

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit · Mannheim

Ansprachen zur Eröffnung der ersten Ausbaustufe



Einleitung

In dieser Schrift sind die Ansprachen veröffentlicht, die anlässlich der festlichen Einweihung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit am 17. September 1976 im Florian-Waldeck-Saal des Reiß-Museums in Mannheim gehalten wurden.

Außerdem enthält sie den Festvortrag, den Professor Dr. John Kenneth Wing, Direktor der Social Psychiatry Research Unit in London, aus Anlaß der Entgegennahme der Ehrendoktorwürde der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim am 28. März 1977 gehalten hat. Diese Verleihung stand im zeitlichen Zusammenhang mit dem Ersten Europäischen Symposium für Sozialpsychiatrie, das vom 28. bis 30. März 1977 im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit 106 geladene Wissenschaftler aus nahezu allen europäischen Ländern zu einer wissenschaftlichen Eröffnungs-Veranstaltung für das Institut vereinte.

In der Veröffentlichung der Ansprachen, die beim Festakt am 17. September 1976 gehalten wurden, erblicken wir eine Information der Öffentlichkeit über das Zentralinstitut und einen wichtigen Beitrag zu seiner Geschichte. Der Vortrag von Professor Dr. John Kenneth Wing führt in verständlicher Form in einen Bereich der Forschung ein, der ein wesentliches Arbeitsgebiet des Instituts ist.

Wir danken allen Festrednern, daß sie sich ohne Einschränkung bereit erklärt haben, ihr Manuskript in diesem Rahmen zu veröffentlichen.

Die Eröffnung eines neuen medizinischen Forschungsinstituts ist immer ein bedeutsamer Vorgang. Dies gilt vor allem für das Fachgebiet der Psychiatrie, denn seit Gründung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München im Jahre 1927 ist keine größere Forschungseinrichtung dieses Fachs auf dem Gebiet der Bundesrepublik neu entstanden.

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit ist sowohl in seiner Entstehungsgeschichte wie in seiner organisatorischen Struktur ungewöhnlich. Es umfaßt die klinischen Fächer Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Abteilungen für Klinische Psychologie, Epidemiologische Psychiatrie, Medizinsoziologie, Biostatistik, Kinder- und Jugendpsychotherapie und Gemeindepsychiatrie; alle diese Einrichtungen sind unter einem Dach. Die Voraussetzungen interdisziplinärer Forschungsarbeit und wissenschaftlich kontrollierter Behandlung sind daher außerordentlich günstig.

Das Institut ist über drei Lehrstühle mit der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg eng verbunden. Die Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind zugleich Ausbildungsstätten dieser Fächer für die Mannheimer Fakultät.

Zur engen Verbindung mit der Medizinischen Fakultät kommt die Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus Wiesloch und mit allen anderen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung in Mannheim hinzu.

Im Bereich der Versorgung besteht das Ziel, ein gegliedertes Netz moderner psychiatrischer Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten über die ganze Breite des Fachgebiets in Mannheim aufzubauen.

Die Versorgungsaufgaben stehen wiederum im engen Zusammenhang mit den Forschungszielen: Ein wesentlicher Teil des Forschungsauftrags liegt in der wissenschaftlichen Begleitung und Erfolgskontrolle von Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren und -einrichtungen.

Über den langen und schwierigen Weg, der zur Errichtung und zur Eröffnung des Instituts führte, berichten – wenigstens in Ausschnitten – die nachfolgend veröffentlichten Ansprachen. Zur näheren Information verweisen wir auf die Zweijahresberichte, die das Zentralinstitut regelmäßig veröffentlicht. Der nächste Bericht wird die Jahre 1976 und 1977 umfassen; er wird damit die Zeit abdecken, die man als die Eröffnungsphase des Instituts kennzeichnen kann.

Wir möchten die Gelegenheit dieser Veröffentlichung nutzen, allen zu danken, die beim Festakt am 17. September 1976 und am Symposium im März 1977 mitgewirkt haben.

Prof. Dr. Dr. Heinz Häfner
Direktor des Zentralinstituts

Dr. Hans Martini
Stiftungsbeauftragter

Ansprachen

	Seite
Professor Dr. Dr. Heinz Häfner Direktor des Zentralinstituts	4
Dr. Katharina Focke Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit	6
Professor Dr. D. Wilhelm Hahn Kultusminister des Landes Baden-Württemberg	9
Professor Dr. Ludwig Ratzel Oberbürgermeister der Stadt Mannheim	12
Professor Dr. Fritz Redlich Professor of Psychiatry, Yale Medical School, ehem. Dean der Yale Medical School, New Haven, USA	14
Professor Dr. Jürgen Peiffer Vorsitzender der wissenschaftlichen Kommission des Wissenschaftsrats	16
Professor Dr. Hubert Niederländer Rektor der Universität Heidelberg	18
Professor Dr. Caspar Kulenkampff Landesrat, ehem. Vorsitzender der Sachverständigen-Kommission Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland Festvortrag	19
Dr. Hans Martini Bürgermeister, Stiftungsbeauftragter	24
Professor Dr. John Kenneth Wing Chairman Social Psychiatry Rescard Unit, Medical Research Council London Vortrag anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg am 28. März 1977	26
Literatur	35

Professor Dr. Dr. Heinz Häfner

Meine Damen und Herren,

im Namen der Stiftung, ihrer Leitung und ihrer Mitarbeiter begrüße ich zur Eröffnung der ersten Ausbaustufe des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Frau Dr. Katharina Focke, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Herrn Professor Dr. Wilhelm Hahn, Kultusminister des Landes Baden-Württemberg, und Herrn Professor Dr. Ludwig Ratzel, Oberbürgermeister der Stadt Mannheim. Mit dem Gruß darf ich unseren Dank dafür verbinden, daß Sie sich in diesen Tagen äußerster Belastung durch den Doppelberuf des Politikers im Regierungsamt bereitfanden, zu kommen und zu uns zu sprechen.

Ihnen, verehrter Herr Oberbürgermeister, und den Mitgliedern des Gemeinderats haben wir zudem unseren Dank für die außergewöhnliche Unterstützung abzustatten, die dieses Vorhaben vom ersten Tag an in Mannheim gefunden hat. Der Weitsicht dieser Stadt und ihrer Bürger ist es zu danken, daß Mannheim nicht nur seinem Kranz von Forschungsstätten eine weitere hinzufügen kann, sondern erstmals ein gemeindeoffenes, modernes psychiatrisches Krankenhaus in der Innenstadt besitzt, das alle Fächer der psychologischen Medizin unter einem Dach vereint. Es ist das zweite Mal, daß Mannheim sich so offen gegenüber Neuerern der Psychiatrie erweist: 1782 hatte diese Stadt bereits einen Medicus namens Friedrich Schiller aufgenommen, der kurz zuvor in einem untertänigsten Bericht an seine Herzogliche Durchlaucht die Gemütskrankheit des Eleven Gramond und ihre Behandlung beschrieben und Seiner Durchlaucht Rehabilitationsvorschläge unterbreitet hatte.

Mit dem Dank an die Stadt verbindet sich für mich der persönliche Dank an Herrn Bürgermeister Dr. Martini. Ohne seine profunde Sachkunde, souveräne Verhandlungsführung und engagierte Partnerschaft mit uns Fachleuten wäre es nicht möglich gewesen, den langen Marsch eines ungewöhnlichen Projekts durch die Institutionen erfolgreich zu Ende zu führen.

Ich begrüße Abgeordnete des Deutschen Bundestags und des Landtags von Baden-Württemberg. Viele von Ihnen haben uns eine Strecke weit Geleit gewährt und geholfen, eine der vielen Hürden leichter zu nehmen. Ich darf stellvertretend Herrn Walter Picard, den Vorsitzenden der «Aktion psychisch Kranke» nennen, der den Anstoß zu einer von allen Parteien getragenen und noch keineswegs erloschenen Psychiatrie-Diskussion im Deutschen Bundestag gegeben hat. Wir werden Ihre Hilfe weiter brauchen.

Ich begrüße den Präsidenten der Ärztekammer Nordbaden, Dr. Ital, und Herrn Dr. Borst, Generalsekretär der Stiftung Volkswagenwerk. Die Stiftung hat aus Bescheidenheit darauf verzichtet, sich an den Ansprachen zu beteiligen, obwohl das Institut eines der größten jemals von der Stiftung Volkswagenwerk geförderten Projekte ist: Sie gab 7,5 Millionen DM zum Bau, gewährte die Mittel für den Austausch mit der Yale University und für weitere Auslandsaufenthalte von Mitarbeitern zur Förderung des wissenschaftlichen Aufbaus. Das Institut stünde heute nicht an seiner Stelle, wenn nicht die Stiftung frühzeitig Planungsmittel gewährt und die Baumittel unbürokratisch und vorzeitig freigegeben hätte, als Bund und Land infolge der vorletzten Rezession noch fast leere Kassen hatten.

