110: 564.

Delay J, Deniker P (1952c) Réactions biologiques observées au cours de cures par le chlorhydrate de diméthylaminopropyl-N-chlorophenothiazine (4560 R.P.). *Ann Méd Psychol* 110: 564.

Delay J, Deniker P, Harl J-M (1952d) Utilisation en thérapeutique psychiatrique d’une phénothiazine d’action centrale élective (4560 RP). *Ann Méd Psychol* 110: 112-131.

Dencker SJ, May PRA (1988) Von der Langzeitbehandlung im psychiatrischen Krankenhaus zur Integration in die Gesellschaft: Historischer Hintergrund und Problemstellung. In: Bender W, Dencker SJ, Kulhanek F (Hrsg.) Schizophrene Erkrankungen. Therapie, Therapieresistenz – eine Standortbestimmung. Friedr. Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH, Braunschweig/Wiesbaden, 119-132.

Dencker K, Långström G (1993) The closure of a mental hospital in Sweden. 5 years of transition to district-based long-term care. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 243: 109-115.

Dengler K (1961) Erfahrungen bei Behandlung von 16 männlichen Schizophrenen mit Choriongonadotropin/Depottestosteron. Ein Beitrag zur Endokrinologie der Schizophrenie. Arch Neurol Psychiat 202: 481-503.

Deniker P (1989) From chlorpromazine to tardive dyskinesia (brief history of the neuroleptics) Psychiatr J Univ Ottawa 14: 253-259.

DGSP-Rundbrief-Redaktion (1977) Ergebnisse der Jahrestagung '77 in Homburg. DGSP-Rundbrief 1: 2-5.

DGSP-Rundbrief-Redaktion (1981) Psychiatrie-Zeitungen bald bundesweit. DGSP-Rundbrief 16: 36-37.

DGSP-Rundbrief-Redaktion (1983) Gegen Ghettos für „Unheilbare“. MK und DGSP warnen vor neuer Aufteilung der LKHs. DGSP-Rundbrief 23: 2-3.

Dieckhöfer K (1980) Psychiatrische Familienpflege. Die Gemeinde Geel als Beispiel einer zukunftsweisenden Entwicklung. Münch med Wochenschr 122: 1819-1821.

Diestelhorst S, Koller M, Müller P (2001) Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungszeiten schizophrener Kranker über zwei Jahrzehnte in zwei psychiatrischen Krankenhäusern. *Krankenhauspsychiatrie* 12: 99-104.

Dilling H (1970) Gemeindepsychiatrie und Rehabilitation in England. *Nervenarzt* 41: 277-286.

Dilling H (1972) Zur ambulanten nervenärztlichen Versorgung der Bevölkerung des Einzugsgebietes eines bayerischen Nervenkrankenhauses. Vortrag Göttingen 1972.

von Ditfurth H (1955) Anwendungsmöglichkeiten des Megaphens in der psychiatrischen Klinik und Forschung. *Nervenarzt* 26: 54-59.

Döhner W (1965) Soziologische Stellung und soziale Aufgaben des psychiatrischen Krankenhauses. *Nervenarzt* 36: 218-221.

Dörner K (1969) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt a.M..

Dörner K (1986) Was wir von der DDR-Psychiatrie lernen können. *Sozialpsychiat Informat* 16 (4/86): 105-108.

Dörner K (1995) Die Welt als Tollhaus. Perspektiven der Sozialpsychiatrie. *Soziale Psychiatrie* 19 (5/95): 20-21.

Dörner K (1997) Reformstau. Von der De-Institutionalisierung zur Re-Institutionalisierung – Zum Entwicklungsstand der Landeskrankenhäuser. *Soziale Psychiatrie* 21 (3/97): 11-13.

Dörner K, Köchert R, von Laer G, Scherer K (1979) Gemeindepsychiatrie: Gemeindegesundheit zwischen Psychiatrie und Umweltschutz. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln Mainz.

Dose M (2004) Psychopharmakologische Langzeittherapie der Schizophrenie und die neu entwickelten Substanzen. Krankenhauspsychiatrie 15, Sonderheft 1: S48-S54.

Driebold R (1986) Psychiatrie im Vergleich oder: wie Veränderungen möglich scheinen. Das Beispiel Dänemark. Sozialpsychiat Informat 16 (3/86): 45-58.

Druml W (1996) Editorial. Englisch – lingua franca der Wissenschaft: Wird Deutsch als Sprache der Medizin verschwinden? Wien Klin Wochenschr 108 (12): 341-342.

DuBois FS (1958) Rehabilitation and occupational therapy. Amer J Psychiat 115: 635-640.

Dumke A (1991) Auflösung der „psychiatrischen Großkrankenhäuser“ im Gebiet der ehemaligen DDR? Spektrum Psychiat Neurol 20: 64-67.

E:

Ebert D (1998) Atypische Neuroleptika – die Zukunft der Schizophreniebehandlung? Fortschr Med 116: 22-28.

Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD (2006) Recent developments and current controversies in depression. Lancet 367: 153-167,

Eckmann F, Immich H (1977) Zur Verweildauer in psychiatrischen Krankenhäusern. Fortschr Med 95: 2581,2583,2618.

Egger M (1985) Gemeindenahe Psychiatrie. Erfahrungen aus einem Modellversuch an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg. Med Welt 36: 1473-1474.

Egli J (1999) Lexikon. Wissenswertes zur Erwachsenenbildung. http://www.socioweb.de/lexikon/lex_geb/begriffe/enthospi.htm. (Stand 21.06.2006)

Eichler L (1960) Wie ist die Rehabilitation im Fachgebiet Psychiatrie in der UdSSR verwirklicht. Dt Gesdh Wes 15: 1530-1535.

Eichhorn H (1992) DDR-Psychiatrie: Skizze eines Rückblicks. Sozialpsychiat Informat 22 (1/1992): 9-13.

Eikermann B (1993a) Tageskliniken und komplementäre Einrichtungen in der modernen Psychiatrie. Münch med Wochenschr 135: 678-682.

Eikermann B (1993b) Gemeindenahe Psychiatrie – Praxis und Perspektiven. Med Welt 44: 135-140.

Eikermann B (2000) Grenzen der Deinstitutionalisierung? – Die Sicht der Fachklinik. Psychiat Prax 27 (Sonderheft 2): S53-S58.

Eikermann B, Reker T (1993) Die psychiatrische Tagesklinik – Übersicht bisheriger Erfahrungen und eigener Ergebnisse. Fortschr Neurol Psychiat 61: 71-76.

Eikermann B, Reker T, Richter D (2005a) Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Fortschr Neurol Psychiat 73: 664-673.

Eikermann B, Richter D, Reker T, Brieger P (2005b) Pro und Kontra: Gemeindepsychiatrie in der Krise? Psychiat Prax 32: 269-271.

Eink M (1995) „Enthospitalisierung“. Aufstieg und Fall eines Zauberwortes. Soziale Psychiatrie 19 (1/95): 4-7.

Elgeti H (1998) Großbritannien, Italien und Deutschland. Rahmenbedingungen gemeindepsychiatrischer Reformen in Italien, Deutschland und Großbritannien. Sozialpsychiat Informat 1998: 2-6 (3/1998).

Engstrom EJ, Burgmair W, Weber MM (2007a) Emil Kraepelin's self-assessment: Clinical autography in historical context. History of Psychiatry 18: 89-119.

Engstrom EJ, Weber MM (2007b) Making Kraepelin history: A great instauration? History of Psychiatry 18: 267-273.

Enns H, Hartmann K, Hippus H, Richter HE (1960) Zur ambulanten medikamentösen Dauertherapie remittierter Schizophrener. Med Welt 11: 1911-1918.

Epstein LJ, Morgan RD, Reynolds L (1962) An approach to the effect of ataraxic drugs on hospital release rates. Amer J Psychiat 119: 36-47.

Esser W (1938) Philippe Pinel: Leben und Werk. Weickert & Koblo, Düsseldorf.

Erichsen F (1973a) Der Vater Schizophrener. Teil I. Z Psychother Med Psychol 23: 130-140.

Erichsen F (1973b) Der Vater Schizophrener. Teil II. Z Psychother Med Psychol 23: 169-185.

Ernst K (1983) Geisteskrankheit ohne Institution. Eine Feldstudie im Kanton Fribourg aus dem Jahr 1875. Schweiz Arch Neuro Neurochir Psychiat 133: 239-262.

Ernst K (1994) „Psychiatrie im Osten – im Jahre Drei“. Fernsehreport und Mitarbeit in Arnisdorf. Spektrum Psychiat Neurol 23: 83-85.

Ernst K (2000) Psychiatrische Versorgung im europäischen Vergleich. Krankenhauspsychiatrie 11, Sonderheft 1: S39-S45.

Ernst K (2001) Psychiatrische Versorgung heute. Konzepte, Konflikte, Perspektiven, 2. Auflage. Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels.

Ernst K, Ernst C (1986) Italienische Psychiatrie: Augenschein in der Lombardei. Nervenarzt 57: 494-501.

Etzersdorfer E, Wancata J, Fischer P, Windhaber J, Eichberger G, Katschnig H (1998) Über die Entlaßbarkeit von Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern. Psychiat Prax 25: 149-153.

Evenson RC, Holland RA, Cho DW (1994) A psychiatric hospital 100 years ago: I. a comparative study of treatment outcomes then and now. Hosp Comm Psychiat 45: 1021-1025.

Evenson RC, Holland RA, Cho DW (1994) A psychiatric hospital 100 years ago: II. Patients, treatment, and daily life. Hosp Comm Psychiat 45: 1021-1025.

Ewalt JR, Ewalt PL (1969) History of the community psychiatry movement. Amer J Psychiat 126: 43-52.

Ey H, Igert C, Rappard P (1957) Psychoses aiguës et évolutions schizophréniques dans un service de 1930 à 1950. Ann Méd Psychol 115: 231-240.

F:

Faulstich H (1998) Hungersterben in der Psychiatrie 1914 – 1949: mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Lambertus-Verlag, Freiburg i.Br.

Faust V (1980) Der schwierige Weg zurück. Zur Wiedereingliederung psychisch Kranker nach Klinikentlassung – eine psychodemoskopische Studie über das Meinungsbild der Allgemeinheit und der Betroffenen selber. Z Allg Med 56: 1063-1071.

Faust V, Hole G (1981) Hat die Größe des Wohnorts Einfluß auf ein psychisches Leiden? Fortschr Med 99: 1773-1776.

Felber W (1994) Zur Therapie schizophrener Psychosen in der ehemaligen DDR. Krankenhauspsychiatrie 5: 148-152.

Fink M, Shaw R, Gross GE, Coleman FS (1958) Comparative study of chlorpromazine and insulin coma in therapy of psychosis. JAMA 166: 1846-1850.

Finzen A (1980) La Liberta e Terapeutica – Zum Tode von Franco Basaglia. Psychiat Prax 7: 207-209.

Finzen A (1985) Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Finzen A (1990) Neuroleptika unentbehrlich? Die Schwierigkeit einer Risiko-Nutzen-Abwägung. Soziale Psychiatrie 50: 4-6.

Finzen A (1997) Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie – wie Feuer und Wasser. Wider die Nostalgie nach den Seelenfängern von Kingsley Hall. Sozialpsychiat Informat 27 (4/97): 41-48.

Finzen A (2000) Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung. Psychiat Prax 27: 316-320.

Finzen A (2004) 50 Jahre Neuroleptika. Psychiat Prax 31: 275-277.

Finzen A, Schädle-Deiniger H (1979) „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“. Die Psychiatrie-Enquête. Psychiatrie-Verlag Wunstorf, 1979. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 25.

Fiore M, Galante S, Härter M, Inghilleri G (1991) Die Dehospitalisierung des psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig. Psychiat Prax 18: 30-35.

Fischer F (1969) Irrenhäuser. Kranke klagen an. Verlag Kurt Desch, München.

Flegel H (1963) Verlaufspräsentation als Korrektiv für die Erfolgsbeurteilung der Schizophreniebehandlung. Psychopharmacologia 5: 16-27.

Flegel H (1967) Quantifizierende Methoden in der Pharmako-Psychiatrie. Med Welt 18: 566-568.

Flöhl R (2002) Verschwörung für die Kranken. Vater der Reform der deutschen Psychiatrie: zum Tode von Caspar Kulenkampff. Psychiat Prax 29: 174.

Floru L (1977) Aspekte der Langzeittherapie mit Langzeitneuroleptika – Praxisbezogene Erfahrungen und Betrachtungen. Fortschr Neurol Psychiat 46: 82-104.

Forth W, Henschler D, Rummel W, Förstermann U, Starke K (Hrsg) (2001) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, 8. Auflage. Urban & Fischer, München Jena.

Foucault M (1968) Psychologie und Geisteskrankheit, Frankfurt a.M.

Franz M, Meyer T, Ehlers F, Gallhofer B (2001a) Schwer chronisch kranke schizophrene Langzeitpatienten. Welche Merkmale beeinflussen den Prozeß der Enthospitalisierung? Teil 4 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Krankenhauspsychiatrie 12, Sonderheft 2: S95-S100.

Franz M, Meyer T, Gallhofer B (2001b) Lebensqualität und Neuroleptikabehandlung in der Schizophrenie – aktueller Stand der Forschung. In: Naber D, Müller-Spahn F (Hrsg). Leponex. Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums. Aspekte der Lebensqualität in der Schizophrenietherapie. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New, 72-83.

Franz M, Meyer T, Ehlers F, Gallhofer B (2002a) Schizophrene Patienten, die trotz Dekaden der Enthospitalisierung in den psychiatrischen Krankenhäusern verblieben sind. Teil 1 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Psychiatr Prax 29: 245-250.

Franz M, Meyer T, Gallhofer B (2002b) Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten. Teil 3 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Psychiatr Prax 29: 306-310.

Franzek E (1998) Schizophrene Psychosen und Geburtenhäufung in Winter- und Frühjahrsmonaten. Med Welt 49: 102-106.