Ich begrüße als weiteren Pionier des Aufbaus den langjährigen Ersten Vorsitzenden des Vereins Zentralinstitut, meinen Lehrer und Freund Professor Walter von Baeyer. Wir haben 1966 zusammen die erste Reise ins Ausland unternommen, um unsere Pläne an bereits funktionierenden Einrichtungen zu prüfen. In New Haven besuchten wir Professor Redlich, den damaligen Chairman des Psychiatric Department der Yale Medical School. Sein Rat und das von ihm miterbaute Yale Connecticut Mental Health Center sind wesentlich in Konzeption und Bau des Instituts miteingegangen. Er beriet mit seinen Mitarbeitern im darauffolgenden Jahr auch das Architektenteam des Stadtbauamts, bestehend aus den Herren Willing, Beirer, Lauter und Wandelburg, die mit uns in Begleitung des damaligen Oberbürgermeisters

Dr. Hans Reschke nach New Haven gekommen waren. Herr Baudirektor Beirer ist während der Bauzeit am 5. Januar 1973 verstorben. Wir gedenken seiner in Dankbarkeit.

In Fortsetzung dieser Unterstützung hat die Yale Medical School unter ihrem Dean Professor Fritz Redlich am 22. November 1968 die Patenschaft über das Zentralinstitut übernommen. Sie hat damit die Voraussetzungen für den bereits erwähnten Austausch von Wissenschaftlern und für weitere Zusammenarbeit gelegt. Wir freuen uns, daß Professor Redlich unsere Einladung annahm und heute sprechen wird.

Ich begrüße den Vorsitzenden der Wissenschaftlichen Kommission des Wissenschaftsrats, Herrn Professor Dr. Jürgen Peiffer, und den Generalsekretär, Herrn Dr. Kreyenberg. Der Wissenschaftsrat zählt insofern zu den Vätern des Zentralinstituts – die Juristen unter Ihnen wissen, daß ein Kind mehrere Väter haben kann –, weil es nach den Grundsätzen eines Gutachtens des Wissenschaftsrats errichtet und finanziert worden ist. Wir freuen uns besonders, daß der ehemalige Vorsitzende der Kommission, Herr Professor Joppich, unter uns weilt, und daß Herr Professor Kulenkampff, dem wir für die Übernahme der Festansprache zu danken haben, das psychiatrische Mitglied dieser Kommission war.

Meine Damen und Herren, ich könnte die Liste derer, denen wir einen besonderen Dank abzustatten haben, noch lange fortsetzen. Es liegt in der Natur eines Instituts, das auf Zusammenarbeit angelegt ist, daß es viele Partner hat, die diese Zusammenarbeit erst ermöglicht haben und weiter tragen. Die Lehr- und Forschungsaufgaben binden das Institut an die Fakultät für Klinische Medizin Mannheim und an die Universität Heidelberg, deren Rektor, Professor Niederländer, ich herzlich begrüßen darf, ebenso wie den Prorektor der Universität Mannheim, Professor Brockmeier. Die Forschungsaufgaben verbinden uns aber auch in mehr als zehnjähriger Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation, mit unseren wissenschaftlichen Freunden aus mehreren Ländern und mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Die Versorgungsaufgaben verbinden uns eng mit den Städtischen Krankenanstalten und dem Landeskrankenhaus Wiesloch, mit dem Gesundheitsamt, mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit den sozialen Diensten der Stadt und der freigemeinnützigen Träger.

Ich begrüße Sie alle und danke Ihnen, daß Sie durch Ihre heutige Präsenz die Bedeutung einer verbesserten Forschung und einer verbesserten Hilfe für psychisch Kranke und den Beitrag des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit dazu unterstreichen. Ich möchte aber nicht schließen, ohne besonders denjenigen unter meinen Mitarbeitern zu danken, die teilweise seit mehr als zehn Jahren auf vielen Ebenen der Planung mitgewirkt und den Aufbau der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit getragen haben. Es ist zu einem entscheidenden Anteil ihr Verdienst, daß wir, noch ehe die Baumaßnahmen voll abgeschlossen sind, ein Institut präsentieren können, das im therapeutischen Bereich zu mehr als drei Vierteln qualifizierte Arbeit leistet und das sich wissenschaftlich bereits Anerkennung erworben hat. Wir wissen aber auch, daß der größere Teil der Aufgaben noch unerledigt vor uns liegt. Wir werden unseren Dank an Sie durch unsere Arbeit für diejenigen, denen dieses Institut dienen soll, abzutragen suchen.

Ich bin gerne der Einladung zur Eröffnung des «Zentralinstituts für Seelische Gesundheit» gefolgt, weil ich mich mit Ihnen, Herr Professor Häfner, und den hier Versammelten freue, daß die Aufbaustufe abgeschlossen ist. Zugleich möchte ich Ihnen die Grüße und Wünsche der Bundesregierung übermitteln, ganz besonders die des Bundesministers für Forschung und Technologie, Herrn Matthöfer.

Erstmalig eröffnen wir in der Bundesrepublik ein zentrales Institut, das sich nicht nur der Behandlung, sondern auch der Vorbeugung und Rehabilitation seelischer Erkrankungen widmet, und darüber hinaus eine bedeutsame Forschungsstätte für den Bereich der seelischen Gesundheit und ihrer Gefährdungen sein soll.

In der Bundesrepublik wird den vorbeugenden Gesichtspunkten zunehmend mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Im Rahmen der Psychiatrie-Enquête wurden Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen erarbeitet, die Bezug zu den einzelnen Lebensphasen des Menschen oder zu besonderen gesellschaftlichen Problembereichen haben.

Die Sachverständigen-Kommission kommt in der Psychiatrie-Enquête auf Grund eigener Erhebungen und ausländischer Studien zu dem Schluß, daß in der Bundesrepublik rund zwanzig Millionen Menschen langfristig oder wenigstens einmal in ihrem Leben in irgendeiner Form unmittelbar betroffen waren oder sind. Als dringend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig innerhalb eines Jahres geben sie eine Größenordnung von rund einer Million Personen an und vertreten die Ansicht, daß es sich etwa bei der Hälfte der jährlichen Behandlungsfälle um Ersterkrankungen handelt. Rund zehn Prozent der Bevölkerung, das sind ca. 600.000 Personen, suchen von sich aus jährlich Behandlungs- und Beratungsdienste auf. Jedes vierte Schulkind zeigt Auffälligkeiten im Verhalten, die eine Beratung erforderlich erscheinen lassen. Psychische Störungen des höheren Lebensalters stehen neben den Suchtkrankheiten und der Schizophrenie an der Spitze der Aufnahmediagnosen in den psychiatrischen Krankenhäusern. Besonders anfällig zu sein scheinen sozial desintegrierte Personen, Familien in Notunterkünften und Slums, Nichtseßhafte und Obdachlose. Auch hier ist die Chance für eine dauerhafte Heilung um so größer, je eher die Therapie einsetzt.

Wir wissen inzwischen auch: Seelische Krankheiten sind kein außergewöhnliches Schicksal, sind nicht unheilbar und zur Dauerbehandlung in speziellen Anstalten verurteilt. Ein relativ hoher Prozentsatz der Erkrankten oder Gefährdeten kann bei geeigneten Behandlungsverfahren ganz geheilt oder ihr Zustand kann zumindest wesentlich gebessert werden. Diese Möglichkeiten stärker als bisher auszuschöpfen ist eine Aufgabe, zu deren Bewältigung auch das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit beitragen soll. Psychisch gefährdeten, kranken oder behinderten Menschen werden hier Hilfen nach modernsten Erkenntnissen angeboten.

Wegen des noch ungenügenden Wissensstands auf diesem Gebiet und der Komplexität der Forschungsansätze gibt es hier noch einen großen Nachholbedarf an wissenschaftlichen Aussagen. Die Errichtung eines Instituts mit den Aufgaben verstärkter Forschung und Lehre, Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation seelischer Erkrankungen war daher von der Sache her dringend geboten.

Die Voraussetzungen sind gut. Alle Fächer der psychologischen Medizin sind unter einem Dach vereint. Die Partnerwissenschaften Klinische Psychologie, Medizinsoziologie, Neurophysiologie und Psychophysiologie sind in eigenen Forschungsabteilungen mit einbezogen.

Auf die enge Verzahnung des Instituts mit der Universität Heidelberg weise ich gern hin. Die drei Kliniken des Zentralinstituts werden von Lehrstuhlinhabern geleitet. Lehre, Forschung und Krankenbehandlung erfolgen übergreifend, eng verzahnt. Psychiatrie und Psychotherapie sind an dieser Forschungsstätte beispielhaft zusammengeführt.

Das Institut trägt bereits zu einem sehr wesentlichen Teil den von der Forschungsgemeinschaft bewilligten Sonderforschungsbereich Psychiatrische Epidemiologie, die Forschungsprojekte auf den Gebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie, geistige Behinderung, Erwachsenenpsychiatrie und Psychogeriatric, Klinische Psychologie und Medizinsoziologie durchführt. Sie dienen dem Ziel, Häufigkeit und Verteilung psychischer Störungen, Inanspruchnahme von Einrichtungen und Einfluß von Umweltfaktoren auf die Morbidität zu ermitteln.

Das Zentralinstitut ist Partner der Weltgesundheitsorganisation im Rahmen des langfristigen Programms «Mental Health Services in Pilot Study Areas». Praxisnahe epidemiologische Untersuchungen, die vor allem der Ermittlung der Versorgungsbedürfnisse, der Erfolgsüberprüfung und der Wirksamkeit psychiatrischer Programme und Versorgungssysteme gewidmet sind, werden parallel in mehreren Ländern durchgeführt. Soweit das Programm hier beim Zentralinstitut in Mannheim läuft, werden die Geldmittel vom BMJFG bereitgestellt. So gibt es mannigfache Verzahnungen zwischen dem Zentralinstitut und dem von mir geleiteten Ministerium, die sowohl nationale als auch internationale Bedeutung haben.

Hier in Mannheim wird ein umfassendes und modernes psychiatrisches Versorgungsnetz entwickelt und aufgebaut. Dabei spielen der Aufbau präventiver Programme, Frühbehandlung und Krisenintervention bei akuten seelischen Krisen unter Einbeziehung von Familie und Arbeitswelt in den Behandlungsprozeß eine besondere Rolle. Das Zentralinstitut hat den Versorgungsauftrag für die Stadt übernommen, arbeitet eng mit dem nahegelegenen Landeskrankenhaus Wiesloch und den sozialen Einrichtungen der Stadt zusammen. Das Versorgungsnetz entpricht im wesentlichen den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête.

Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung wurde bei der Wahl des Standorts des Zentralinstituts beachtet. Mitten im alten Kern der Stadt Mannheim wurde es errichtet, in einer Gegend also, wo ein echter Bedarf besteht, weil es einen hohen Anteil an seelischen Erkrankungen, Alkoholismus und Gewalttaten gibt. Patienten können behandelt werden, ohne daß man sie aus ihrer Umwelt herausreißen muß. Mit seinen Diensten und durch die Abteilung für Gemeindepsychiatrie und Psychohygiene ist das Zentralinstitut für diese Aufgabe vorbereitet.

Zu dem Versorgungsnetz in Mannheim gehören auch komplementäre Einrichtungen wie Patientenclubs, Werkstätten, beschützende Arbeitsplätze, Heime für psychisch Kranke und Behinderte. In diesem Jahr konnte endlich – ich freue mich sagen zu können, mit Hilfe des BMJFG – ein Übergangwohnheim, das Elisabeth-Lutz-Heim der Evangelischen Kirchengemeinde Mannheim, eröffnet werden, über das ich kurz sprechen möchte. Noch eine weitere Aufgabe des Zentralinstituts wird dadurch deutlich: Beratung bei der Planung und der Vorbereitung von Einrichtungen und Diensten der öffentlichen Gesundheitspflege auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit.

Übergangsheime sind Rehabilitationseinrichtungen, in denen arbeitsfähige oder teilarbeitsfähige psychisch Kranke sowie seelisch und geistig Behinderte leben. Prinzipielles Ziel des Übergangsheims ist in jedem Fall die Wiederherstellung der zu einer Entlassung notwendigen Selbständigkeit. Geleitet wird es von nichtärztlichen Fachkräften, die eine qualifizierte Weiterbildung auf dem Gebiet der Rehabilitation psychisch Kranker erfahren haben. Die ärztliche Funktion beschränkt sich auf betreuende Tätigkeit.

Wir haben den Vorschlag des Trägers der Einrichtung und des Zentralinstituts aufgegriffen, und werden am Beispiel dieses Mannheimer Übergangwohnheims erproben, welche Bedeutung dieser Einrichtung im Versorgungsnetz einer Großstadt zukommt. Es ist Teil der Modellaktion meines Hauses «Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung».

Zu den Schwerpunkten des Zentralinstituts gehören neben der Ausbildung der Studierenden in den schon genannten Fächern die Erweiterung der psychiatrischen Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegepersonal und der Aufbau von überregionalen Weiter- und Fortbildungskursen für klinische Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter in allen Aufgabenbereichen gemeindebezogener Psychiatrie. Auch Forschungs- und Behandlungspersonal soll ausgebildet werden, um später in anderen Städten am Aufbau von Forschungs- und Sozialpsychiatrischen Behandlungseinrichtungen mitzuwirken.

Die Bundesregierung hat mit der Förderung dieses Zentralinstituts für Seelische Gesundheit die Reformziele der Neuordnung psychiatrischer Versorgung nachdrücklich unterstützt. Es steht außer Zweifel, daß von allen Beteiligten große Anstrengungen unternommen worden sind, die Situation der psychiatrischen Versorgung zu verbessern, vorhandene Behandlungseinrichtungen organisatorisch, therapeutisch und personell spürbar zu modernisieren. Das Klima für geistig und psychisch Kranke und Behinderte hat sich, nicht zuletzt auch durch die gezielten Maßnahmen der BZgA – ich erwähne die große Kampagne «Menschen wie wir» – verbessert. Ich meine, die Bereitschaft wächst, Mittel für eine angemessene psychiatrische Versorgung der Bevölkerung bereitzustellen. Aber ich scheue mich nicht, anlässlich des Festakts der Eröffnung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit auch zu sagen, daß ich nach wie vor die Versorgung der geistig Behinderten und der Langzeitkranken noch als ungenügend empfinde. Koordination und Kooperation aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten ist unerlässlich. Auf dem materiellen und personellen Sektor werden ohne Zweifel in den nächsten Jahren noch erhebliche Investitionen notwendig sein.

Veränderungen in einer Größenordnung, wie sie in der Psychiatrie-Enquête empfohlen sind, können nur schrittweise erreicht werden. Patentrezepte gibt es nicht. Während neue Lösungen gesucht werden, dürfen auf keinen Fall die bestehenden Dienste vernachlässigt werden. Die Patienten sind darauf angewiesen.

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit wird seiner Bestimmung übergeben

- als ein großes Forschungsinstitut zum Gesamtbereich der seelischen Gesundheit
- als richtungweisende Behandlungsstätte für psychisch Kranke
- als neuartige Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtung
- als modellhafter Wegbereiter der psychiatrischen Gesamtversorgung einer Großstadt.

Ich wünsche allen, die geholfen haben, daß dieses Zentralinstitut für Seelische Gesundheit heute eröffnet werden kann, und all denen, die in und mit diesem Institut für die Reform der psychiatrischen Versorgung arbeiten werden, viel Glück! Erhalten Sie sich das Engagement der Aufbaujahre! Ich wünsche Ihnen viel Erfolg!

Professor Dr. Wilhelm Hahn

Eigentlich, meine Damen und Herren, ist dies heute hier ja kein Festakt zur Eröffnung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, sondern schon ein kleines Jubiläum: denn am 1. Oktober wird das Zentralinstitut ein erstes Jahr erfolgreicher Arbeit in diesem Haus hinter sich haben. Ich freue mich darüber, daß diese festliche Stunde somit Gelegenheit gibt, die Wünsche für das Zentralinstitut, die Erwartungen, die wir an seine Arbeit knüpfen, und die Ermunterung, die wir heute ihm und seinen Mitarbeitern auf den Weg geben wollen, auf dem Hintergrund eines Rückblicks auf die – wenn auch kurze – Strecke schon geleisteter Arbeit auszusprechen. Ich glaube, auf Grund der ständigen intensiven Zusammenarbeit zwischen meinem Haus und dem Zentralinstitut sagen zu dürfen, daß sowohl das Konzept für die Arbeit dieses Modellinstituts für sozialpsychiatrische Forschung und Therapie wie die Planung für das auf dieses Konzept hin maßgeschneiderte Gebäude ihre erste Bewährungsprobe gut bestanden haben und sich ergeben hat, daß die Grundlagen für dieses Institut solide gelegt waren. Wir dürfen darauf vertrauen, daß die künftige Tätigkeit des Zentralinstituts sich auf einer sicheren Basis entfalten und fortentwickeln wird.

Lassen Sie mich an dieser Stelle sogleich den beiden Männern auf der Seite des Zentralinstituts danken, denen wir seinen Aufbau in erster Linie zu danken haben. Mein Dank gilt Ihnen, lieber Herr Professor Häfner, der Sie mit strengem wissenschaftlichem Anspruch dieses überzeugende Konzept für eine modellhafte Verbindung von psychotherapeutischer Forschung mit der Krankenbehandlung entwickelt und durchgesetzt haben, und Ihnen, Herr Bürgermeister Dr. Martini, der Sie mit nie erlahmender Umsicht, Sorgfalt und Geduld die Errichtung des Instituts vorangetrieben haben. Ihrer beider stets zuverlässige gute Zusammenarbeit hat zugleich meinem Haus viel Mühe abgenommen und bewirkt, daß das Institut ohne Störungen und Stockungen – ich möchte fast sagen: geräuschlos – entstand. Auch dafür danke ich Ihnen. Erweisen sich so Konzipierung, Planung und Verwirklichung des Zentralinstituts als eine runde, geglückte Sache – worin sich dieses Objekt von manchem anderen unterscheidet, an das nicht weniger Mühe verwandt wurde –, so gibt uns die Tatsache, daß Sie, Herr Häfner, als Direktor das Institut weiterhin leiten, und Sie, Herr Martini, als Stiftungsbeauftragter und als Mitglied des Verwaltungsrats weiterhin mit uns zusammenarbeiten, die Gewißheit, daß wir auf eine gute Entwicklung des Zentralinstituts vertrauen dürfen. Ich danke mit Ihnen beiden all den vielen anderen, deren Beitrag zum Gelingen des Werks unerlässlich war, die ich aber hier nicht einzeln nennen kann, und wünsche Ihnen und allen Ihren Mitarbeitern bei Ihrer Tätigkeit in der Forschung und in der Krankenversorgung eine glückliche Hand und Erfolg.