Freeman H (1996) 250 Jahre englische Psychiatrie. Fortschr Neurol Psychiatr 64: 320-326.

Freudenberg RK (1962) Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. Nervenarzt 33: 165-172.

Freudenberg RK (1966) President's address. The function and attitudes of professional staff in psychiatric hospitals. Proc Roy Soc Med 59: 591-594.

Freudenberg RK (1972) Arbeitstherapie und Rehabilitation psychisch Kranker in England. *Öff Gesundh-Wes* 34: 44-50.

Freyhan FA (1955) Course and outcome of schizophrenia. *Amer J Psychiat* 112: 161-168.

Freyhan FA (1958) Eugen Bleuler's concept of the group of schizophrenia at mid-century. *Amer J Psychiat* 114: 769-779.

Freyhan FA (1961a) The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs. In: Rothlin E (Hrsg.) *Neuropsychopharmacology, Volume 2. Proceedings of the second meeting of the collegium internationale neuropsychopharmacologicum* (Basel, Juli 1960). Elsevier Publishing Company, Amsterdam London New York Princeton, 189-203.

Freyhan FA (1961b) Zur modernen psychiatrischen Behandlung der Depressionen. *Nervenarzt* 31: 112-113.

Freyhan FA (1964) Ten years of clinical psychopharmacology: Hopes and frustration. In: Bradley PB, Flügel F, Hoch PH (Hrsg.) *Neuropsychopharmacology, Volume 3. Proceedings of the third meeting of the collegium internationale neuropsychopharmacologicum* (München, September 1962). Elsevier, Amsterdam London New York, 559-562.

Frick B, Pichler A (1980) Zur Wiedereingliederung alter psychiatrischer Langzeitpatienten in die Gesellschaft. *Psychiat Prax* 7: 178-185.

Friedlaender E (1932) Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie? *Psychiatr-neurol Wochenschr* 34: 373-381.

Fritze J (2004) Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2003. *Nervenarzt* 75: 611-618.

Frogel M (1964) Incidence de la thérapeutique médicamenteuse sur les réhospitalisations à la Clinique de Bel-Air des psychoses chroniques de la psychose maniaco-dépressive. *Psychiat Neurol* 147: 267-296.

Fromm-Reichmann F (1959) *Psychoanalysis and psychotherapy*, University of Chicago Press, Chicago.

G:

Gaebel W, Pietzcker A (1985) Multidimensional study of the outcome of schizophrenic patients 1 year after clinic discharge. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 235: 45-52.

Gaebel W, Baumann A, Witte M (2002) Einstellungen der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten. *Nervenarzt* 73: 665-670.

Gäde EB, Heinrich K (1955a) Klinische Beobachtungen bei Megaphenbehandlung in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 26: 49-54.

Gäde EB, Heinrich K (1955b) Die Bedeutung der Phenothiazinderivate, insbesondere des Megaphen, für Psychiatrie und Neurologie. *Fortschr Neurol Psychiat* 23: 323-353.

Gäde EB, Heinrich K (1958) Klinische Behandlungsdauer und Behandlungserfolg bei schizophrenen Psychosen. Ein Vergleich der neuroleptischen Therapie mit den älteren Behandlungsverfahren. *Nervenarzt* 29: 363-364.

Gantz RS, Birkett DP (1965) Phenothiazine reduction as a cause of rehospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 12: 586-588.

Garratt FN, Lowe CR, McKeown T (1958) Institutional care of the mentally ill. *Lancet* (i): 682-684.

Gast U (1989) Sozialpsychiatrische Traditionen zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus. *Psychiat Prax* 16: 78-85.

Gastager H (1964) Erfahrungen mit dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft in einer psychiatrischen Abteilung. *Wien Med Wschr* 114: 301-307.

Gastager H (1964) Der Therapeutische Klub und die Nachbetreuung von Psychosen. *Wien Z Nervenheilkunde* 21: 159-165.

Gastager H (1966) Praktische Erfahrungen im Rahmen des psychiatrischen Krankenhauses. *Wien Z Nervenheilkunde* 23: 226-231.

Gastager H (1968) Frührehabilitation und Spätrehabilitation von Psychosen. *Nervenarzt* 39: 456-459.

Gebhardt R-P, Steinert T (1998) Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête. *Nervenarzt* 69: 791-798.

Geller JL (1994) Issues in American psychiatry reflected in remarks of APA presidents, 1844-1994. *Hosp Comm Psychiat* 45: 993-1004.

Geller JL (2000a) The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services. *Psychiatr Serv* 51: 41-67.

Geller JL (2000b) Excluding institutions for mental diseases from federal reimbursement for services: strategy or tragedy? *Psychiatr Serv* 51: 1397-1403.

Gerlach J (2002) Editorial. Life is not so easy... Individualization in clinical psychopharmacology. *Psychopharmacology* 162: 1-2.

Gesellschaft für klinische Medizin der DDR (1975) Zu Ehren des 30. Jahrestages der Befreiung vom Hitlerfaschismus. *Dt Gesdh Wes* 30: 865-866.

Gesundheitspolitischer Ausschuß der DGSP (1981) Bewegung in der Psychiatrie – der Auflösungsbeschluß und die Politik der DGSP. *Sozialpsychiat Informat* 11 (Nr. 62): 4-20.

Giercke K, Kleinpeter U (1963) Vergleichende Untersuchungen über Behandlungserfolge bei psychiatrischen Kranken zur Zeit der Konvulsivtherapie und der Psychopharmaka. *Psychiat Neurol med Psychol* 15: 331-337.

Giercke K (1991) Zur Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter in der ehemaligen DDR. *Krankenhauspsychiatrie* 2: 36-40.

De Girolamo G (2001) Der gegenwärtige Stand der psychiatrischen Versorgung in Italien. *Nervenarzt* 72: 511-514.

Glaeske G, Janhsen K (2003) GEK-Arzneimittel-Report 2003. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 25. Asgard-Verlag, Sankt Augustin.

Glaeske G, Janhsen K (2004) GEK-Arzneimittel-Report 2004. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29. Asgard-Verlag, Sankt Augustin.

Glatzel J (1966) Zur Frage der schizophrenen Verläufe unter der Pharmakotherapie. *Arch Psychiatr Nervenkr* 209: 87-100.

Glatzel J (1975) Die Antipsychiatrie. *Psychiatrie in der Kritik*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Glatzel J (1976) Moderne Psychiatriekritik – Rebellion oder Reprise. Fortschr Neurol Psychiat 44: 51-63.

Goffman E (1972) Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp Verlag, 1. Auflage, Frankfurt a.M.

Goldberg A (2003) A reinvented public: „Lunatics’ rights” and bourgeois populism in the Kaiserreich”. In: Engstrom EJ, Roelcke V: Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Schwabe Verlag, Basel.

Goldberg D (1999) The future pattern of psychiatric deinstitutionalization in England. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 249: 123-127.

Gollmer E, Eikelmann B (1991) Welchen Beitrag liefern sozialpsychiatrische Dienste zur psychiatrischen Versorgung? Ergebnisse aus einer mittleren, psychiatrisch gut versorgten Großstadt in den Jahren 1988 und 1989. Öff Gesundh-Wes 53: 538-542.

Gottman II (1993) Schizophrenie. Ursachen, Diagnosen und Verlaufsformen, Spektrum Akademischer Verlag GmbH, Heidelberg Berlin Oxford.

Graf-Nold A (1991) History of psychiatry in Switzerland. History of Psychiatry 2: 321-328.

Greenblatt M (1992) Deinstitutionalization and reinstitutionalization of the mentally ill. In: Robertson MJ, Greenblatt M (eds). Homelessness. A national perspective. Plenum Press, New York London, 47-64.

Greenblatt M, Landy D, Hyde RW, Bockoven JS (1958) Rehabilitation of the mentally ill: impact of a project upon hospital structure. Amer J Psychiat 114: 986-992.

Griesinger W (1868) Über Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland. Arch Psychiat Nervenkr 1: 8-43.

Griesinger W (1872) Gesammelte Abhandlungen. Erster Band. Psychiatrische und nervenpathologische Abhandlungen Verlag von August Hirschwald, Berlin.

Grob GN (1991) Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. Amer J Psychiat 148: 421-431.

Gröger H (1998) Die bis heute nicht erkannte Tragweite des Nationalsozialismus für die Wiener Medizin. Wien Klin Wochenschr 110: 140-144.

Gromann-Richter P (Hrsg.) (1991) Was heißt hier Auflösung? Die Schließung der Klinik Blankenburg. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Gropler H (1970) Zur Rehabilitation aus der Sicht eines psychiatrischen Krankenhauses in einem Landkreis. Dt Gesdh Wes 25: 1333-1340.

Gross H (1960) Fortschritte der Schizophreniebehandlung in der Heilanstalt. Wien Klin Wochenschr 72: 624-629.

Gross G, Huber G, Schüttler R (1980) Die Beeinflussung des Langzeitverlaufs schizophrener Krankheiten durch somatotherapeutische Massnahmen. Psychiatria clin 13: 179-192.

Gross H, Kaltenbäck E (1964) Die Fortschritte der modernen Pharmakotherapie der endogenen Psychosen und ihre Bedeutung für die Anstaltspsychiatrie. Wien Z Nervenheilkunde 21: 139-143.

Grüne in Bayern (1989) Grüne in Bayern: Neuroleptika verbieten! DGSP-Rundbrief 44: 35-36.

Grygier P, Waters MA (1958) Chlorpromazine used with an intensive occupational therapy program. Arch Neurol Psychiat 79: 697-705.

Guarnieri P (1991) The history of psychiatry in Italy. History of Psychiatry 2: 289-301.

H:

Haase H-J (1963) Möglichkeiten und Grenzen der Psychopharmakotherapie mit Tranquilizern und Neuroleptika. Deutsche Med Wochenschr 88: 505-514.

Haase H-J (1964) Soziopsychiatrische Untersuchungen an alleinstehenden Frauen. Nervenarzt 35: 279-300.

Haase H-J (1967) Pharmakotherapie bei chronisch Schizophrenen. In: Panse F (Hrsg) Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Vorträge und Diskussionen auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Düsseldorf vom 29.-31. August 1966, 314-328. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Harms D (1979) Psychopharmaka in der Praxis des Kinderarztes. Med Welt 70: 801-806.

Harrer G (1966) Die psychiatrische Anstalt, ihre Kranken und Ärzte im Netz der Gesetze. Wien Z Nervenheilkunde 23: 213-219.

Hartmann W (1972) Ambulante Weiterbehandlung schizophrener Patienten mit injizierbaren Depot-Neuroleptika. Deutsche med Wochenschr 97: 1255-1257.

Hartmann W (1972) Untersuchung an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. II. Daten aus der Zeit der Dauerunterbringung. Arch Psychiatr Nervenkr 215: 129-147.

Hartmann W, Meyer JE (1974) Zur stationären Behandlung chronisch Schizophrener in der Bundesrepublik. Ergebnisse und Konsequenzen. Nervenarzt 45: 1-8.

Hartmann W, Müller P (1974) Zur stationären Behandlung erstmals hospitalisierter Schizophrener. Fortschr Neurol Psychiat 42: 601-614.

Hartmann W, Pauls E (1974) Ein Vergleich der Aufnahmesituation zwischen langfristig hospitalisierten und wieder entlassenen Schizophrenen. Psychiat clin 7: 5-15.

Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R, Ortmaier M, Schöny W (2004) Die Enthospitalisierung psychiatrischer Langzeitpatienten in Oberösterreich – soziodemografische und klinische Daten. Psychiat Prax 31: 192-197.

Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R, Ortmaier M, Schöny W (2006) Die Enthospitalisierung ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten in Oberösterreich – Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten der außerstationären Versorgung. Psychiat Prax 33: 74-80.

Haddenbrock S, Poeschel H (1963) Die chronisch Kranken eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses. Zu ihrer diagnostischen Struktur, ihrer Soziologie und Therapie. Nervenarzt 34: 49-55.

Häfner H (1965) Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Helfen und heilen 4: 1-8.

Häfner H (1966) Soziotherapie und Rehabilitation Schizophrener. Med Klinik 61: 649-653.

Häfner H (Hrsg.) (1995) Was ist Schizophrenie? Gustav Fischer Verlag, Stuttgart Jena New York.

Häfner H (2000a) Epidemiology of schizophrenia. A thriving discipline at the turn of the century. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 250: 271-273.

Häfner H (2000b) Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Krankenhauspsychiatrie* 11: 145-157.

Häfner H (2001a) Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven. In: *Aktion Psychisch Kranke (Hrsg) 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 72-102.*

Häfner H (2001b) Editorial: Hat Basaglia eine bessere Psychiatrie geschaffen? Zur Biographie der italienischen Psychoreform. *Nervenarzt* 72: 485-486.

Häfner H, an der Heiden (1982) Evaluation gemeindenaher Versorgung psychisch Kranker. Ergebnisse von 4 Jahren wissenschaftlicher Begleitung der Aufbauphase des Mannheimer Modells. *Arch Psychiatr Nervenkr* 232: 71-95.

Häfner H, an der Heiden W, Buchholz W, Bardens R, Klug J, Krumm B (1986) Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. *Nervenarzt* 57: 214-226.

Haffter C (1955) Largactil-Symposion in der psychiatrischen Universitätsklinik Basel am 28. November 1953. *Schweiz Med Wochenschr* 85: 822-823.

Halfmeyer P (1991) Die Veränderungen innerhalb der Mitarbeiterschaft der Klinik. In: Gromann-Richter P (Hrsg.) (1991) Was heißt hier Auflösung? Die Schließung der Klinik Blankenburg. *Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 28-38.*

Hamilton M, Smith ALG, Lapidus HE, Cadogan EP (1960) A controlled trial of thiopropazate dihydrochloride (Dartalan), chlorpromazine and occupational therapy in chronic schizophrenics. *J Ment Sci* 106: 40-55.