Ich schließe den Dank an jene an, die die finanziellen Voraussetzungen für die Errichtung und für die laufende Arbeit des Zentralinstituts geschaffen haben: an die Stiftung Volkswagenwerk, die mit 7,5 Millionen Mark die Planung und den Start finanzierte; an den Bund, der von den insgesamt rund 39 Millionen Mark Bau- und Erstausrüstungskosten 21 Millionen tragen wird; und an den Baden-Württembergischen Landtag, der die restlichen 10,5 Millionen Mark Baumittel und die Abdeckung des durch Einnahmen nicht gedeckten Aufwands des Zentralinstituts durch einen laufenden jährlichen Zuschuß bewilligte. Schließlich sei dem Wissenschaftsrat gedankt, der durch seine Stellungnahme vom Mai 1969, den Plan des Landes, in Mannheim dieses Modellinstitut zu errichten, zu verwirklichen empfahl.

Das Land hat die Verpflichtung übernommen, den Aufwand des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, soweit er nicht durch Einnahmen aus Pflegesätzen für die Krankenbehandlung und aus Mitteln Dritter für die Wissenschaftsförderung gedeckt ist – und hier habe ich ganz besonders der Deutschen Forschungsgemeinschaft zu danken, welche durch die Förderung des Sonderforschungsbereiches Psychiatrische Epidemiologie den überwiegenden Anteil an dem Aufwand für die Forschung in diesem Haus trägt, aber auch der Stiftung Volkswagenwerk und der Weltgesundheitsorganisation –, zu tragen. Damit Sie eine Vorstellung davon gewinnen,

welche Last auf Dauer diese Verpflichtung bedeutet, sei gesagt, daß im Voranschlag des Staatshaushaltsplans 1977/1978 ein Zuschuß von je rund vier Millionen Mark vorgesehen ist. Bei der auf viele Jahre hinaus schwierigen Haushaltslage des Landes bedurfte es und wird es auch künftig großer Anstrengungen bedürfen, dem Zentralinstitut den für eine erfolgreiche Entwicklung erforderlichen Zuschuß zu sichern. Ich verspreche Ihnen aber, daß mein Haus und ich mich jederzeit mit besonderer Überzeugung für das Zentralinstitut einsetzen werden. Die Errichtung eines so durchdachten und mit allen Einrichtungen zugunsten einer Integration von Krankenbehandlung und Forschung versehenen Instituts wäre nicht zu rechtfertigen gewesen, wenn es die ihm zgedachte Aufgabe wegen des Mangels an Mitteln nur unvollkommen erfüllen könnte.

Die Satzung enthält einen sehr umfangreichen Katalog von Aufgaben des Zentralinstituts. In dieser Aufzählung steht an der Spitze die folgende Aufgabe: «Forschung in der Psychiatrie, der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, der klinischen Psychologie und der Medizinsoziologie mit Schwergewicht in den Bereichen der psychiatrischen Epidemiologie, der Sozialpsychiatrie und der Erfolgsprüfung von Behandlungsmethoden und Einrichtungen». Dieses Paket von Forschungsaufgaben wurde mit Recht so betont an den Anfang gestellt, mag auch im Erscheinungsbild dieses Hauses seine Funktion als Krankenversorgungsstätte mit zweihundert Betten dominierend hervortreten.

Denn wie auch der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland deutlich macht, den eine unabhängige Sachverständigen-Kommission Ende vergangenen Jahres der Bundesregierung vorgelegt hat – und an der Sie, Herr Häfner, in so entscheidender Weise mitgewirkt haben –, ist auf kaum einem anderen Feld der Medizin ein so starkes Zurückbleiben der Forschung festzustellen wie im Bereich der Psychologischen Medizin. Bis in die ersten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts hinein nahmen in der psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychomatischen Forschung die deutschsprachigen Länder eine führende Stellung ein. Das Dritte Reich hat dann die Forschung auf diesem Gebiet in unvorstellbarer Weise ausgelöscht und zurückgeworfen. Zwar hat seither die Bundesrepublik unter großen Anstrengungen auf einigen Gebieten den internationalen Stand wieder erreicht. Aber wie Sie, Herr Häfner, in Ihrem Sondervotum zum Bericht der Sachverständigen-Kommission zurecht ausführen, müssen weite Bereiche der Psychiatrie, beispielsweise die Ursachen mehrerer großer Krankheitsbilder, die Indikation und Wirksamkeit vieler Verfahren psychischer und sozialer Therapie und die Mehrzahl psychosomatischer Zusammenhänge noch als unerforscht gelten. Sie haben recht, wenn Sie ausführen: «An die meisten Behandlungsverfahren in der Psychiatrie, vor allem psychotherapeutischen Methoden, kann derzeit noch kein vergleichbarer Anspruch des Nachweises von Wirksamkeit und Unschädlichkeit gestellt werden, wie es für medikamentöse Behandlungsverfahren in der Medizin bereits gesetzlich angestrebt wird. Im Interesse des psychisch Kranken muß aber durch entsprechende Forschungsförderung angestrebt werden, diesem Ziel in der Psychiatrie auch für die außerordentlich wichtigen nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden näher zu kommen. Eine Vielfalt anderer Forschungsbereiche ist von gleicher Wichtigkeit wie die hier nur als Beispiel angeführte Therapieforschung». Sie folgern hieraus mit Recht für die Forschungsförderung höchste Priorität.

In dem genannten Bericht der Sachverständigen-Kommission findet sich die Feststellung, die zu geringe Zahl aktiver Wissenschaftler, die mangelnde Herausforderung der isolierten psychiatrischen Krankenhäuser durch den Wissensfortschritt der naturwissenschaftlichen Medizin, an dem alle anderen medizinischen Fächer teilhatten, und die lange wirksame Kluft zwischen den meisten Universitäten und den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten hätten den wissenschaftlichen Wiederaufbau dieser Fachgebiete nachweislich erschwert. Hinzu komme, daß die psychotherapeutisch-psychosomatische Forschung dadurch behindert

wurde, daß sich deren Institutionen außerhalb der Universität entwickeln mußten. Nun: das Zentralinstitut steht nicht neben der Universität; es ist vielmehr durch die Zugehörigkeit der drei Klinikdirektoren als Lehrstuhlinhaber zur Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg und durch die Institutionalisierung der Forschung durch einen Sonderforschungsbereich die Eingliederung in die Universität gesichert. Andererseits hat das Zentralinstitut seinen festen Platz in der studentischen Ausbildung und im Zusammenhang der Mannheimer Städtischen Krankenanstalten hinsichtlich der Krankenversorgung. Die Rechtsform einer Stiftung öffentlichen Rechts trägt der durch den Modellcharakter gegebenen Sonderstellung und der vielseitigen Aufgabenstellung Rechnung.

Wir sind uns bewußt, daß die Psychologische Medizin, mehr als jede andere medizinische Disziplin, der Gefahr von Verzerrungen ausgesetzt ist, weil eben weite Bereiche noch nicht durch eine solide Forschung aufgearbeitet sind und deshalb Hohlräume für das Einströmen von Ideologien bieten, wie wir das in der jüngsten Vergangenheit in unmittelbarer Nähe erlebt haben. Es muß deshalb die Forderung unverrückbar bleiben, daß ärztliches Handeln im Bereich der seelischen Erkrankungen seine Grundlage in reproduzierbaren Ergebnissen der Forschung haben muß und nicht auf untergeschobenen ideologischen Prämissen beruhen darf. Hiervon hängt die Menschlichkeit des ärztlichen Handelns in diesem Fach ab.

Professor Dr. Ludwig Ratzel

Sehr verehrte Frau Bundesminister Dr. Focke,
Sehr geehrter Herr Kultusminister Professor Hahn,

ich darf Ihnen und allen Gästen, die erschienen sind, im Namen der Stadt Mannheim recht herzlich danken.

Die Stadt Mannheim weiß, daß der heutige Tag das Ergebnis einer langwierigen Entwicklung ist, die vor zwölf Jahren begann mit der Errichtung einer Medizinischen Fakultät in Mannheim, heute: Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg. Besser könnte man die Verbundenheit der beiden Städte gar nicht zum Ausdruck bringen.

Mit dieser Fakultät ist der Hochschulsektor in unserer Stadt reicher geworden. Zugleich aber war es möglich, die stationäre Krankenversorgung wesentlich zu verbessern. Bei Beginn der Medizinischen Fakultät Mannheim fehlten zwei Fächer ganz: die Orthopädie und die Psychiatrie. Die Lücke Orthopädie konnten wir 1970 mit der Eröffnung der Orthopädischen Klinik Lindenhof mit 130 Betten schließen. In diesem Jahr ist mit dem Institut für Seelische Gesundheit die Psychiatrische Klinik gefolgt.

Dies war nur möglich, weil parallel mit dem Aufbau der Fakultät eine Entwicklung in Gang gesetzt wurde, die 1964 bei der Gründung der Fakultät noch nicht vorhersehbar war: das Bestreben, in Mannheim für die Psychiatrie ein Forschungsinstitut zu errichten und damit eine modellhafte psychiatrische Versorgung der Stadt zu verbinden. Dies ist gelungen; es bleibt sicherlich noch viel zu tun, aber der heutige Tag läßt erkennen, daß in Mannheim ein Schwerpunkt in Forschung und Versorgung gesetzt wird.

Wir in Mannheim wissen sehr wohl, daß wir hierfür vor allem zwei Seiten zu danken haben: einmal der Stiftung Volkswagenwerk, und dann Ihnen, sehr verehrter Herr Professor Häfner. Ohne das frühzeitige Engagement der Stiftung Volkswagenwerk, ohne diese Startfinanzierung beim Bau mit der schon genannten beachtlichen Summe von 7,5 Millionen Mark wäre das nicht zustande gekommen. Die Förderung durch die Stiftung Volkswagenwerk zeigt zugleich, daß das Zentralinstitut eine Einrichtung ist, deren Schwergewicht auf der Forschung liegt und wahrscheinlich für lange Zeit den Forschungsschwerpunkt der Mannheimer Fakultät darstellen wird.

Der Volkswagenstiftung haben sich Bund und Land angeschlossen, der Bund, wie wir von Herrn Minister Hahn gehört haben, mit zwei Dritteln, das Land mit einem Drittel der verbliebenen Baukosten. Das Land wird weiterhin das Betriebskostendefizit übernehmen. Auch hierfür haben wir zu danken. Es ist unser Wunsch, daß in den kommenden Jahren ein Weg gefunden wird, auf dem sich der Bund auch an den Betriebskosten des Instituts beteiligt, was wohl möglich ist auf Grund der im November zwischen Bund und Ländern abgeschlossenen Rahmenvereinbarung zur Forschungsförderung nach Artikel 91 b Grundgesetz. Diese Beteiligung des Bundes könnte die Basis für das Institut verbreitern. Auch wäre damit der Bund im Bereich der Forschungsförderung in unserer Stadt sehr repräsentativ vertreten. Wir haben gehört von Ihnen, Frau Minister, daß Sie hier aufgeschlossen sind.

Wir danken Ihnen, Herr Professor Häfner. Die gelungene Errichtung des Instituts ist eng und unaufhebbar mit Ihrem Einsatz verbunden. Der Bau des Instituts wäre nicht gelungen, wenn Sie nicht über zehn Jahre hinweg die Vorbereitung des Instituts in den Mittelpunkt Ihrer beruflichen Tätigkeit gestellt hätten, verbunden mit großem Engagement und vielen Opfern. Wir wissen dies und sichern Ihnen zu, daß das Institut und Sie jederzeit der Unterstützung durch die Stadt Mannheim gewiß sein können.

Nun darf ich der Stadt Mannheim oder der Stadtverwaltung noch danken, und zwar dem zuständigen Bürgermeister, Herrn Dr. Martini. Ohne Ihr Engagement, Herr Dr. Martini,

wäre dies in den zurückliegenden Jahren nicht gelungen. Sie haben darüber hinaus, das darf ich feststellen, auch das gesamte Gesundheitswesen in Mannheim auf eine gute Bahn und auf ein solides Fundament gestellt. Auch Ihnen herzlichen Dank.

Ich darf an dieser Stelle auf einen Beschluß des Gemeinderats der Stadt Mannheim vom letzten Juni zurückkommen. Mit diesem Beschluß hat die Stadt Mannheim das Angebot des Landes angenommen, anstelle eines Neubaus für das Klinikum Mannheim die Städtischen Krankenanstalten, in denen in den letzten fünfzehn Jahren immerhin über 100 Millionen Mark investiert wurden, baulich zu einem Klinikum weiterzuentwickeln. Es war anfänglich nicht ganz leicht, den Gemeinderat hierzu zu bewegen. Aber es erscheint dies eine pragmatische, und ich glaube, der Gesamtsituation angepaßte Lösung. Wir hoffen, daß wir damit schneller zu einer weiteren Verbesserung der stationären Krankenversorgung kommen, als durch den Bau eines neuen Klinikums auf der grünen Wiese. Mit dem Beschluß vom Juni dieses Jahres ist die Stadt Mannheim dem Weg gefolgt, den sie schon bei der Errichtung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit eingeschlagen hat, nämlich: sich pragmatischen und schnellen Lösungen nicht zu verschließen.

Nun muß es mit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung unserer Stadt, wie wir gehört haben, weitergehen. Der Aufbau einer modellhaften, psychiatrischen Versorgung ist mit der Errichtung der Stiftung Zentralinstitut noch nicht abgeschlossen. Es liegen weitere Pläne vor. Zu guten Plänen gehört unserer Meinung nach auch das notwendige Geld und vor allen Dingen möglichst rasch. Ich darf hierzu folgendes mitteilen: Die Stadt Mannheim ist in diesem Jahr Erbe eines größeren Nachlasses geworden, der mit seinem an die Stadt fallenden Teil für soziale Zwecke gebunden ist. Der Erblasser soll, will anonym bleiben. Ich bitte, dies zu respektieren. Ich werde dem Gemeinderat vorschlagen, aus dem der Stadt Mannheim zufallenden Teil einen Betrag von einer Million Mark für flankierende Maßnahmen und Einrichtungen zum Zentralinstitut für Seelische Gesundheit zweckzubinden. Der Sozialausschuß des Gemeinderats und die Stiftung Zentralinstitut sollen einvernehmlich festlegen, welche Maßnahmen und Einrichtungen aus dieser Million finanziert werden. Es können Einrichtungen freier Träger, der Stiftung Zentralinstitut oder auch solche in Trägerschaft der Stadt sein. Der Betrag soll aufgebraucht werden, und zwar möglichst bald, damit es möglichst schnell weitergeht. Dies als Beitrag der Stadt zum heutigen Festakt, und alle guten Wünsche für das Institut.

Professor Dr. Fritz Redlich

Meine Damen und Herren,

von der Universität Yale, ihrem Department der Psychiatrie und dem Connecticut Mental Health Center bringe ich zur Eröffnung des Zentralinstituts die herzlichsten Grüße und Glückwünsche. Vor neun Jahren besuchten uns Bürgermeister Dr. Martini, Professor Baeyer und Professor Häfner, um mit unseren Erfahrungen mit dem neugegründeten Mental Health Center und dessen Konzept vertraut zu werden. Das war für uns eine besondere Ehre: Deutschland hatte ein nationales Gesundheitssystem seit etwa hundert Jahren, Amerika steht gerade vor dem gigantischen Schritt, ein solches Gesundheitswesen zu schaffen. Auch in der Organisation der Lehr- und Forschungstätigkeit der Universitätskliniken war Deutschland im ersten Drittel des Jahrhunderts für die Vereinigten Staaten vorbildlich. Die großen für die Psychiatrie maßgebenden Ideen und Theorien von Freud, Jung, Pavoli und Kraepelin stammen aus Europa, und auch die bedeutenden Therapien, sowohl die Psychotherapie als auch die biologischen Therapien, kamen vom Osten her. Zum ersten Mal in der Geschichte der Psychiatrie konnte die amerikanische Psychiatrie auf große Konzepte hinweisen, die für die Weltpsychiatrie von Interesse waren. Ich spreche über die Konzepte des Community Mental Health Centers, die, mit den Worten Präsident Kennedys, einen kühnen neuen Angriff auf dem Gebiet des seelischen Gesundheitswesens ermöglichten.

- Das erste Konzept ist mehr ein sozialer als ein medizinischer Gedanke, daß alle Menschen, ohne Rücksicht auf Klasse oder Rasse, einen Anspruch auf psychisch-hygienische Betreuung und Behandlung haben. Bisher war und ist dies auch in den meisten Situationen nicht der Fall.
- Das zweite Konzept geht von der Annahme aus, daß die psychiatrischen Großkrankenhäuser oft nicht therapeutisch wirken, und daß es besser ist, den psychiatrischen Patienten in Instituten und Ambulatorien innerhalb der Gemeinde zu behandeln.
- Das dritte Konzept besagt, daß viele Ursachen psychischer Erkrankungen durch soziale Umstände im Leben der modernen städtischen Gemeinden zu suchen sind, und daß daher – um psychisch Kranken therapeutisch zu helfen und vielleicht sogar psychische Krankheiten zu verhindern – gewisse soziale Änderungen in den städtischen Gemeinden erfolgen müssen.