Hamon, Paraire, Velluz (1952) Remarques sur l'action du 4560 R.P. sur l'agitation maniaque. *Ann Méd Psychol* 110: 331-335.

Hanrath S (2002) Zwischen 'Euthanasie' und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964). Verlag Ferdinand Schöningh GmbH, Paderborn München Wien Zürich.

Hanrath S (2003) Strukturkrise und Reformbeginn: Die Anstaltspsychiatrie in der DDR und der Bundesrepublik bis zu den 60er Jahren. In: Kersting F-W (Hrsg) Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Band 46: Westfälisches Institut für Regionalgeschichte Landschaftsverband Westfalen-Lippe Münster. Forschungen zur Regionalgeschichte. Ferdinand Schöningh, Paderborn München Wien Zürich, 31-61.

Haring C (1972) Therapie mit Retardpräparaten als Möglichkeit der sozialen Rehabilitation. *Med Welt* 23: 1140-1143.

Harrison PJ, Owen MJ (2003) Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet* 361: 417-419.

Hartmann W (1973) Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. III. Ein Querschnittsbild. *Arch Psychiat Nervenkr* 217: 361-376.

Hartmann W (1980) Schizophrene Dauerpatienten. Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Hartung H-D (1998) Noncompliance – ein typisches Problem psychiatrischer Patienten. Individuelle, gesellschaftliche und krankheitsspezifische Faktoren. Fortschr Med 116 (3/1998): 28-30.

Haselbeck H (1985) Zur Sozialgeschichte der „Offenen Irren-Fürsorge“ – Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. Psychiat Prax 12: 171-179.

Haug H-J, Rössler W (1999) Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 249: 115-122.

an der Heiden W, Krumm B (1985) Does outpatient treatment reduce hospital stay in schizophrenics? Eur Arch Psychiatr Neurol Sci 235: 26-31.

Heilemann H (2001) Enthospitalisierung in den neuen Bundesländern am Beispiel des Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf. Eine Zwischenbilanz nach zehn Jahren. Krankenhauspsychiatrie 12, Sonderheft 2: S90-S94.

Heinrich K (1976) Psychopharmaka in der Praxis – Stand der Entwicklung. Med Welt 27: 499-507.

Heinrich K (1985) Der Zustand der Psychiatrie als Abbild des Zustandes der Gesellschaft. Spektrum Psychiat Neurol 15: 3-12.

Henrich K (1993) Die Psychiatrie-Reform – ein bedeutender Erfolg. Münch med Wochenschr 135: 669-670.

Heinrich K (1994a) Somatotherapie ohne Psychopharmaka. Münch med Wochenschr 136: 151-152.

Heinrich K (1994b) Psychopharmakologie seit 1952. Fortschr Neurol Psychiat 62: 31-39.

Heinrich K (2006) Editorial. Zum zwiespältigen Erfolg der Enthospitalisierung. *Fortschr Neurol Psychiat* 74: 307-308.

Heinrich K, Müller U (1977) Psychiatrisch-soziologische Daten und Thesen zur Reform der Anstaltspsychiatrie als dem Kernstück der Psychiatriereform. *Nervenarzt*: 48: 578-585.

Hinterhuber H (1979) Die Grenzen der sozialen Reintegration nach mehrjähriger psychiatrischer Hospitalisierung. *Psychiat Prax* 6: 50-53.

Hinterhuber H (2005) Theorien zur Ätiologie in den verschiedenen historischen Schizophreniekonzepten. *Fortschr Neurol Psychiat* 73, Sonderheft 1: S3-S8.

Hinterhuber H, Liensberger D, Tasser A, Schwitzer J, Rizzuti E, Meise U (2001) Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien. *Nervenarzt* 72: 501-510.

Hippius H, Kanig K (1958) Neue Phenothiazin-Derivate für die psychiatrische Pharmako-Therapie. *Fortschr Neurol Psychiat* 26: 582-608.

Hippius H (1980) Kontroversen in der Psychiatrie. Standortbestimmung einer Wissenschaft. *Münch med Wochenschr* 122: 43-49.

Hirsch SR (1976) Die Versorgung schizophrener Patienten außerhalb des Krankenhauses: Forschungsergebnisse und Grundprinzipien. *Nervenarzt* 47: 469-476.

Hirsch SR, Gajnd R, Rohde PD, Stevens BC, Wing JK (1973) Outpatient maintenance of chronic schizophrenic patients with long-acting fluphenazine: double-blind placebo trial. Report to the medical research council committee on clinical trials in psychiatry. *BMJ (i)*: 633-637.

Hirsch SR, Platt S, Knights A, Weyman A (1979) Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. *BMJ* (i): 442-446.

Hobbs GE, Wanklin J, Ladd KB (1965) Changing patterns of mental hospital discharges and readmissions in the past two decades. *Canad Med Ass J* 93: 17-20.

Hoff H, Arnold OH (1954) Die Therapie der Schizophrenie. *Wien Klin Wochenschr* 66: 345-352.

Hoff H (1956) Vorteile und Nachteile der Behandlung mit Largactil und Serpasil. *Wien Klin Wochenschr* 68: 97-101.

Hoff H (1960) Schlußwort zum Internationalen Symposium „Die Bedeutung der Psychopharmaka in der Psychiatrie“. Wien, 23. und 24. Mai 1960. 110: 756-757.

Hoff H (1966) Das „neue“ psychiatrische Krankenhaus. *Wien Z Nervenheilkunde* 23: 200-212.

Hoffmann K-M (2003) Enthospitalisierung und Lebensqualität. Ergebnisse aus der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn.

Hoffmann K, Priebe S, Isermann M, Kaiser W (1997) Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiat Prax* 24: 221-226.

Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W, Priebe S (2000) Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung. Teil IV der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiat Prax* 27: 183-188.

Hoffmann-Richter U, Wich F, Alder B, Finzen B (1999) Neuroleptika in der Zeitung. Eine Medienanalyse. *Psychiat Prax* 26: 175-180.

Hoffmann-Richter U, Forrer F, Finzen A (2003) Die Schizophrenie in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung – ein Lehrstück. *Psychiat Prax* 30: 4-7.

Hofmann W, Gougleris G, Panzer M, Tigiser E, Warken R, Zimmer FP (1992) Mehrfachaufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus – eine Untersuchung zur Situation sogenannter “Drehtür-Patienten”. *Psychiat Prax* 19: 217-224.

Hohenlohe M-G (Hrsg.) (1988) Die vielen Gesichter des Wahns. Patientenportraits aus der Psychiatrie der Jahrhundertwende. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Toronto.

Holden JMC, Hofstatter L (1970) Prefrontal lobotomy: stepping-stone or pitfall? *Amer J Psychiat* 127: 591-598.

Hordern A, Hamilton M (1963) Drugs and „moral treatment“. *Brit J Psychiat* 109: 500-509.

Hornstra RK, Bruce-Wolfe V, Sagduyu K, Riffle DW (1993) The effect of intensive case management on hospitalization of patients with schizophrenia. *Hosp Comm Psychiat* 44: 844-847.

Hornung WP, Buchkremer G, Redbrake M, Klingberg S (1993) Patientenmodifizierte Medikation: Wie gehen schizophrene Patienten mit ihren Neuroleptika um? *Nervenarzt* 64: 434-439.

Horvitz-Lennon M, Normand S-L, Gaccione P, Frank RG (2001) Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). *Amer J Psychiat* 158: 676-685.

Howells JG (Hrsg) (1991) The concept of schizophrenia: historical perspectives. American Psychiatric Press, Inc, Washington, DC London.

Huber G (1972) Zukunftsperspektiven einer Struktur der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiat* 40: 515-533.

Huber G (1977) Langzeittherapie der Schizophrenie in der Praxis. *Med Welt* 28: 213-217.

Huber G (1979) Neuere Ansätze zur Überwindung des Mythos von den sog. Geisteskrankheiten. *Fortschr Neurol Psychiat* 47: 449-465.

Huber G (2005) *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. Schattauer GmbH, Stuttgart New York.

Huber G, Gross G, Schüttler R (1979) *Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York.

Hubmann W, Bender W, Vaitl P, Steinbacher I, Scholz L (1989) Stationäre Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten mit einem verhaltenstherapeutischen Münzverstärkerprogramm. *Psychiat Prax* 16: 36-42.

Hubschmid T (1991) Die Langzeitbehandlung psychiatrischer Langzeitpatienten – eine dankbare Aufgabe. *Psychiat Prax* 18: 73-77.

Huhn A (1962) Über den diagnostischen Wert der Serienangiographie bei der intrakraniellen venösen Thrombose. *Fortschr Neurol Psychiat* 30: 65-80.

Huhn A, Böcker F (1966) Effect of chlormethiazole upon the clinical course of alcoholic delirium. *Acta Psychiatr Scand, Suppl.* 192: S145-S151.

Huhn A, Böcker F (1967) Behandlung des Delirium tremens. *Deutsche Med Wochenschr* 92: 261-263.

Hunt RC, Forstner HM (1956) The New York State Community Health Services Act: its birth and early development. *Amer J Psychiat* 113: 680-685.

Husquinet H (1960) Les resultants thérapeutiques obtenus en sanatorium psychiatrique. Essai de mesure. *Acta Neurol Psychiat Belg* 60: 859-870.

Hwang J, Lyoo IK, Dager SR, Friedman SD, Oh JS, Lee JY, Kim SJ, Dunner DL, Renshaw PF (2006) Basal ganglia shape alterations in bipolar disorder. *Amer J Psychiat* 163: 276-285.

I:

Impastato DJ (1959) The story of the first electroshock treatment. *Amer J Psychiat* 116: 1113-1114.

Irmer W, Koss FH (1953) Die potenzierte Narkose. *Deutsche Med Wochenschr* 78: 361-366.

Irle G (1962) Das "Praecoxgefühl" in der Diagnostik der Schizophrenie. Ergebnisse einer Umfrage bei westdeutschen Psychiatern. *Arch Psychiat Neurol* 204: 142-151.

Irle G (1963) Meinungen westdeutscher Nervenärzte zur Schizophrenie. *Arch Psychiatr Nervenkr* 204: 142-151.

Israel RH, Johnson NA (1956) Discharge and readmission rates in 4.254 consecutive first admissions of schizophrenia. *Amer J Psychiat* 112: 903-909.

J:

Jablensky A (2000) Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 250: 274-285.

Jablensky A (2007) Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry. *History of psychiatry* 18: 381-388.

Jacobsen E (1986) The early history of psychotherapeutic drugs. *Psychopharmacology* 89: 138-144.

Jakubaschk J (1980) Fehlplatzierung – ein Problem der psychiatrischen Versorgung. *Schweiz Arch Neuro Neurochir Psychiat* 127: 129-144.

Jakubaschk J, Hunziker R (1987) Neue Langzeitpatienten – demographische und diagnostische Besonderheiten. *Schweiz Arch Neurol Psychiat* 138: 45-61 (4/87).

Jantz H (1957) Neue Medikamente in der nervenärztlichen Praxis. *Fortschr Neurol Psychiat* 25: 639-659.

Janzarik W (1954) Zur Psychopathologie der Megaphenwirkung. *Nervenarzt* 25: 330-335.

Jetter D (1981) *Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Jetter D (1992) Wichtige Irrenhäuser in Frankreich, Deutschland und England (1800-1900). *Fortschr Neurol Psychiat* 60: 329-348.

Johnson DAW (1976) The duration of maintenance therapy in chronic schizophrenia. *Acta Psychiat Scand* 53: 298-301.

Jones K (1960) *Mental health and social policy 1845-1959*. Routledge and Kegan Paul Ltd, London.

Jones K (1991) The culture of the mental hospital. In: Berrios GE, Freeman H (Hrsg.) 150 years of British psychiatry, 1841-1991. Gaskell, 17-28.

Jones M (1953) The therapeutic community. Basic Books Inc, New York.

Jost F (1958) Zur modernen Pharmakotherapie in der Psychiatrie. Med Welt 9: 1900-1905.

K:

Kaelbling R, Larson DM (1966) Comparison of drug treatment before and during psychiatric hospitalization. Amer J Psychiat 122: 900-907.

Kaiser W, Hoffmann K, Isermann M, Priebe S (2001) Langzeitpatienten im Betreuten Wohnen nach der Enthospitalisierung. Psychiat Prax 28: 235-243.

Kalinowsky LB (1964) Indikationen der verschiedenen Behandlungsmethoden der Psychosen. Wien Z Nervenheilkunde 21: 1-12.

Kalinowsky LB (1966) Somatic treatments in psychiatry. Amer J Psychiat 123: 338-340.

Kalinowsky LB, Kline NS (1958) Appraisal of the 'tranquilizers' and their influence on other somatic treatments in psychiatry. Amer J Psychiat 115: 294-300.

Kallert TW, Leiß M (1999) Zur Betreuung chronisch schizophrener Erkrankter in neu etablierten Sozialpsychiatrischen Diensten des Freistaats Sachsen. Sozialpsychiat Informat 29 (4/99) 17-23.

Kallert TW, Schützwohl M, Matthes C (2003) Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Psychiat Prax 30: 72-82.

Kallert TW, Stoll A, Leibe M, Winiecki P (2004) Der Enthospitalisierungsprozeß des psychiatrischen Heimbereichs eines ehemaligen Großkrankenhauses aus Patienten- und Mitarbeitersicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 72: 446-459.

Kamis-Gould E, Snyder F, Hadley TR, Casey T (1999) The impact of closing a state psychiatric hospital on the county mental health system and its clients. *Hosp Comm Psychiat* 50: 1297-1302.

Karow A, Perro C, Moritz S, Yagdiran O, Nikka E, Bastekes R, Briken P, Gottwalz E, Jung Y, Krauß M (2001) PERSIST – PERsonenzentriert Setting-übergreifende Integrative Schizophrenie-Therapie. In: Naber D, Müller-Spahn F (Hrsg). *Leponex. Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums. Aspekte der Lebensqualität in der Schizophrenietherapie*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York, 72-83.

Katschnig H (1998) Rehabilitation bei Schizophrenie – Leitlinien für die Einbeziehung psychosozialer Maßnahmen. *Wien Med Wschr* 148: 273-280.

Kautz J (2006) Haben Neuroleptika Einfluss auf die Sterblichkeit? *Fortschr Neurol Psychiat* 74: 24.

Kennedy JF (1964) Message from the President of the United States relative to mental illness and mental retardation. *Amer J Psychiat* 120: 729-737.

Kersting F-W (1998) Psychiatriereform und '68. *Westfälische Forschungen* 48: 283-295.

Kersting F-W (2003) Die Hypothek der NS-Medizinverbrechen als Reformimpuls. In: Kersting F-W (Hrsg) *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Band 46: Westfälisches Institut für Regionalgeschichte Landschaftsverband Westfalen-Lippe Münster. Forschungen zur Regionalgeschichte*. Ferdinand Schöningh, Paderborn München Wien Zürich, 63-80.

von Keyserlingk, H (1976) 150 Jahre psychiatrische Therapie. Psychiat Neurol med Psychol 28: 321-333.

Kilian R, Holzinger A, Angermeyer MC (2001) „Das ist zwar ein bißchen anstrengender manchmal, aber auch interessanter“. Psychiaterinnen und Psychiater beurteilen die Wirkung von Psychoedukation auf die ambulante Schizophreniebehandlung. Psychiat Prax 28: 209-213.

Kilian R, Angermeyer MC (2004) Der Einfluß der Neuroleptikabehandlung auf die Inzidenz und die Kosten stationärer psychiatrischer Behandlungen bei schizophren Erkrankten: Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie. Psychiat Prax 31: 138-146.

Kirkby KC (2005) Social context and health consequences of the antipsychotics introduction. Ann Clin Psychiat 17 (3): 141-146.

Kisker KP (1963) Gedanken zum psychiatrischen Krankenhaus heute. Deutsche med Wochenschr 88: 192-199.

Kisker KP (1964) Klinische und gemeinschaftsnahe psychiatrische Behandlungszentren heute und morgen. Heute in England, Canada und Skandinavien, morgen in den USA, übermorgen bei uns? Nervenarzt 35: 233-237.

Kisker KP, Amsel-Kainarou A, Spazier D (1967) Psychiatrie ohne Bett. Über eine zweijährige poliklinische Arbeit der Heidelberger Klinik. Nervenarzt 38: 10-15.

Kläsi J (1922) Über die therapeutische Anwendung der „Dauernarkose“ mittels Somnifen bei Schizophrenen. Zschrift ges Neurol Psychiat 74: 557-592.

Klauss H (1971) Zur Rehabilitation psychisch Behinderter. Eine Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung des norddeutschen Raumes. Soz. Diss. Göttingen.

Klecha D, Barke A, Gureje O (2004) Die Versorgung psychisch Kranker in den Ländern der dritten Welt am Beispiel von Nigeria. *Nervenarzt* 75: 1118-1122.

Klerman GL (1977) Better but not well: social and ethical issues in the deinstitutionalization of the mentally ill. *Schizophrenia Bull* 3: 617-631.

Klerman GL (1979) National trends in hospitalization. *Hosp Comm Psychiat* 30: 110-113.

Klopp HW (1959) Über die Betreuung Geisteskranker in der offenen Anstalt. *Nervenarzt* 30: 459-463.

Koch H, Zirkler J (1955) Arzneimittel in der Deutschen Demokratischen Republik. *Dt Gesdh Wes* 10: 107-111.

Köhler G-K, Wolpert EM (1993) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nach der Psychiatrie-Reform. *Münch Med Wochenschr* 135: 675-677.

Kolb G (1919) Reform der Irrenfürsorge. *Zschrft ges Neurol Psychiat* 47: 137-172.

Kolb G (1927) Die Aufgaben der Fürsorge. In: Roemer, Kolb, Faltlhauser (Hrsg.): *Offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten*. Verlag von Julius Springer, Berlin, S. 167-175.

Kraepelin E (1899) *Psychiatrie*. 6. Auflage. Barth Leipzig.

Kraepelin E (1918) Hundert Jahre Psychiatrie. *Zschrft ges Neurol Psychiat* 38: 161-275.

Krais W (1955) Die Behandlung der Hyperemesis gravidarum mit Megaphen. Med Welt 6: 1779-1780.

Kramer M, Pollack ES (1958) Problems in the interpretation of trends in the population movement of the public mental hospitals. Amer J Publ Health 48: 1003-1019.

Krauseneck T, Graz C, Krähenmann O, Schelling G, Padberg F (2007) Psychiatrische Erkrankungen auf der Intensivstation – Teil II – Psychiatrische Notfälle. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 42: 10-13.

Kruckenbergh P (1991) Zur Konfliktdynamik von Auflösungsprozesse. In: Gromann-Richter P (Hrsg.) (1991) Was heißt hier Auflösung? Die Schließung der Klinik Blankenburg. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 67-85.

Krüger H (1991) Entschließungsentwurf. Dringende Aufgaben in der psychiatrischen Versorgung der sechs neuen Länder. Spektrum Psychiat Neurol 20: 63-64.

Krüger G, Kipping H-W, Röhm J, Jacobs G (1993) Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker am Beispiel eines öffentlichen psychiatrischen Krankenhauses. Psychiat Prax 20: 63-69.

Kühne GE (1970) Erfahrungen mit dem Patienten-Klub im System eines flexiblen Rehabilitationsprogramms in der Psychiatrie. Psychiat Neurol med Psychol 22: 25-29.

Krüger HJ, Schwarz H (1963) Neue Aspekte der neuroleptischen Langzeit-Therapie in der psychiatrischen Ambulanz und Klinik. Med Welt 14: 463-467.

Kuhn R (1964) Neue und alte Prinzipien und Methoden in der Psychosentherapie. Wien Z Nervenheilkunde 21: 39-47.

Kuhn R (1970) Beobachtungen und Erfahrungen an einem psychiatrischen Ambulatorium während 30 Jahren. Schweiz Arch Neuro Neurochir Psychiat 106: 345-353.

Kulenkampff C (1961) Über die psychiatrische Nachtambulanz. Nervenarzt 32: 217-222.

Kulenkampff C (1968) Änderungen des Krankheitsbildes unter der medikamentösen Behandlung aus psychiatrischer Sicht. Med Welt 19: 2606-2609.

Kulenkampff C (1974) Enquête – und kein Ende? Zum Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Psychiat Prax 1: 88-93.

Kulenkampff C, Tarnow G (1956) Ein eigentümliches Syndrom im oralen Bereich bei Megaphenapplikation. Nervenarzt 27: 178-180.

Kulhanek F (1984). „30 Jahre Neuroleptika“. Leserzuschrift. Deutsche Med Wochenschr 109: 196-197.

Kunze H (1977) Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch psychisch Kranker in England, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt 48: 83-88.

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

Kunze H (1978) WHO: Zusammenfassender Bericht: die Zukunft psychiatrischer Krankenhäuser. Sozialpsychiat Informat 8 (Nr. 47/48): 21-26.

Kunze H (1981) Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime. Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Kunze H (1990) Funktionswandel des Psychiatrischen Krankenhauses. Krankenhauspsychiatrie 1: 117-126.

Kunze H (2001) Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquete: Ziele-Kompromisse-zukünftige Aufgaben? In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg) 25 Jahre-Psychiatrie-Enquete. Band 1. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 72-102.

L:

Labhardt F (1957) Die Ergebnisse der Largactilbehandlung Schizophrener von 1953 bis 1955 an der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik. Schweiz Arch Neurol Psychiat 79: 355-389.

Labhardt F (1959) Die Bedeutung der modernen medikamentösen Therapie für die psychiatrische Klinik und Praxis. Schweiz Med Wochenschr 89: 76-86 + 105-110.

Labhardt F (1961) Die ambulante Behandlung Schizophrener von der Klinik aus gesehen. Schweiz Arch Neuro Neurochir Psychiat 81: 415-419.

Laborit H, Huguenard P (1951) L'hibernation artificielle par moyens pharmacodynamiques et physiques. Presse Médicale 59: 1329.

Laborit H, Huguenard P, Alluaume R (1952) Un nouveau stabilisateur végétatif (le 4560 RP) Presse Médicale 60: 206-208.

Längle G, Renner G, Günthner A, Buchkremer G (2000) Die gemeindepsychiatrische Versorgung schwerstkranker Schizophrener. Eine exemplarische Fallstudie. Nervenarzt 71: 915-918.

Lamb HR (1992) Taking Issue. Is it time for a moratorium on deinstitutionalization? *Hosp Comm Psychiat* 43: 669.

Lamb HR (1994) A century and a half of psychiatric rehabilitation in the United States. *Hosp Comm Psychiat* 45: 1015-1020.

Lange E (1966) Die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR. Grundsätze – Ziele – Konsequenzen. *Dt Gesdh Wes* 21: 1089-1094.

Lange E (1979) Die Rodewischer Thesen 1963 – Vermächtnis und Verpflichtung, Bekenntnis und Verwirklichung. *Psychiat Neurol med Psychol* 31: 385-392.

Lange E, Bergmann U (1966) Die rehabilitative und ökonomische Bedeutung der „befürsorgten Wohnstätte“ als einer Sonderform der psychiatrischen Nachtambulanz. *Dt Gesdh Wes* 21: 1130-1134.

Lange E, König L (1977) Fluphenatin-Depot (Lyorodin-Depot) – demnächst in DDR-Produktion? *Psychiat Neurol med Psychol* 29: 498-499.

Lauber H (1964). Studie zur Frage der Krankheitsdauer unter Behandlung mit Psychopharmaka. *Nervenarzt*: 35: 488-491.

Lauter H (1964) Psychiatrische Rehabilitation. Neue organisatorische Möglichkeiten. *Münch med Wochenschr* 106: 1009-1015.

Lavender A, Holloway F (1988) Introduction. In: Lavender A, Holloway F (1988) *Community care in practice*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester New York Brisbane Toronto Singapore, 3-25.

Leff J, Trieman N (2000) Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *Brit J Psychiat* 176: 217-223.

Leff J, Trieman N, Gooch C (1996) Team for the assessment of psychiatric services (TAPS) project 33: Prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *Amer J Psychiat* 153: 1318-1324.

Lehmann HE (1954) Ein hemmendes Mittel zur Kontrolle und Behandlung psychomotorischer Erregungszustände. (Chlorpromazine, Largactil, Thorazine, Megaphen). *Nervenarzt* 25: 322-330.

Lehmann P (1998) Vielfalt statt Einfalt. Über die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung. *Sozialpsychiat Informat* 22 (2/1998): 9-13.

Leiß M, Kallert TW (2001) Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. *Psychiat Prax* 28: 10-17.

Lewis A (1959) Vortrag (kein Titel). In: Bradley RB, Deniker P, Redouco-Thomas (Hrsg.) *Neuropsychopharmacology 1. Proceedings of the first international congress of neuro-pharmacology (Rome, September 1958)*. Elsevier Publishing Company, Amsterdam London New York Princeton, 207-212.

Lange M (1965) Statistische Erhebungen über langjährig behandelte Schizophrenie-Kranke. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizinischen Fakultät, Göttingen, 1965.

(Buch nicht gesichtet!)

Lieberman JA et al (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353: 1209-1223.

Linn EL (1959) Drug therapy, milieu change, and release from a mental hospital. Arch Neurol Psychiat 81: 785-794.

Linn MW, Caffey EM, Klett J, Hogarty GE, Lamb HR (1979) Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. Arch Gen Psychiatry 36: 1055-1066.

Loch W (1956) Zur Behandlung fortgeschrittener Schizophrenien mit Megaphen und Reserpin. Nervenarzt 27: 463-467.

Lötsch G (1996) Christian Roller & Ernst Fink. Die Anfänge von Illenau. Acheron Verlag Achern.

Loos H (1992) Anerkannte Unordnung – ein Rückblick auf die Psychiatrie-Entwicklung in der DDR. In: Aktion psychisch Kranker und Arbeitskreis der Ärztliche Leiter (Hrsg.) (1992) Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR, Rheinland-Verlag Köln, S. 174-180.

Loos H (1994) “Verdrängung verhindert jede Bearbeitung”. Vom Mißbrauch der Psychiatrie in der DDR. Soziale Psychiatrie 18 (1/94): 24-25.

López-Muñoz F, Alamo C, Cuenca E (2005) History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. Ann Clin Psychiat 17 (3): 113-132.

Lorenzen D (1984) Chronisch psychisch Kranke – wo sind sie geblieben? Spektrum Psychiat Neurol 13: 22-28.

Lorenzen D, Reimer F (1980) Die Situation der psychiatrischen Landeskrankenhäuser – Ergebnis einer Umfrage – Spektrum Psychiat Neurol 9: 115-118.

Luger H (1992) "Aufbruch Psychiatrie" in der Uckermark. Soziale Psychiatrie 58: 13-17.

M:

Maclay WS (1959) The new mental health act in England and Wales. Amer J Psychiat 116: 777-781.

Mäulen B (1992) Psychiatrische Versorgung auf Zypern. Krankenhauspsychiatrie 3: 97-100.

Mares AS, Rosenheck RA (2004) One year housing arrangements among homeless adults with serious mental illness in the ACCESS program. Psychiatr Serv 55: 566-574.

Marinow A (1971) Schizophrene „Endstadien“. Klinik und Verlauf. Arch Psychiat Nervenkr 215: 46-61.

Marinow A (1973) Klinisch-statistische und katamnestiche Untersuchungen an chronisch Schizophrenen 1951-1960 und 1961-1970. Arch Psychiat Nervenkr 218: 115-124.

Martin DV (1955) Institutionalisation. Lancet ii: 1188-1190.