Die Gedanken des ersten und zweiten Konzepts erwiesen sich als korrekt und bildeten die Grundlagen eines besseren und realistischen psychischen Gesundheitswesens. In New Haven, hauptsächlich durch das Connecticut Mental Health Center und das Netzwerk der mit dem Zentrum verbundenen Institutionen, wird heute eine viel größere Anzahl von Patienten, besonders der weniger privilegierten sozialen Schichten erfaßt. Es gelang auch, die Zahl der Betten in den Großkrankenhäusern wesentlich zu reduzieren und die diagnostische und therapeutische Tätigkeit in dem zentral in der Gemeinde liegenden Mental Health Center zu konzentrieren. Mit dem dritten und utopischen Konzept hatten wir weniger Glück. Das war zu erwarten, denn Vorbeugung ohne detaillierte Kenntnisse über die Verursachung ist ja nicht möglich. Immerhin sind die Erfolge des Mental Health Centers beträchtlich, und obwohl die Schwierigkeiten einer harmonischen Zusammenarbeit von staatlichen, städtischen und akademischen Gruppen alles andere als gering sind, ist ein gesunder Optimismus zur Neugründung von psychischen Zentralinstituten berechtigt. Die Hauptsache ist, daß zumindest zwei der Grundgedanken verwirklicht werden können. Wir haben inzwischen viel gelernt, aber heute ist nicht der Zeitpunkt, über unsere Erfahrungen zu sprechen. Sie müssen und werden Ihre eigenen Erfahrungen machen, die auf Grund anderer politischen und ökonomischen Bedingungen sicher anders als die amerikanischen Erfahrungen sein werden.

Auf zwei Gedanken will ich aber hinweisen, die mir für die Entwicklung eines solchen Zentrums besonders wichtig erscheinen. Erstens müssen wir uns über die Hauptaufgabe klar sein, die die Gesellschaft uns Psychiatern – also Fachleuten mit einem medizinischen Doktorat und nicht einem Doktorat der Allgemeinwissenschaften – stellt: gewisse Gruppen von Menschen, die an Störungen leiden, die wir als Krankheiten betrachten, oder die auf die Krankenrolle einen berechtigten Anspruch stellen können, unserer Technologie entsprechend zu behandeln. Diese Technologie ist eine medizinbiologische Technologie, gekoppelt mit psychologisch-sozialen Methoden. Die medizinbiologischen Methoden sind der Grund, daß die Gesellschaft Psychiatern und nicht anderen professionellen Gruppen wie Psychologen, Fürsorgern, Pflegern oder Pastoren die Hauptrolle übergeben hat. Wir haben nun aber die Verantwortung, unser Hauptziel – die Behandlung, Verhütung und Rehabilitation psychiatrischer Störungen – zu verfolgen, und nicht andere große Probleme der Menschheit wie Armut, Kriminalität, Aggression oder Rassenhaß als unsere Kernprobleme anzusehen. Sicher ist eine solche Abgrenzung schwierig für die oft spärlichen Kenntnisse, die wir heute besitzen; aber zumindest müssen wir dieses Ziel anstreben. So ein Streben erfordert wissenschaftliche Arbeit, und das ist der zweite Gedanke, den ich betonen will. Es ist von größter Bedeutung, daß Institute wie Ihr Zentralinstitut oder unser Community Mental Health Center von Anfang an grundlegende und klinische Forschung in ihr Programm einbeziehen. Nur durch wissenschaftliche Arbeit wird es uns gelingen, unsere bescheidene Technologie in eine höhere Technologie zu verwandeln, und nur durch objektive wissenschaftliche Auswertung unserer klinischen Methoden werden wir feststellen können, was wertvoll und was wertlos ist. Ich bin beeindruckt davon, wie Ihr Institut die Forschung in Partnerschaft mit der Gemeinde, der Stadt und der Universität unter Führung von Professor Häfner ernstnimmt. Dies ist auch der Grund, daß ich davon überzeugt bin, daß die Pioniertätigkeit des Instituts erfolgreich und für die deutsche Psychiatrie und wohl auch die Weltpsychiatrie von großer Bedeutung sein wird.

Professor Dr. Jürgen Peiffer

Sehr verehrte Frau Bundesminister,
sehr geehrter Herr Minister,
meine Damen und Herren,

Geburtshelfer und Pate gleichzeitig zu sein, ist gewiß ungewöhnlich, doch der Wirtschaftsrat, in dessen Namen ich zu Ihnen spreche, hat bei dem heute einzuweihenden Institut beide Funktionen ausgeübt.

Im April 1968 hatte den Wirtschaftsrat ein Antrag des Landes Baden-Württemberg erreicht, zu dem Projekt eines «Deutschen Instituts für seelische Gesundheit» als einem «Modellinstitut für sozialpsychiatrische Forschung und Therapie» gutachtlich Stellung zu nehmen.

Der Wissenschaftsrat hat die Realisierung dieses Vorhabens seinerzeit als «dringend geboten» erachtet. Die Zielsetzung des geplanten Instituts kam einigen seiner schon früher geäußerten Pläne entgegen: Auf dem Gebiet der Lehre gehörte hierzu beispielsweise das Ziel, den Studenten in weit stärkerem Maße als bisher üblich auf die Bedeutung der krankheitsfördernden Faktoren hinzuweisen, die sich aus der Individualentwicklung des Menschen, aus seiner familiären Konstellation, aus seinem Berufsfeld und seiner ganzen sozialen Umwelt ergeben. Ein Aus- und Fortbildungsdefizit in den nervenheilkundlichen Fächern – von der Neurologie bis zur Psychotherapie – war bei Befragung praktizierender Ärzte wiederholt beklagt worden. Das geplante Mannheimer Institut erschien dem Wissenschaftsrat daher besonders geeignet, Forderungen nach einer verbesserten Ausbildung zu erfüllen, Forderungen, die inzwischen auch Eingang in die Approbationsordnung gefunden haben.

Die geplante enge Zusammenarbeit zwischen Nervenärzten verschiedener Spezialrichtungen, klinischen Psychologen sowie Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeitern und dem übrigen Pflege- und Betreuungspersonal und die besondere Bedeutung, die auf dem Gebiet der Krankenversorgung neben Diagnostik und Behandlung auch der Prävention und – in deren Dienst – der Weiter- und Fortbildung der Ärzte und der übrigen im Bereich der Sozialpsychiatrie wirkenden Fachkräfte zugemessen wurde, begrüßte der Wissenschaftsrat ebenso wie die Absicht, dieses klinische Institut in einer industriellen Großstadt angelehnt an ein Universitätsklinikum zu errichten. Daß hierzu als Ort des Zentrums eine industrielle Großstadt gewählt wurde, gehörte zu dem Konzept eines praxisnahen sozial-psychiatrischen Instituts, für das es in Deutschland bisher kein Vorbild gab.

Nicht zuletzt versprach und verspricht sich der Wissenschaftsrat von diesem Modellinstitut eine Verbesserung der Forschungssituation auf dem Gebiet der Psychiatrie, der Psychotherapie und Psychomatik. Ich habe vielleicht als Nervenarzt, der selbst wissenschaftlich mit Schwerpunkt auf dem Gebiet der morphologischen und neurochemischen Grundlagen der Nervenkrankheiten arbeitet, ein besonders empfindliches Gespür für Mängel und Lücken, die die psychiatrische Forschung in der Bundesrepublik – aber keineswegs nur hier – aufweist. Der Graue Plan in der Deutschen Forschungsgemeinschaft bestätigt den Nachholbedarf auf diesem Gebiet. Die demnächst zu erwartenden Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Medizin werden auch aus diesen Gründen dem Bereich der psychologischen Medizin ein besonderes Gewicht zumessen.

Die Absicht, hier in Mannheim methodisch einwandfreie retro- und prospektive Untersuchungen über die sozialpsychiatrisch relevanten Einflußfaktoren und über die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden vorzulegen, also durchaus auch quantifizierende Faktorenanalyse zu betreiben, ist lebhaft zu unterstützen. Durch solche Bemühungen braucht die persönliche Beziehung zwischen dem Kranken und dem behandelnden Arzt während und nach der stationären Aufnahme durchaus nicht gefährdet zu werden. Wissenschaftliche Verfahren sind Voraussetzung für eine selbstkritische Beurteilung der für den Patienten geeignetsten

Behandlungsverfahren. Die geplante Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und mit den nichtärztlichen Fachkräften, die an der klinischen Behandlung wie an der nachgehenden Fürsorge beteiligt sein werden, wird nicht nur unter dem Gesichtspunkt von Therapie und Fortbildung, sondern gerade auch im Hinblick auf eine wissenschaftliche Analyse der jeweiligen Wirkungsbereiche eine der wesentlichsten Aufgaben dieses Instituts sein.

Ich kann nur hoffen, daß es möglich sein wird, auch die materiellen Voraussetzungen für diese so wichtigen Forschungsziele zu schaffen.