Martin V, Steinert T (2005) Ein Vergleich der Unterbringungsgesetze in den 16 deutschen Bundesländern. Krankenhauspsychiatrie 16: 2-12.

May PRA, Tuma AH (1965) Treatment of schizophrenia. An experimental study of five treatment methods. Brit J Psychiat 111: 503-510.

Mayer C, Soyka M (1992) Compliance bei der Therapie schizophrener Patienten mit Neuroleptika – eine Übersicht. Fortschr Neurol Psychiat 60: 217-222.

Mayer-Gross W, Cross KW, Harrington JA, Sreenivasan U (1958) The chronic mental patient in India and England. *Lancet* (i): 1265-1267.

McGuffin P (2004) Nature and Nurture Interplay: Schizophrenia. *Psychiat Prax* 31, Supplement 2: S189-S193.

McIntyre RS, Fallu A, Konarski JZ (2006) Measurable outcomes in psychiatric disorders: Remission as a marker of wellness. *Clinical Therapeutics* 28: 1882-1891.

McWalter HS, Mercer R, Sutherland M, Watt A (1961) Outcomes of treatment of schizophrenia in a north-east Scottish mental hospital. *Amer J Psychiat* 118: 529-533.

von Meduna L (1934) Über experimentelle Campherepilepsie. *Archiv Psychiat* 102: 333-339.

von Meduna L (1935) Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufs der Schizophrenie. Campfer- und Cardiazolkrämpfe. *Z Neur* 152: 235-262.

Meise U, Hinterhuber H (1990) Die Tagesklinik: Alternative zur vollstationären psychiatrischen Behandlung? *Deutsche Med Wochenschr* 115: 495.

Merguet H (1951) Vorschläge für den Wiederaufbau der Offenen Fürsorge für Geistesranke. *Nervenarzt* 22: 151-153.

Merguet H (1955) Die Anstaltspsychiatrie in unserer Zeit. *Nervenarzt* 26: 384-390.

Merskey H (1994) Somatic treatments, ignorance, and the historiography of psychiatry. *History of Psychiatry* 5: 387-391.

Meyer H-H (1967a) Die Insulin- und Heilkampftherapie und ihre Stellung zur Pharmakotherapie der Psychosen. Arch Psychiat Nervenkr 210: 126-139.

Meyer H-H (1967b) Die Therapie der zyklischen Manie. Med Welt 18: 538-541.

Meyer H-H, Böttinger R (1957) Klinisch-statistischer Bericht über das Krankengut der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg 1946-1954. Arch Psychiat Nervenkr 196: 4-26.

Meyer JE, Sprung R (1977) Entwicklungstendenzen der intramuralen Psychiatrie zwischen 1867 und 1931. Arch Psychiat Nervenkr 223: 271-285.

Meyer JE (1984) Die Therapie der Schizophrenie in Klinik und Praxis. Nervenarzt 55: 221-229.

Meyer JE, Hartmann W (1967) Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. In: Panse F (Hrsg) Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Vorträge und Diskussionen auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Düsseldorf vom 29.-31. August 1966, 185-193. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1967.

Meyer JE, Simon G, Stille D (1964) Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1960. Vergleichend-statistische Untersuchungen an einer Universitätsnervenklinik und einem Nervenkrankenhaus. Arch Psychiatr Nervenkr 206: 165-179.

Meyer T, Franz M, Gallhofer B (2002) Subgruppen und Prognose besonders schwer zu enthospitalisierender schizophrener Langzeitpatienten: Eine Differenzierung des „harten Kerns“. Teil 2 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Psychiatr Prax 29: 301-305.

Meyerson A (1939) Amer J Psychiat 110: 133.

Mitchell EH (1955) Chlorpromazine in the treatment of acute alcoholism. *Amer J Med Sci* 229: 363-367.

Modestin J (1983) „30 Jahre Neuroleptika – Zeit zur kritischen Auseinandersetzung.“ *Deutsche Med Wochenschr* 108: 1446-1451.

Mönking HS, Nitsche B (1997) Über die soziale Integration von Patienten einer Langzeiteinrichtung. *Psychiat Prax* 24: 32-36.

Moncrieff J (1999) An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry. *History of Psychiatry* 10: 475-490.

Moniz E (1936a) Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. *Revue neurologique* 66: 816.

Moniz E (1936b) Les possibilités de la chirurgie dans le traitement de certaines psychoses. *Revue neurologique* 66: 692.

Moniz E, Lima A (1936) Symptômes du lobe préfrontal. *Revue neurologique* 65: 582-595.

Monsorno A (1997) *Gesellschaft und Geisteskrankheit: vom Versuch der „Deinstitutionalisierung“ der Psychiatrie in Italien.* Centaurius-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler.

Moore RF, Albert RS, Manning MJ, Glasser BA (1962) Explorations in alternatives to hospitalization. *Amer J Psychiat* 119: 560-569.

Mora G (1992) The history of psychiatry in the United States: historiographic and theoretical considerations. *History of Psychiatry* 3: 187-201.

Morgan NC, Johnson NA (1957) Failures in psychiatry: the chronic hospital patient. *Amer J Psychiat* 113: 824-830.

Morris GH (Hrsg) (1970) *The mentally ill and the right to treatment*. Thomas Books, Springfield.

Mowbray CT, Grazier KL, Holter M (2002) Managed behavioral health care in the public sector: Will it become the third shame of the states? *Psychiatry Serv* 53: 157-170.

Moxley DP (1989) *The practice of case management*. Sage Publications, London.

Müller C (1960) Wandlungen in der Führung psychiatrischer Abteilungen. *Schweiz Med Wochenschr* 90: 391-395.

Müller C (1963) Neue Wege in der Organisation des psychiatrischen Spitals. *Schweiz Med Wochenschr* 93: 53-56.

Müller C (1965) A propos l'augmentation des admissions dans les hôpitaux psychiatriques. *Schweiz Med Wochenschr* 95: 1227-1229.

Müller C (1976) Die Entwicklung vom Großspital zur gemeindenahen Psychiatrie. Ein Beispiel. *Nervenarzt* 47: 295-299.

Müller C (1980) Der Psychiater und die Schizophrenie – Gedanken zu einer Umfrage unter Schweizer Psychiatern. *Psychother Psychosom med Psychol* 30: 10-14.

Müller H-W (1961) Geisteskranke müssen auf freie Betten warten. *Ärztliche Mitteilungen* 46: 1015-1016.

Müller H-W, Scheurle G (1961) Statistische Erhebungen über stationär untergebrachte Kranke. II. Mitteilung. *Nervenarzt* 32: 418-423.

Müller HW, Haase H-J, Scheurle G, Bartelt I (1967) Vorläufige vergleichende statistische Untersuchungen zur stationären Behandlungsbedürftigkeit Schizophrener vor und nach Einführung der Neuroleptika (1950/51; 1960/61) im Landschaftsverband Rheinland. In: Heinrich K: Der entlassene Anstaltspatienten in der psychiatrischen Rehabilitation. Sozialpsychiatrisches Symposium am 26. Februar 1966 in Heidelberg. Alma-Mater Verlags-GmbH, Konstanz.

Müller K, Müller P (1982) Sektorisierte Psychiatrie in Israel. *Psychiat Prax* 9: 113-118.

Müller M (1953) Psychotherapie und Somatotherapie der Schizophrenie. *Msschrift Psychiat Neuro* 125: 628-640.

Müller P (1971) Übersichten. Ist die Dauerbehandlung schizophrener Patienten notwendig? *Nervenarzt* 42: 393-396.

Müller P, Gaebel W, Bandelow B, Köpcke W, Linden M, Müller-Spahn F, Pietzcker A, Tegeler J (1998) Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 69: 204-209.

Müller P, Hartmann W (1975) Zur ambulanten Weiterbehandlung und Kurzstrecken-Prognose schizophrener Patienten nach der ersten Hospitalisierung. *Fortschr Neurol Psychiat* 43: 210-220.

Müller P, Schöneich D (1992) Einfluß kombinierter Pharmako- und Psychotherapie in einer Schizophrenie-Ambulanz auf Rehospitalisierungszeiten und Behandlungskosten. *Psychiat Prax* 19: 91-95.

Müller U, Fletcher PC, Steinberg H (2006) The origin of pharmacopsychology: Emil Kraepelin's experiments in Leipzig, Dorpat and Heidelberg (1882-1892). *Psychopharmacology* 184: 131-138.

Munk-Jørgensen P, Mortensen PB (1993) Is schizophrenia really on the decrease? *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 242: 244-247.

Munk-Jørgensen P (1999) Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 249: 136-143.

N:

National Association of Superintendents of Public Residential Facilities for the Mentally Retarded (1974). *Contemporary issues in residential programming*. Washington D.C., President's Committee on Mental Retardation, 1974.

Noack T (2006) Über Kaninchen und Giftschlangen. *Psychiatrie und Öffentlichkeit in der frühen Bundesrepublik Deutschland*. In: Fangerau H, Nolte K (Hrsg) „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, *MedGG-Beihefte* 26, S. 311-340. Franz SteinerVerlag Stuttgart.

Norton A (1961) Mental hospital ins and outs. A survey of patients admitted to a mental hospital in the past 30 years. *BMJ* (i): 528-536.

Nystrup J (1976) A hospital population of schizophrenic patients undergoing change. *Acta Psychiat Scand* 53: 211-226.

O:

Ødegård Ø (1959a) Drug therapy in a mental hospital. In: Bradley RB, Deniker P, Redouco-Thomas (Hrsg.) *Neuropsychopharmacology* 1. Proceedings of the first

international congress of neuro-pharmacology (Rome, September 1958). Elsevier Publishing Company, Amsterdam London New York Princeton, 641-644.

Ødegård Ø (1959b) Vortrag, titellos. In: Rothlin E (Hrsg.) Neuropsychopharmacology, Volume 2. Proceedings of the second meeting of the collegium internationale neuro-psychopharmacologicum (Basel, Juli 1960). Elsevier Publishing Company, Amsterdam London New York Princeton, 210-215.

Ødegård Ø (1964a) Pattern of discharge from Norwegian psychiatric hospitals before and after the introduction of the psychotropic drugs. *Amer J Psychiat* 120: 772-778.

Ødegård Ø (1964b) The fate of psychiatric hospital patients in Norway before and after the introduction of drug therapy. A statistical comparison. In: Bradley PB, Flügel F, Hoch PH (Hrsg.) Neuropsychopharmacology, Volume 3. Proceedings of the third meeting of the collegium internationale neuro-psychopharmacologicum (München, September 1962). Elsevier, Amsterdam London New York, 559-562.

Ødegård Ø (1968) The pattered of discharge and readmission in Norwegian mental hospitals, 1936-1963. *Amer J Psychiat* 125: 333-340.

Oliver C (1992) The antecedents of deinstitutionalization. *Organization Studies* 13: 563-588.

Oltman JE, Friedman S (1965) Trends in admissions to a state hospital, 1942-1964. *Arch Gen Psychiatry* 13: 544-551.

Opielka M (1985) Zur Diskussion gestellt: Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie – „Gegen das Atomkraftwerk im Innern!“ – *Spektrum Psychiat Neurol* 14: 167-172.

Orlansky H (1948) An American death camp. *Politics* 5: 162-167.

Osterheider M, Franken-Hiep K, Horn R (1998) Gesamtkosten der Schizophrenie und monetäre Bewertung einer Rezidivprophylaxe am Beispiel eines Standard-Depot-Neuroleptikums (Flupentixoldecanoat). *Psychiat Prax* 25: 38-43.

Ozarin LD, Levenson AI (1969) The future of the public mental hospital. *Amer J Psychiat* 125: 1647-1652.

P:

Paetz A (1893) Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System, ihre historische Entwicklung und die Art ihrer Ausführung auf Rittergut Alt-Scherbitz. Verlag von Julius Springer, Berlin.

Pajonk F-G, Wobrock T, Falkai P (2005a) Langzeittherapie der Schizophrenie. Teil I: Hintergrund, Behandlungsziele, Pharmakotherapie. *Fortschr Neurol Psychiat* 73: 161-177.

Pajonk F-G, Wobrock T, Falkai P (2005b) Langzeittherapie der Schizophrenie. Teil II: Psychotherapie, Soziotherapie, Versorgungsstrukturen, Suizidalität, Zusammenfassung. *Fortschr Neurol Psychiat* 73: 218-234.

Pándy K (1908) Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie. Georg Reimer, Berlin.

Panse F (1964) Das psychiatrische Krankenhauswesen. Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Parker RR, Dutta A, Barnes R, Fleet T (1993) County of Lancaster Asylum, Rainhill: 100 years ago and now. *History of Psychiatry* 4: 95-105.

Parnell RW, Skottowe I (1959) Length of stay in mental hospitals and some factors influencing it. *BMJ* 1959 (II): 1296-1300.

Pawlicki L (1950) Über den gegenwärtigen Stand des Anstaltswesens in Österreich. *Wien Z Nervenheilkunde* 3: 369-384.

Payk TR (2003) Hermann Simon: Aktiver Therapeut und überzeugter Sozialdarwinist. Kommentar und Schlußwort. *Krankenhauspsychiatrie* 14: 67-72.

Pecher H, Siedow H (1980) Bettenrückgang am Landeskrankenhaus. Ein Erfolg moderner Psychiatrie? *Spektrum Psychiat Neurol* 9: 10-15.

Pedrosa Gil F, Luderer HJ (2000) Die Reform der Psychiatrie in Spanien. *Psychiat Prax* 27: 378-382.

Peffer PA (1953) Money: a rehabilitation incentive for mental patients. *Amer J Psychiat* 110: 84-92.

Peters UH (1975) Langzeittherapie der Schizophrenie. *Med Welt* 26: 1234-1236.

Peters UH (1991) The German classical concept of schizophrenia. 59-73. In: Howells JG: *The concepts of schizophrenia: historical perspectives*. American Psychiatric Press, Inc, Washington, DC London.

Peters UH (1999) Ein Jahrhundert der deutschen Psychiatrie (1899-1999). *Fortschr Neurol Psychiat* 67: 540-557.

Peters UH (2000) Welche deutsche psychiatrische Institution besitzt den ältesten Neubau? Anmerkungen zum Titelbild und -text von *Nervenarzt* 1999, Heft 70. *Nervenarzt* 71: 423-425.

Peterson DB, Olson GW (1964) First admitted schizophrenic in drug era. Follow-up Anoka schizophrenic cohort, 1956-1958. Arch Gen Psychiatry 11: 137-144.

Petrowitsch N (1960a) Entwicklungstendenzen in der deutschen Psychiatrie (I). Med Welt 11: 2648-2652.

Petrowitsch N (1960b) Entwicklungstendenzen in der deutschen Psychiatrie (II). Med Welt 11: 2710-2715.

Pfeifer W (1992) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung. Spektrum Psychiat Neurol 21: 138-153.

Pichot P (1960) Vergleich der verschiedenen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie (E-Schock, Insulin-Schock, Behandlung mit verschiedenen Neuroleptika allein). Wien Med Wschr 110: 734-737.

Pichot P (1975) Methodik der Effizienzprüfung in der Psychopharmakologie. Arch Psychiat Nervenkr 220: 281-288.

Pichot P (1976) Criticism of psychiatry. Psychiatria clin 9: 133-147.

Pichot P (1996) The discovery of chlorpromazine and the place of psychopharmacology in the history of psychiatry. In: Healy D (Hrsg.) The Psychopharmacologists. Chapman and Hall, New York, 1-27.

Pörksen T (1991) Politische Planungs- und Umsetzungsprozesse. In: Gromann-Richter P (Hrsg.) (1991) Was heißt hier Auflösung? Die Schließung der Klinik Blankenburg. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 100-106.

Pointner M (1954) Die Arbeitstherapie im Anstaltsleben. Wien Z Nervenheilkunde 9: 39-42.

Poloshij B, Saposhnikova I (2001) Psychiatric reform in Russia. *Acta Psychiatr Scand* 104 (Suppl. 410): S56-S62.

Poppe W, Waldow N, Ende W (1974) Psychiatrie und Gesellschaft – dargestellt an der Entwicklung der Nervenlinik Hochweitzschen. *Psychiat Neurol med Psychol* 26: 439-444.

Porter R (1991) History of psychiatry in Britain. *History of Psychiatry* 2: 271-279.

Pramann K (1985) Die 'Blaue Karawane' bleibt nicht ohne Folgen. *DGSP-Rundbrief* 30: 14-18.

Preißler HP (1981) Klinische Schizophreniebehandlung heute. *Med Welt* 32: 1793-1798.

Priebe S (1989) Über die Subjektivität der psychiatrischen Diagnose. *Psychiat Prax* 16: 86-89.

Priebe S (2001) Editorial: Haben Enthospitalisierungsstudien ihren Zweck erfüllt? *Psychiat Prax* 28: 207-208.

Priebe S (2003) Zukunft psychiatrischer Versorgung – Träume und Alpträume. *Psychiat Prax* 30, Supplement 1: S48-S53.

Priebe S, Badesconyi Alli, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T, Wiersma D (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330: 123-126.

Priebe S, Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W (1996) Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten. Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiat Prax* 23: 15-20.

Priebe S, Schmiedebach H-P (1997) Soziale Psychiatrie und Sozialpsychiatrie – Zum historischen Gebrauch der Begriffe. *Psychiat prax* 24: 3-9.

Priebe S, Turner T (2003) Reinstitutionalisation in mental health care. This largely unnoticed process requires debate and evaluation. *BMJ* 326: 175-176.

Prior L (1991) Community versus hospital care: the crisis in psychiatric provision. *Soc Sci Med* 32: 483-489.

Prior L (1993) *The social organization of mental illness*. Sage Publications, London Newbury Park New Delhi.

Putten TV (1974) Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry* 31: 67-72.

Puzynski S, Moskalewicz J (2001) Evolution of the mental health care system in Poland. *Acta Psychiatr Scand* 104 (Suppl. 410): S69-S73.

R:

Rabenstein E (2001) Schritte zur Gleichstellung psychisch Kranker. In: *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg) 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2001, 287-290.

Raab G (1995) „Der wagemutige Schritt hat sich gelohnt...“ Ehemalige 'Blankenburger' berichten. *Soziale Psychiatrie* 19 (1/95): 13-16.

Rathod NH (1958) Tranquillisers and patients' environment. *Lancet* 1958 (i): 611-613.

Ratschow M (1953) Der Heilschlaf mit Phenothiazin-Derivaten (Atosil und Megaphen). Med Welt 4: 1351-1354.

Reade C (1863) Hard cash: a matter-of-fact romance. Ward, Lock & Tyler Paternoster Row, London.

Redaktion „Deutsche medizinische Wochenschrift“ (1980) Medigramm: Kostendämpfung. Deutsche Med Wochenschr 105: 6.

Redaktion „Sozialpsychiatrische Informationen“ (1972). Loccumer Resolution. Sozialpsychiat Informat 2 (Nr. 10/11): 187-188.

Redaktion „Sozialpsychiatrische Informationen“ (1972b). Aktion psychisch Kranke. Sozialpsychiat Informat 2 (Nr. 10/11): 189-192.

Redaktion „Sozialpsychiatrische Informationen“ (1972). Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in der BRD e.V. Zweck und Ziel der Gesellschaft. Satzung. Sozialpsychiat Informat 2 (Nr. 10/11): 193-203.

Redaktion „Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (1976) Jeder dritte ist ein Chinese. Fehlerhafte Zusammenfassung der Psychiatrie-Enquete. Spektrum Psychiat Neurol 5: 106-108.

Redaktion „Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (1988) Umfrage zur Psychiatrie in Deutschland. Spektrum Psychiat Neurol 17: 52-55.

Reimer F (1970) Die sog. Anstaltspsychiatrie: Probleme und Entwicklungstendenzen. Fortschr Med 88: 1225-1228.

Reimer F (1974) Das open-door-System und seine Stellung in der klinischen Behandlung psychisch Kranker. Nervenarzt 45: 318-322.

Reimer F (1977) Die Psychiatrie-Reform am psychiatrischen Krankenhaus. Einige ergänzende Bemerkungen zu C. Müller: Die Entwicklung vom Großspital zur gemeindenahen Psychiatrie. *Nervenarzt* 48: 306-309.

Reimer F (1978) Die Öffnung der Türen im psychiatrischen Krankenhaus und die Suicidgefahr. *Nervenarzt* 49: 678-679.

Reimer F (1981) Die Aufgaben des Psychologen in einem Psychiatrischen Krankenhaus. *Spektrum Psychiat Neurol* 10: 88-92.

Reimer F (1985) Psychiatriereform am Psychiatrischen Landeskrankenhaus: Erfolge und Hindernisse in den letzten 7 Jahren. *Nervenarzt*: 56: 161-165.

Retterstøl N (1980) Das psychiatrische Krankenhaus in Umwandlung. Umstrukturierungsversuche mit besonderer Berücksichtigung sozialpsychiatrischer und psychotherapeutischer Maßnahmen. *Psychiatria clin* 13: 217-233.

Richter WH (1954) Zur Behandlung des Tetanus. *Med Welt* 5: 1618-1620.

Ridgway EP (1952) Who is responsible for patient activities? *Mental Hospitals* 3 (Ausgabe 10): 4-5.

Riedel-Heller SG, Angermeyer MC (2000) Die räumliche Verteilung psychisch Kranker in Großstädten. Ein Resümee aus sechs Jahrzehnten ökologischer Forschung in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 27: 214-220.

Rigler O, Brigl H (1962) Anstaltspsychiatrie gestern und heute. 60 Jahre Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling. *Wien Klin Wochenschr* 74: 876-882.

Robertson MJ, Greenblatt M (Hrsg) (1992) Homelessness. A national perspective. Plenum press, New York, 1992.

Robin AA (1963) The effect of tranquillizers on some aspects of the treatment of long stay patients. *Amer J Psychiat* 119: 1076-1081.

Rodegra H (1981) Philippe Pinels Ideen von der Befreiung der Irren und ihre Verwirklichung im norddeutschen Raum zu Beginn des 19. Jahrhunderts. *Med Welt* 32: 199-201.

Roemer H, Kolb G, Faltlhauser (Hrsg.) (1927) Offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Verlag von Julius Springer, Berlin.

Rösner K (1956) Über einige Indikationen moderner Phenothiazinderivate auf dem Gebiete der inneren Medizin. *Med Welt* 7: 1750-1752.

Rössler W (1992) Wilhelm Griesinger und die gemeindenahere Versorgung. *Nervenarzt* 63: 257-261.

Rössler W, Salize HJ, Biechele U, Riecher-Rössler A (1994a) Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Ein europäischer Vergleich. *Nervenarzt* 65: 427-437.

Rössler W, Riecher A, Häfner H (1989) Psychisch Kranke in Allgemeinpraxen und Nervenarztpraxen. Arztzahlen, Zahl und Art der Patienten, Entwicklungstrends. *Münch med Wochenschr* 131: 41-44.

Rössler W, Salize HJ, Häfner H (1993a) Gemeindepsychiatrie. Grundlagen und Leitlinien. Planungsstudie Luxemburg. Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck Wien.

Rössler W, Riecher-Rössler A, Meise U (1994b) Wilhelm Griesinger and the concept of community care in 19th-century Germany. *Hosp Comm Psychiat* 45: 818-822.

Rössler W, Salize HJ, Biechele U (1994c) Psychisch kranke Wohnsitzlose – Die vergessene Minderheit. *Psychiat Prax* 21: 173-178.

Rössler W, Salize HJ, Biechele U, Trunk V (1996a) Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden. Band 77, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit.

Rössler W, Salize HJ, Bauer M (1996b) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern – Stand der Entwicklung in Deutschland. *Psychiat Prax* 23: 4-9.

Roller CFW (1831) Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen. Verlag der Chr. Fr. Müller'schen Hofbuchhandlung, Karlsruhe.

Roller CFW (1874) Psychiatrische Zeitfragen aus dem Gebiet der Irrenfürsorge in und ausser den Anstalten und ihren Beziehungen zum staatlichen und gesellschaftlichen Leben. Georg Reimer, Berlin.

Rothman DJ (1980) Conscience and convenience. The asylums and its alternatives in progressive America. Scott, Foresman and Company, Boston London.

Rudas S (1983) Psychiatriereform in Wien. Kuratorium für psychosoziale Dienste. *Sozialpsychiat Informat* 13 (Nr. 76: 3/83): 31-37.

Rudas S (1990) Evaluation sich verändernder psychiatrischer Versorgungssysteme – Beiträge zur Versorgungsforschung am Beispiel Wiens. *Psychiat Prax* 17: 206-215.

Rudloff W (2003) Sozialstaat, Randgruppen und bundesrepublikanische Gesellschaft. Umbrüche und Entwicklungen in den sechziger und frühen siebziger Jahren. In: Kersting F-W (Hrsg) *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform*. Band 46: Westfälisches Institut

für Regionalgeschichte Landschaftsverband Westfalen-Lippe Münster. Forschungen zur Regionalgeschichte. Ferdinand Schöningh, Paderborn München Wien Zürich, 181-219.

Ruffin WC, Coggins DR, Dowis JL (1965) Milieu and the schizophrenic patient. Arch Gen Psychiatry 12: 516-519.

Ruser HR (1982) Zu den Wurzeln des Dispensaire. Dt Gesdh Wes 37: 1509-1510.

S:

Saameli W, Kopp W (1990) Dezentralisierte Psychiatrie. Auswertung der ersten fünf Jahre eines Psychiatrischen Dienstes auf der Basis eines Allgemeinspitals. Psychiat Prax 17: 191-199.

Salize HJ, Rössler W (1999) Steigen die Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie überproportional? Nervenarzt 70: 817-822.

Sammet K (2000) „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868. Lit Verlag, Münster Hamburg London.

Sandner P (2006) Auf der Suche nach dem Zukunftsprojekt. Die NS-Leitwissenschaft Psychiatrie und ihre Legitimationskrise. In: Fangerau H, Nolte K (Hrsg) „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik, MedGG-Beihefte 26, S. 117-142. Franz SteinerVerlag Stuttgart.

Savino MT, Brody SA (1966) Discharge and death rates in California State Hospitals: 1852-1954. Arch Gen Psychiatry: 475-484.

Schädle J (1991) Psychiatrie in der Ex-DDR. Eine Kurzfassung des Expertenberichts. Soziale Psychiatrie 54: 4-10.

Schalast N (1993) Rückstände aufgeholt? Maßregelvollzug: Stiefkind der Psychiatriereform. Soziale Psychiatrie 61: 9-13.

Schaub R (2004) Veränderungen von Versorgungsstrukturen an einem psychiatrischen Krankenhaus. Psychiat Prax 31, Supplement 2: S256-S262.

Scheid W, Huhn A (1964) Neuere Wege in der medikamentösen Behandlung des Alkoholdelirs. Fortschr Neurol Psychiat 32: 490-494.

Scherk H, Falkai P (2004) Veränderungen der Hirnstruktur durch neuroleptische Medikation. Nervenarzt 75: 1112-1117.

Schindler R (1958) Ergebnisse und Erfolge der Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen nach den Methoden der Wiener Klinik. Wien Z Nervenheilkunde 15: 250-261.

Schindler R (1964) Aufbau und erste Erfahrungen mit der Nachbetreuung von Psychosen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst in Wien. Wien Z Nervenheilkunde 21: 70-78.

Schindler R (1976) Rezidivverhütung im Zeitalter von Depotneuroleptika und sozialer Psychiatrie. Nervenarzt 47: 347-350.

Schindler R (1980) Die Veränderung psychotischer Langzeitverläufe nach Psychotherapie. Psychiatria clin 13: 206-216.