Der vorgesehenen Bedeutung der Einrichtung entsprechend hatte der Wissenschaftsrat 1968 den Vorschlag gemacht, von einem «Zentralinstitut für psychische Gesundheit» zu sprechen, und insofern trete ich hier auch als Pate auf. Was vor acht Jahren getauft wurde, wird heute gewissermaßen konfirmiert, bestärkt in seiner Zielrichtung und versehen mit dem notwendigsten Rüstzeug. Im allgemeinen ist mit dieser Firmung die Aufgabe eines Paten beendet. Wer mehrere Patenkinder hat, weiß, daß ihm das weitere Gedeihen des einen oder anderen Patenkinds besonders am Herzen liegt. Dies gilt gewiß für das Verhältnis des Wissenschaftsrats zu diesem Mannheimer Institut, denn die hier in den nächsten Jahren zu machenden Erfahrungen werden bedeutungsvoll für die ganze deutsche Psychiatrie sein.

Meine guten Wünsche begleiten Sie, Herr Häfner, und Ihre Mitarbeiter.

Professor Dr. Hubert Niederländer

Herr Minister, meine sehr verehrten Damen, meine Herren,

Die Universität Heidelberg hat die Planung und Errichtung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit von Anfang an gefördert und die angestrebten Ziele gut geheißen. Die Errichtung eines selbständigen, außerhalb der Universität stehenden Instituts schuf die Möglichkeit, ein internationales Forschungszentrum von Rang auf diesem vernachlässigten Gebiet zu errichten; zugleich konnte das Institut in der dringend verbesserungsbedürftigen psychiatrischen Versorgung Aufgaben übernehmen, die Universitätskliniken, an den Auftrag von Lehre und Forschung gebunden, nicht mittragen können.

Die Universität Heidelberg begrüßt es, daß das rechtlich selbständige Institut aber eng mit der Universität verbunden ist; Rektor und Dekan sind Mitglieder im Verwaltungsrat, drei Lehrstühle und drei Universitätskliniken sind in das Institut integriert. Somit kann das Lehr- und Forschungspotential des Zentralinstituts den Wissenschaftlern und Studenten der Universität voll zu Verfügung stehen. Die Konstruktion des Zentralinstituts ist ohne Zweifel eine nachahmenswerte Lösung für solche überregionale Forschungseinrichtungen, die von einer Universität allein nicht getragen werden können.

Allen, die bei der Errichtung des Instituts mitgeholfen haben, gratuliere ich zum Gelingen ihrer Bemühungen. Möge das neue Zentralinstitut für Seelische Gesundheit reichen wissenschaftlichen Ertrag bringen zum Wohle derer, die Hilfe suchen.

Professor Dr. Caspar Kulenkampff

Es erscheint nicht nur verlockend, sondern auch notwendig, an diesem besonderen Tag auf ein Stück Psychatriegeschichte in unserem Land zurückzublicken, wie wir sie seit dem Ende des zweiten Weltkriegs in Erinnerung haben. Dies geschieht nicht, um anlässlich einer festlichen Stunde Historie zu erzählen, sondern um eine Entwicklung zu vergegenwärtigen, welche die Psychiatrie gerade während der letzten Jahre in ungewohnter Vehemenz mitgerissen hat und in der dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit ein bemerkenswerter Stellenwert zukommt.

Nach dem entsetzlichen Desaster des Dritten Reiches machte die Psychiatrie zunächst eine rekonstruktive Phase durch. Sie mußte, schwer angeschlagen, zu allererst wieder funktions-tüchtig gemacht werden. Dabei wurde bei der Wiederherstellung auf die überkommenen institutionellen Strukturen zurückgegriffen: Weitgehend verbindungsloses Nebeneinander von Universitätspsychiatrie und sogenannter Anstaltspsychiatrie – ein Erbe des 19. Jahrhunderts, Versorgung psychisch Kranker und Behinderter durch die psychiatrischen Krankenhäuser in einem von der allgemeinen Medizin losgelösten Sondersystem mit vielfältig organisierten Trägerschaften und mit generellen Mängeln behaftet, die hier im einzelnen nicht rekapituliert zu werden brauchen. Übermäßige Größe der Häuser mit entsprechend überdimensionierten Versorgungsgebieten, veraltete Bausubstanz, gemeindeferne Lage, Personalmangel, Überfüllung, undifferenzierte Zusammenballung von krankenhausbedürftigen und nichtkrankenhausbedürftigen Kranken und Behinderten, weitgehendes Fehlen von rehabilitativen Ketten und extramuralen Aktivitäten.

Man kann sich natürlich fragen, warum in der Stunde Null keine Tendenz sichtbar wurde, das von unseren Großvätern und Urgroßvätern sowohl erdachte als auch aufgebaute und seit der Jahrhundertwende nicht mehr nennenswert veränderte psychiatrische Gebäude zu verlassen, um auf einem besseren Fundament wirksam werden zu können. Wahrscheinlich wird rück-schauend ganz einfach festzustellen sein, daß ein niedergeschlagenes Volk und ein desintegriertes Staatswesen in Zeiten, wie wir sie nach 1945 erlebten, zunächst andere Sorgen haben, als sich um die mögliche Reform der Versorgung einer randständigen Minderheit zu kümmern, die über kein eigenes Lobby verfügt und deren Probleme, zumindest damals, politisch völlig irrelevant waren.

Es ist allerdings des weiteren festzuhalten, daß auch die Psychiater selbst später so aktuell werdende Strukturfragen der Versorgung oder der Forschung damals nicht bewegt haben. Wir, die wir um diese Zeit in die Psychiatrie hineinwuchsen, beschäftigten uns mit ganz anderen Problemen. Die Psychiatrie war beherrscht von den großen Schulen, wie sie sich etwa mit den Namen Kurt Schneider, Kretschmer, Karl Bonhoeffer, Bürgerprinz verbinden lassen. Der wissenschaftliche Streit wogte zwischen einer naturwissenschaftlich-biologisch fundierten und einer Psychiatrie, die zunehmend anthropologische, daseinsanalytische und psychoanalytische Betrachtungsweisen in sich aufnahm. Noch ohne die Erweiterung des Spielraums und den gewaltigen Impetus, den die psychopharmakologische Ära der Psychiatrie bringen sollte, lagen die Schwerpunkte auf der Psychopathologie, der klinischen Forschung, auf methodischen Problemen und dem Überlappungsgebiet zur Neurologie, deren volle Verselbständigung noch bevorstand. Der Blick war überwiegend auf den Einzelfall und – obwohl er seine Geschichte von draußen mitbrachte – nach innen gerichtet. Die Institution stand im wesentlichen mit dem Rücken zur Kommune, zum Einzugsgebiet; sie präsentierte sich kompakt und stabil. Die Ordinarien waren noch Ordinarien, die Sozialarbeiterinnen noch Fürsorgerinnen, die Anwesenheit von Psychologen, also Nicht-Ärzten, in der Klinik hielt man zumindest für überflüssig, und die Psychotherapeuten richteten sich, von Ausnahmen abgesehen, außerhalb der Universität ein. Kurzum: man war mit seinen Kranken unter sich. Ich maße mir nicht an zu sagen, daß diese Psychiatrie schlecht gewesen sei. Sie hat im Gegenteil, wie ich meine, nicht nur Hervorragendes geleistet, sondern wahrscheinlich

überhaupt die Voraussetzungen für die nun einsetzende zweite Phase der Entwicklung bereitgestellt.

Der Ausbruch aus dem Elfenbeinturm begann Ende der fünfziger, Anfang der sechziger Jahre. Die Gründe für diesen zum Teil jähen Interessen- und Stilwandel sind sicher mannigfaltiger Art. Eine wichtige Rolle spielte zweifellos jene junge Generation von psychologisch und anthropologisch interessierten Psychiatern, die sich mit der Analyse von Lebensgeschichten der Patienten und ihrer Dynamik, weniger mit Symptomen als mit spezifischen pathologischen Erlebnisweisen beschäftigte. Sie bekam vermehrt einen Sensus für das Problem des Einflusses sozialer Faktoren, der sozialen Umwelt überhaupt auf Verlauf und Entstehung psychischer Krankheiten und dachte so im Grunde schon zu einem Zeitpunkt sozialpsychiatrisch, als dieser Terminus noch gar nicht ins Gerede gekommen war. Es nimmt daher nicht wunder, daß aus der hier angesprochenen Gruppe damals noch junger Psychiater wohl die Ersten kamen, welche sich an die Spitze der Entwicklung stellten und eine sozialpsychiatrisch orientierte Reform der Krankenhausversorgung forderten.

Hierbei ist ferner erheblicher Einfluß Initiativen zuzuschreiben, die in anderen Ländern zu verzeichnen waren: Dänemark hatte schon 1956 einen Reformplan zur Versorgung psychisch Kranker aufgestellt, der englische nationale Gesundheitsdienst gestaltete die psychiatrischen Dienste völlig neu, in Frankreich entwickelte sich die sogenannte sektorierte Psychiatrie. Vor allem aber beeindruckte die Kongreßbotschaft des Präsidenten Kennedy über «Psychische Krankheiten und Entwicklungshemmungen» vom 5. Februar 1963.