Schipkowensky N (1960) Die Behandlung der Schizophrenie und der Zyklophrenie mit Heilkrampf, Insulinschock und Chlorpromazin. Wien Med Wschr 110: 745-747.

Schipkowensky N (1974) Die Antipsychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart. Fortschr Neurol Psychiat 42: 291-311.

Schirmer S (1992) Anmerkungen zur DDR-Psychiatrie. Ein Beitrag zur jüngsten Psychiatriegeschichte. Krankenhauspsychiatrie 3: 188-189.

Schirmer S, Müller K, Späte HF (1974) Neun Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft (zugleich Diskussionsgrundlage für die am 2./3. Mai 1974 in der Bezirksnervenklinik Brandenburg stattfindenden Tagung zu diesem Thema). Psychiat Neurol med Psychol 26: 50-54.

Schirmer S, Müller K, Späte HF (1976) Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft. Psychiat Neurol med Psychol 28: 21-25.

Schleyer F (1984) Wort-Anglizismen in der deutschen medizinischen Fachsprache. Med Welt 35: 1288-1290.

Schmidt P-O (1982) Asylisierung oder psychiatrische Familienpflege? Die Vorträge auf der Sektion Psychiatrie der Gesamten Deutschen Naturforscher und Ärzte bis 1885. Matthiesen, Husum.

Schmidt P-O (1983) Asylisierung oder psychiatrische Familienpflege? Die Diskussionen in den Irrenärzteverbänden um die psychiatrische Versorgungsstruktur im 19. Jahrhundert. Psychiat Prax 10: 56-59.

Schmidt R (1957) Die Behandlung der Schizophrenie im Verlauf der letzten 30 Jahre. Inaugural-Dissertation Göttingen.

Schmidt-Michel P-O, Wunder M (2004) Editorial. Psychiatrie in Osteuropa – wer veranlaßt eine „Enquête“? Krankenhauspsychiatrie 15:1-2.

Schmidt-Michel P-O, Wunder M, Miller W, Gebhardt R-P (2003) Psychiatrie in Rumänien – ein langer Weg nach Europa. *Krankenhauspsychiatrie* 14: 138-142.

Schmiedebach H-P (1996) Eine „antipsychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Dinges M (Hrsg.) (1996) *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-ca. 1933)*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 127-159.

Schmiedebach H-P, Beddies T, Schulz J, Priebe S (2000) Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie-Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich. *Psychiat Prax* 27: 138-143.

Schmiedebach H-P, Beddies T, Schulz J, Priebe S (2002) Wohnen und Arbeit als Kriterien einer „sozialen Integration“ psychisch Kranker – Entwicklungen in Deutschland von 1900 bis 2000. *Psychiat Prax* 29: 285-294.

Schmiedebach H-P, Priebe S (2004) Social psychiatry in Germany in the twentieth century: ideas and models. *Medical History* 48: 449-472.

Schmuhl H-W (1992) Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung 'lebensunwerten Lebens', 1890-1945, 2. Auflage. *Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Band 75*. Vandenhoech & Ruprecht, Göttingen.

Schmuhl H-W (2000) Hirnforschung und Krankenmord. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung 1937-1945. Vorabdruck aus dem Forschungsprogramm „Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus“, Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte, Berlin.

Schönecker M (1957) Beitrag zu der Mitteilung von *Kulenkampff* und *Tarnow*. Ein eigentümliches Syndrom im oralen Bereich bei Megaphenapplikation. *Nervenarzt* 28: 35.

Schulte W (1961a). Somato- und Psychotherapie im Rahmen der Anstaltspsychiatrie. Deutsche Med Wochenschr 86: 973-980

Schulte W (1961b) Antwort an Leserfrage zu „Verweildauer in psychiatrischen Krankenhäusern“. Deutsche Med Wochenschr 86: 1833.

Schulte W (1963) Psychiatrische Universitätsklinik und Psychiatrisches Landeskrankenhaus. Deutsche Med Wochenschr 89: 2065-2071.

Schulz HE (1962) Über psychiatrische Außenfürsorge. Nervenarzt 33: 494-501.

Schwartz RS (2004) Paul Ehrlich's magic bullets. New Engl J Med 350: 1079-1080.

Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie (1952-1970) Bericht über die psychiatrische Versorgung Fürsorge in der Schweiz. Variable Seitenzahlen.

Scull A (1977) Decarceration. Community treatment and the deviant: a radical view. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Scull A (1989) Social order/mental disorder. Anglo-American psychiatry in historical perspective. University of California press, Berkely Los Angeles.

Scull A (1991a) Psychiatry and its historians. History of Psychiatry 2: 239-250.

Scull A (1991b) Psychiatry and social control in the nineteenth and twentieth centuries. History of Psychiatry 2: 149-169.

Scull A (1994) Somatic treatments and the historiography of psychiatry. History of Psychiatry 5: 1-12.

Scull A (1995a) Psychiatrists and historical 'facts'. Part One: the historiography of somatic treatments. *History of Psychiatry* 6: 225-241.

Scull A (1995b) Psychiatrists and historical 'facts'. Part two: Re-writing the history of asylumdom. *History of Psychiatry* 6: 387-394.

Sealy P, Whitehead PC (2004) Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Can J psychiatry* 49: 249-257.

Sedler MJ (1991) Concepts of schizophrenia: 1600-1860. In: Howells JG (Hrsg.) (1991) *The concept of schizophrenia: historical perspectives*, 47-57. American Psychiatric Press, Inc, Washington, DC London.

Segerath F (1954) Über Erfahrungen mit der Megaphenbehandlung in der Psychiatrie. *Münch med Wochenschr* 96: 260-261.

Seyffert HM (1955) Megaphen zur Behandlung der Trigemini neuralgie. *Med Welt* 6: 226-227

Shepherd M (1957) An English view of American psychiatry. *Amer J psychiat* 114: 417-420.

Shepherd M (1961) The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs. In: Rothlin E (Hrsg.) *Neuropsychopharmacology, Volume 2. Proceedings of the second meeting of the collegium internationale neuropsychopharmacologicum (Basel, Juli 1960)*. Elsevier Publishing Company, Amsterdam London New York Princeton, 183-188.

Shepherd M (1994) Neuroleptics and the psychopharmacological revolution: myth and reality. *History of Psychiatry* 5: 89-96.

Shepherd M, Goodman N, Watt DC (1961) The application of hospital statistics in the evaluation of pharmacotherapy in a psychiatric population. *Compr Psychiat* 2: 11-19.

Shorter E (1997) A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac. John Wiley & Sons, Inc. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, Weinheim.

Siedow H (1976) Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. H. Siedow, Vorsitzender des Ständigen Ausschusses für Krankenhausfragen (StAK). *Spektrum Psychiat Neurol* 5: 35-40.

Siegenthaler W (1955) Largactil-Symposion in der psychiatrischen Universitätsklinik Basel am 28. November 1953. *Schweiz Med Wochenschr* 85: 116.

Siemen H-L (1986a) „Menschen blieben auf der Strecke...“ Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus. (Widersprüche der Psychiatrie dargestellt an ihrer Entwicklung in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus). Dissertation Hamburg, Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh.

Siemen H-L (1986b) Die Reformpsychiatrie der Weimarer Republik – ein historisches Lehrstück? *Sozialpsychiat Informat* 16 (1/86): 70-80.

Siepmann M, Kirch W (2001) Psychopharmakotherapie im 20. Jahrhundert. *Wien Med Wschr* 151: 397-402.

Simkó A, Kardos G (1961) Kritik der Ataraxie und Neuroleptie. *Med Welt* 12: 231-236.

Simon G (1965) Klinisch-statistische Analyse der somatischen Behandlungsmethoden und der Behandlungserfolge bei endogenen Psychosen: Ein Vergleich der Jahre 1930, 1950 und 1960 in einem Nervenkrankenhaus. Dissertation, München.

Simon H (1929) *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*. Walter de Gruyter & Co, Berlin Leipzig.

Simon MD (2000) Wir melden uns zu Wort. Die Angehörigen von psychisch kranken Menschen beziehen Position. *Psychiat Prax* 27: 209-213.

Simon W, Wirt AL, Wirt RD, Halloran AV (1965) Long-term follow-up study of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiat* 12: 510-515.

Škoda C (1968) Statistische Untersuchungen zum Problem des Open-Door-Systems. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiat* 102: 223-234.

Škoda C, Nestlingerová E, Nestarcová K (1970) Retention rates of schizophrenia: a comparison of shock therapy and psychopharmacological eras and of closed and open door policies. *Soc Psychiat* 5: 172-174.

Slovenko R (2003) The transinstitutionalization of the mentally ill. *Ohio North Univ Law Rev* 29: 641-660.

Smith TC, Bower WH, Wignall CM (1965) Influence of policy and drugs on Colorado State Hospital population. *Arch Gen Psychiatry* 12: 352-362.

Social Exclusion Unit (2004) *Mental health and social exclusion*, London.

Solms-Rödelheim W (1966) Brauchen wir eine Detentionsanstalt? *Wien Z Nervenheilkunde* 23: 249-255.

Soyka D (1967) Über die Anwendung von Phenothiazinen in der Neurologie. *Med Welt* 18: 553-556.

Späte HF, Schirmer S, Müller K (1973) Auf dem Wege zur therapeutischen Gemeinschaft. Psychiat Neurol med Psychol 25: 591-598.

Spamer C (1878) Ist allen psychisch Kranken der dauernde Anstaltsaufenthalt (bis zur vollendeten Genesung) vorteilhaft? Arch Psychiat Nervenkr 8: 454-459.

Spengler C, Keller T, Kruckenberg P (1987) Erfahrungen und Materialien zur inneren Sektorsierung psychiatrischer Großkrankenhäuser. Psychiat Prax 14: 60-69.

Spengler A (2003) Psychiatrische Institutsambulanzen. Ein Überblick. Nervenarzt 74: 476-480.

Sperling E (1960) Zur Frage einer „gezielten“ medikamentösen Therapie von Psychosen. Nervenarzt 31: 97-101.

Spießl H, Schmid R, Vukovich A, Cording C (2004) Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. Nervenarzt 75: 475-482.

Springer A (1991) Historiography and history of psychiatry in Austria. History of Psychiatry 2: 251-261.

Staatliche Zentralverwaltung für Statistik (1955-1967) Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik. VEB Deutscher Zentralverlag, Berlin.

Stahelin JE, Kielholz P (1953) Largactil, ein neues vegetatives Dämpfungsmittel bei psychischen Störungen. Schweiz Med Wochenschr 83: 581-586.

Stahl K (1995) Enthospitalisierung und Wirtschaftlichkeit: „Sozialbudget“ als Steuerungsinstrument. Sozialpsychiat Informat 28 (2/95): 14-17.

Statistisches Bundesamt (1954-1988) Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (1989-2002) Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Metzler-Poeschel Verlag, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2003-2006) Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. SFG, Reutlingen.

Stauder KH (1951) Über Fortschritte der Pharmakotherapie in Neurologie und Psychiatrie. Fortschr Neurol Psychiat 19: 101-139.

Steinböck H (1997) Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker („Pflegefälle“) – Vorläufige Resultate aus dem Bezirkskrankenhaus Haar. Krankenhauspsychiatrie 8: 47-50.

Steinhart I (1997) Die ganz normale Psychiatrie. Innovative Praxis bei der Auflösung von Großheimen. Sozialpsychiat Informat 21 (1/1997): 10-13.

Stich J (2001) Enthospitalisierung älterer psychisch kranker Menschen am Beispiel einer ehemaligen Langzeitstation des Bezirkskrankenhauses Bayreuth 1989-1993. Krankenhauspsychiatrie 12 (Sonderheft 2): S107-S109.

Stiles PG, Culhanes DP, Hadley TR (1996) Old and new: a comparison of state psychiatric hospitals. Hosp Comm Psychiat 47: 866-868.

Stille D (1964) Klinisch-statistische Analyse der somatischen Behandlungsmethoden und der Behandlungserfolge bei endogenen Psychosen. Dissertation, München.

Stockhausen FG (1968) Klinische Erfahrungen mit Thiothixene. Zugleich ein Beitrag zur Problematik der Prüfung psychotroper Substanzen. Med Welt 19: 151-155.

Stoll WA (1959) Die Pharmakotherapie und das psychiatrische Krankenhaus. Bull Schweiz Akad Med Wissensch 15: 278-285.

Stransky E (1953) Von der Dementia praecox zur Schizophrenie. Schweiz Arch Neurol Psychiat 72: 319-330.

Straßmeier W, Lindmeier B, Albrecht K (2001) Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus den Bezirkskrankenhäusern Bayerns. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Druckhaus Deutsch, München.

Stratas NE (1962) Fluphenazine in chronic refractory schizophrenics. Amer J Psychiat 119: 72.

Strauss A, Sabshin M (1961) Large state mental hospitals. Arch Gen Psychiat 5: 565-577.

Strobl K (1966) Rechtliche Probleme um das psychiatrische Krankenhaus. Wien Z Nervenheilkunde 23: 220-225.

Stutte H (1955) Beitrag zur Geschichte der Irrenfürsorge im ausgehenden Mittelalter. Med Welt 6: 1000-1002.

Süllwold L (1995) Schizophrenie, 3. Auflage. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln.

Süß S (1998) Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR. Ch. Links Verlag, Berlin.

Sullivan G, Burnam A, Koegel P (2000) Pathways to homelessness among the mentally ill. Soc Psychiatr Psychiatry Epidemiol 35: 444-450.

Sussman S (1998) The first asylums in Canada: a response to neglectful community care and current trends. *Can J Psychiat* 43: 260-264.

Swazey JP (1974) Chlorpromazine in psychiatry. A study of therapeutic innovation. The MIT Press, Cambridge (MA) London.

Szasz T (1975) Geisteskrankheit – ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Kindler Verlag GmbH, München.

T:

Talbott JA (1979) Editorial. Care of the chronically mentally ill – still a national disgrace. *Amer J Psychiat* 136: 688-689.

Talbott JA (2000) 1950: The beginning of a new era in mental health. *Psychiatr Serv* 51: 7.

Talbott JA (2004a) Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. *Psychiatr Serv* 55: 1112-1115.

Talbott JA (2004b) Lessons learned about the chronic mentally ill since 1955. *Psychiatr Serv* 55: 1152-1159.

Tallman FF (1959) The state mental hospital in transition. *Amer J Psychiat* 116: 818-824.

Tegeler J (1993) Entwicklung der Psychiatrischen Krankenhäuser seit der Psychiatrie-Reform. *Münch med Wochenschr* 135: 671-674.

Thiele W (1972) 20 Jahre Pharmakotherapie. *Med Welt* 23: 1179-1181.

Thom A (1994) Die Nachkriegslage der Psychiatrie in Sachsen 1945-1948. Sozialpsychiat Informat 24 (1/94): 8-12.

Thom A (1974) Auf dem Wege zu einer Psychiatrie der sozialistischen Gesellschaft. Psychiat Neurol med Psychol 26: 578-587.

Thornicraft G, Bebbington P (1989) Deinstitutionalization – from hospital closure to service development. Brit J Psychiat 155: 739-753.

Tillim SJ (1958) Correspondence. Premature discharges from public mental hospitals. Amer J Psychiat 115: 259.

Tooth GC, Brooke EM (1961) Trends in the mental hospital population and their effect on future planning. Lancet 1961 (i): 710-713.

Tourney G, Senf R, Dunham HW, Glen RS, Gottlieb JS (1959) The effect of resocialization techniques on chronic schizophrenic patients. Amer J Psychiat 116: 993-1000.

Treadway CR (1975) Deinstitutionalization in the mental health program of Tennessee. J Tenn Med Assoc 68: 123-124.

Trenckmann U (1985a) Die andere deutsche Psychiatrie. Zur Struktur der psychiatrischen Versorgung in der DDR. Sozialpsychiat Informat 15: 5-25.

Trenckmann U (1985b) Kommunale Psychiatrie – 10 Jahre Enquete, wie weiter? DGSP-Rundbrief 31: 9-10.

Trenckmann U (1986) Die andere deutsche Psychiatrie. Die Krise der Psychiatriereform in der DDR. Spektrum Psychiat Neurol 15: 192-202.

Trethowan WH, Scott PAL (1955) Chlorpromazine in obsessive-compulsive and allied disorders. *Lancet* 1955 (i): 781-785.

Trotter S, Kuttner B (1974) *The mentally ill: from back wards to back alleys*. Washington Post: February 24th, 1974,

Tyhurst JS (1958) Rehabilitation services in the community. *Mental Hospitals* 9 (Ausgabe 5): 42-44.

Tyhurst JJ (1959) Discussion. The state mental hospital in transition. *Am J Psychiat* 116: 824.

U:

Uchtenhagen A (1973) Probleme der Rehabilitation bei chronischen schizophrenen Psychosen. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 112: 95-102.

Uhle M, Weise K (1988) Zu einigen Entwicklungsfragen psychiatrischer Betreuungsorganisation in der DDR – 25 Jahre nach Rodewisch. *Psychiat Neurol med Psychol* 40: 697-703.

Uhle M (1990) Zu ausgewählten Entwicklungsfragen institutioneller Betreuung chronisch psychisch Kranker in der DDR. *Psychiat Neurol med Psychol* 42: 406-411-

Uhlmann F (1914) Zur Frage der vorzeitigen Entlassung von Geisteskranken aus der Anstalt. *Psychiat-neurol Wochenschr* 16: 55-59, 65-69, 77-82.

V:

Vanja C (2006) Hospitals in Hesse in the view of enlightened travellers. *Med Ges Gesch* 26: 23-42.

Vázquez-Barquero JL, García J (1999) Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 249: 128-135.

Veith I, von Witzleben HD (1956) Ein kurzer Einblick in die Geschichte der Psychiatrie. *Med Welt* 7: 51-55.

Veltin A (2000) Narren, Jecken, Irre. Zur Geschichte des widersprüchlichen Verhältnisses der Gesellschaft zu den psychisch Kranken. *Psychiat Prax* 27: 361-364.

Viefhues H (1961) Gruppentherapeutische Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Die geschützte Arbeitsstätte für psychisch Kranke und der Patientenklub. *Nervenarzt* 32: 211-217.

Viererbe W, Bach O (1999) Lebensqualität chronischer Schizophrener in unterschiedlichen Betreuungsformen – Ergebnisse einer regionalen Untersuchung in Neuruppin/Brandenburg. *Sozialpsychiat Informat* 29 (4/99): 24-29.

Vinař O (1965) Bedeutung der Psychopharmaka in der Psychiatrie. *Psychiat Neurol med Psychol* 17: 411-418.

W:

Wachsmuth R (1955) Phenothiazinderivate (Megaphen) in der Psychiatrie. *Med Welt* 6: 328-329.

Waldmann K-D (1998) Die Realisierung der Rodewischer Thesen zu DDR-Zeiten – Versuch einer Analyse aus heutiger Sicht. *Psychiat Prax* 25: 200-203.

Waldmann K-D, Greger J, Degenhardt T, Biersack G, Schock G (1974) Depot-Neuroleptika in der Dispensairebetreuung schizophrener Psychosen. Dt Gesdh Wes 29: 2158-2160.

Wancata J, Benda N, Meise U, Windhaber J (1999) Sind die Aufenthaltsdauern von psychisch Kranken an internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen länger? Nervenarzt 70: 810-816.

Wasylenki DA, Goering PN, Lemire D, Lindsey S, Lancee W (1993) The hostel outreach program: assertive case management for homeless mentally ill persons. Hosp Comm Psychiat 44: 848-853.

Watt DC, Buglass D (1966) The effect of clinical and social factors on the discharge of chronic psychiatric patients. Soc Psychiat 1: 57-63.

Weber E (1954) Ein Rauwolfiaalkaloid in der Psychiatrie: seine Wirkungsähnlichkeit mit Chlorpromazin. Schweiz Med Wochenschr 84: 968-970.

Weigand H (1988) Die „Unheilbaren“ haben ein Recht auf Heimat. Forderungen aus der Arbeit mit chronisch kranken Menschen. DGSP-Rundbrief 42: 13-15.

Weil PL (1956) Freiheit im psychiatrischen Krankenhaus. Fortschr Psychiat Neurol 24: 568-577.

Weiner DB (1994) „Le geste de Pinel“: The history of a psychiatric myth. In: Micale MS, Porter R (Hrsg.): Discovering the history of psychiatry. Oxford University Press, New York Oxford, S. 232-247.

Weise K (1979) Theorie und Praxis – Universitätsklinik und Fachkrankenhaus in der Psychiatrie. Psychiat Neurol med Psychol 31: 716-722.

Weise K (1990) Bewahrenswertes in der Psychiatrie der DDR. Sozialpsychiat Informat 20: 3-6 (3/90).

Weise K (1991) Die Situation psychisch Kranker und seelisch Behinderter in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik. Spektrum Psychiat Neurol 20: 98-107.

Wendenburg F (1927) Die kommunale Fürsorgestelle für Geisteskranke usw. In: Roemer, Kolb, Faltlhauser (Hrsg.): Offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Verlag von Julius Springer, Berlin, S. 72-80.

Werner W (Hrsg.) (1998) Auflösung ist machbar. Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Werner W (2000) Wo sind die Grenzen? Von der Institution zur Auflösung der Anstalt. Das Beispiel Saarland. Psychiat Prax 27, Supplement 2: S49-S52.

Whitaker R (2004) The case against antipsychotic drugs: a 50-year record of doing more harm than good. Medical Hypotheses 62: 5-13.

Whitehorn JC, Betz BJ (1957) A comparison of psychotherapeutic relationships between physicians and schizophrenic patients when insulin is compared with psychotherapy and when psychotherapy is used alone. Amer J Psychiat 113: 901-910.

Whitehorn JC, Betz BJ (1960) Further studies of the doctor as a crucial variable in the outcome of treatment with schizophrenic patients. Amer J Psychiat 117: 215-223.

WHO (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organization, Genf.

Wildermuth H (1952) Die Psychotherapie in der Anstalt. Deutsche Med Wochenschr 77: 1446-1450.

Wing JK (1963) Rehabilitation of psychiatric patients. *Brit J Psychiat* 109: 635-641.

Wing JK (1968) Soziale Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. *Z Psychother Med Psychol* 18: 140-148.

Wing JK, Brown GW (1961) Social treatment of chronic schizophrenia: a comparative survey of three mental hospitals. *J Ment Sci* 107: 847-861.

Wing JK, Brown GW (1970) Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960-1968. University Press.

Wing JK, Freudenberg RK (1961) The response of severely ill chronic schizophrenic patients to social stimulation. *Amer J psychiat* 118: 311-322.

Wing JK, Giddens RGT (1959) Industrial rehabilitation of male chronic schizophrenic patients. *Lancet* (ii) 1959: 505-507.

Winkelman Jr. NW (1954) Chlorpromazine in the treatment of neuropsychiatric disorders. *JAMA* 155: 18-21.

Winkelman Jr. NW (1964) A clinical and socio-cultural study of 200 psychiatric patients started on chlorpromazine 10 ½ years ago. *Amer J Psychiat* 120: 861-869.

Winkler WT (1969) Hierarchie und Demokratie im psychiatrischen Krankenhaus. *Z Psychother Med Psychol* 19: 114-126.

Winter CA (1948) The potentiating effect of antihistaminic drugs upon the sedative action of barbiturates. *J Pharm Exp Ther* 94: 7-11.

Witkin MJ, Atay J, Manderscheid RW (1996) Trends in state and county mental hospitals in the US from 1970 to 1992. *Psychiatr Serv* 47: 1079-1081.

Wolf G, Huhn A (1959) Beitrag zum Problem der luischen Polyneuritis. *Fortschr Neurol Psychiat* 27: 666-674.

Wolfersdorf M, Moos M, Stich J, Rossow D (2001) Enthospitalisierung – Ergebnisse und Probleme: Zusammenfassung der Workshop-Diskussion. *Krankenhauspsychiatrie* 12, Sonderheft 2: S1-S2.

Wolfersdorf M, Ropers G, Spancken E, Moos M, Berger H, Adler L, Reymann G (2002) Enthospitalisierung: Probleme aus klinischer Sicht. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Bundesdirektorenkonferenz. *Krankenhauspsychiatrie* 13: 138-144.

Wyrsch J (1954) Über die Psychiatrie in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten. *Nervenarzt* 25: 111-114.

Z:

De Zayas A (2005) Die Nemesis von Potsdam. Die Anglo-Amerikaner und die Vertreibung der Deutschen. Herbig München.

Zechert C (1996) Enthospitalisierung in Heime? Ergebnisse der DGSP-Umfrage bei Ministerien und Landeswohlfahrtverbänden. *Soziale Psychiatrie* 20 (3/1996): 24-30.

Zechert C, Suhre R (1997) Heimliche Psychiatrie – Psychiatrie in Heimen. *Sozialpsychiat Informat* (1/1997) 21: 4-8.

Zechmeister I, Österle A (2004) „Dann war auf einmal kein Geld mehr da!“ Zur Rolle der Finanzierung in der österreichischen Psychiatriereform. *Psychiat Prax* 31: 184-191.

Zehentbauer J (1989) „Neuroleptika verbieten!“ Soziale Psychiatrie 47: 20-21.

Zeller G (1981) Von der Heilanstalt zur Heil- und Pflegeanstalt. Ein Beitrag zur Geschichte des psychiatrischen Krankenhauswesens. Fortschr Neurol Psychiat 49: 121-127.

Zubiani A, de Maio D (1959) Analisi critica degli effetti di cinque anni di somministrazione di farmaci psicotropi, e in particolare dell'idrossizina cloridrato, nella pratica ospedaliera e dispensariale degli istituti psichiatrici della provincial di Milano. In: Bradley RB, Deniker P, Redouco-Thomas (Hrsg.) Neuropsychopharmacology 1. Proceedings of the first international congress of neuro-pharmacology (Rome, September 1958). Elsevier Publishing Company, Amsterdam London New York Princeton, 714-717.

Zucker LG (1988) Institutional patterns and organizations: culture and environment. Ballinger, Cambridge.

Zumpe V (1978) Die Krankenhausgesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Auswirkung auf Psychiatrische Krankenhäuser. Psychiat Prax 5: 1-13.

Zutt J (1966) Über das moderne psychiatrische Krankenhaus. Eine sozialpsychiatrische Betrachtung. Nervenarzt 37: 110-115.

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift:

[Peter Niemann]

Lebenslauf

Ich, Peter Joachim Niemann, geb. Jurczyk, wurde am 24. Februar, 1980 als viertes von fünf Kindern dem Ehepaar Dieter Jurczyk und Ursula Jurczyk, geb. Niemann, in Böblingen geboren. Nach dem Grundschulbesuch in Poughkeepsie (New York, USA) und Schopfloch, besuchte ich die Gymnasien in Dornstetten und Freudenstadt, um dann 1998 mein Abitur an der US-amerikanischen High School in Venice (Florida, USA) abzulegen. Es schloß sich ein Studium der „pre-medical studies“ und der Geschichte an der „University of South Florida“ in Tampa (Florida, USA) an. Seit 2001 studierte ich Humanmedizin an den Universitäten in Frankfurt a.M., München und zuletzt in Kiel, wo ich im November des Jahres 2007 erfolgreich die Approbation durch Bestehen der Zweiten Ärztlichen Prüfung erhielt. Danach arbeitete ich fünf Monate lang als Assistenzarzt am Universitätsklinikum Nantes (Nantes, Frankreich) im Fachgebiet der neurologischen Rehabilitationsmedizin, anschließend als internistischer Assistenzarzt zunächst am Klinikum in Schwerin gefolgt vom Allgemeinen Krankenhaus in Celle.