Hinzu kam ein zunehmendes Bewußtsein von der Misere und Stagnation, in welcher die psychiatrischen Krankenhäuser steckten – ein Zustand, den man später mit der Bezeichnung «Brutale Realität» charakterisiert hat. Und schließlich war diese Entwicklungsphase naturgemäß in jenen allgemeinen, sehr komplexen Umwandlungsprozeß eingebettet, der durch die beginnende weltweite Studentenrevolte, das Aufkommen der Gesellschaftswissenschaften, die Demokratisierungs- und Partizipationstendenzen in allen Bereichen, verbunden mit dem Versuch, hierarchische Strukturen abzubauen, notdürftig angedeutet werden kann.

Es ist bemerkenswert, daß die damaligen, nun schon mindestens zwölf Jahre alten Thesen, Forderungen und Veröffentlichungen zur Reform der psychiatrischen Krankenhausversorgung mit den entsprechenden Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission aus dem Jahre 1975 weitgehend identisch sind. Das, was jahrelang in diesem Land vergeblich gefordert, diskutiert, niedergeschrieben wurde, und das zunächst weder bei den Administrationen, noch bei den Politikern generell Beachtung fand, ist unmittelbar in die Enquête eingeflossen. Freilich hat die vierjährige Arbeit der Sachverständigen-Kommission deutlich werden lassen, daß die Reform der gesamten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter viel komplexer ist, als das zu Beginn den Anschein haben mochte. Nicht nur die Schwerpunkte mußten verlagert werden, auch das von den Empfehlungen schließlich abgedeckte Feld ist wesentlich umfangreicher geworden.

Aber verfolgen wir die Entwicklung weiter. Man kann den Juni 1971 als einen Zeitpunkt ansehen, an dem die Phase innovativer Anstöße in die Phase der Realisierungsprobleme übergeht. Zu diesem Termin beschloß nämlich der Deutsche Bundestag einstimmig, die Bundesregierung damit zu beauftragen, eine Enquête über die Lage der Psychiatrie erstellen zu lassen.

Zwar brachte Kisker schon 1961 eine Nachtambulanz in Heidelberg in Gang und bauten wir zur gleichen Zeit, durchaus improvisiert, in Frankfurt eine sozialpsychiatrische Abteilung mit Tages- und Nachtambulanz auf; zwar entwarf Häfner 1963 bereits die ersten Pläne zu einem «Modellinstitut für sozialpsychiatrische Forschung und Therapie» und gründete den entspre-

chenden Verein zur Förderung dieses Vorhabens; zwar wurden hier und da Initiativen im Land sichtbar, jedoch recht eigentlich in Bewegung geriet die Reform der psychiatrischen Versorgung erst mit dem vollen Einbruch dieses Themas in den politischen Raum. Denn folgenreich können Vorstellungen, Empfehlungen, Forderungen naturgemäß erst dann werden, wenn sie aus dem Dunstkreis unverbindlichen Diskutierens in den Bereich möglicher politischer Meinungsbildung und Verwirklichung geraten. Diese notwendige Verkoppelung der Erarbeitung des Wünschenswerten mit den harten Bedingungen des Machbaren und des – soweit abschätzbar – politisch Durchsetzbaren hat die gesamte Tätigkeit der Sachverständigen-Kommission als ein ständiges Moment der Kontrolle und der Zügelung begleitet.

Inzwischen liegt der Enquête-Bericht dem Deutschen Bundestag vor. Wenn mit der noch ausstehenden Stellungnahme der Bundesregierung während der 8. Legislaturperiode die Beratung des Berichts stattfindet, werden die Konturen des Problems möglicher Realisierungschancen vermutlich in aller Schärfe hervortreten. Das betrifft nicht nur die Frage nach den Ressourcen und damit vor allem nach der Finanzierbarkeit – eine Frage, die ganz generell wie eine drohende Wolke über allem politisch Gewollten liegt. Jedem ist bekannt, daß die Erfüllung staatlicher Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in die Kompetenz der Länder gehört, soweit das Grundgesetz keine andere Regelung getroffen hat oder zuläßt. Deswegen waren auch die obersten Gesundheitsbehörden der Länder in der Sachverständigen-Kommission selbst und in einem Beirat vertreten. Hauptsächlich Adressaten für eine, in welche Empfehlung auch immer gelenkte Forderung, die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu reformieren, sind daher zunächst die Länderparlamente, sodann auch die kommunalen Gebietskörperschaften mit ihren Spitzenverbänden. Man wird sich angesichts dieses Sachverhalts allerdings fragen müssen, ob und in welchem Umfang es gelingen kann, den prinzipiellen, systematischen, also doch zu einer gewissen Vereinheitlichung hinstrebenden Gehalt des Empfehlungskatalogs der Enquête in ein Thema mit elf Variationen umzugießen. Und weiter wäre die noch präzisere Frage anzuschließen, ob überhaupt etwas und gegebenenfalls wieviel durch die förderale Variantenbildung von dem ursprünglich Intendierten verlorengeht – oder ob die elffache Konkurrenz möglicherweise sogar positive Auswirkungen haben könnte. Ich sage dies nicht, um Vor- und Nachteile des Förderalismus im Gesundheitswesen zur Debatte zu stellen. Diese Diskussion erscheint obsolet. Vielmehr kommt es im Zusammenhang mit der Abschätzung von Möglichkeiten, Verbesserungen eines anerkanntermaßen veralteten Versorgungssystems politisch zu realisieren, darauf an, die Schwierigkeiten zu vergegenwärtigen, welche sich aus der faktischen Konstruktion unseres Staatswesens ergeben. Diese Komplikationen werden auch nicht durch die auf Bundesebene etablierten Konferenzen und Arbeitsgemeinschaften sowohl der behördlichen als auch der parlamentarischen Seite ganz auszuräumen sein.

Hinzu kommt, daß die politische Willensbildung an verschiedene Voraussetzungen geknüpft ist. Entscheidungen können nur sinnvoll auf dem Hintergrund klarer Sachverhalte und eindeutiger Informationen gefällt werden. Das trifft ganz besonders auf gesundheitspolitisch relevante Strukturfragen zu, deren Lösungen in der Regel mit komplizierten Bedarfsanalysen und Kostenproblemen verbunden sind. In der Bundesrepublik sind freilich zuverlässige administrative Daten über Krankenhauseinrichtungen, Bettenzahlen, Diagnoseverteilung, Aufnahmeziffern, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit, Bettenausnutzung, über Anzahl und Belegung der so wichtigen Heime jedweder Art, über die Prävalenz von Behinderten, die Zahl der Verteilung der Frauen niedergelassener Ärzte – um nur einige Beispiele zu nennen – auf nationaler Ebene nicht abgreifbar. Es nutzt unter diesem globalen Gesichtspunkt nicht viel, daß die einzelnen Länder über statistisches Material verfügen. Die Informationen werden nach nicht immer gleichen Kriterien und mit unterschiedlicher Gewichtung eingesammelt, so daß sie weder einfach aufaddiert, noch für einen exakten Vergleich gebraucht werden können.

Die Sachverständigen-Kommission hat sich deswegen für sehr viel Geld im Bundesgebiet simple Basisdaten vermittels eines umständlichen Erhebungsverfahrens beschaffen müssen, um ihrem Auftrag, eine Bestandsaufnahme vorzulegen, wenigstens einigermaßen nachkommen zu können – Basisdaten, von denen man doch meinen möchte, sie stünden in einem modernen Staatswesen denen, die sie benötigen, jederzeit zur Verfügung.

Vor diesem zweifellos noch bruchstückhaften Spektrum von Schwierigkeiten und Verwicklungen, die sich denen entgegenstellen, die eingefahrene Gleise verlassen, Zustände verändern und Besseres verwirklichen möchten, kann die Entstehungsgeschichte und die, wie mir scheint, schließlich erfolgreiche Geburt des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in gewissem Sinn als Exempel dienen.

Konzept und Aufgabenstellung des Instituts hat Frau Minister Focke bereits gewürdigt. Hinzuzufügen wäre, daß es sich um eine ungewöhnliche, eine originelle und in ihrer Originalität durchaus überzeugende Lösung handelt. Hier wurde nicht einfach den bestehenden Universitätskliniken eine weitere hinzugefügt, sondern sehr sinnvoll Institutsforschung mit Klinik und Versorgungsaufgaben verbunden. Der Gedanke, einen derartigen Verbund unter ein Dach zu bringen, erscheint besonders einleuchtend und naheliegend gerade jetzt, wo uns das fertige Gebilde vor Augen steht.

Allerdings sollten wir nicht vergessen, daß von der ersten Idee, von der Gründung des Vereins, bis heute ganze dreizehn Jahre ins Land gegangen sind. Es erscheint nicht unzulässig, diese dreizehn Jahre auch als ein Indiz für die Zähflüssigkeit zu werten, gegen die man ankämpfen muß, wenn es gilt, das Originelle, das Bessere gegen das Konventionelle durchzusetzen. In der Tat: die Verwirklichung des Instituts gleicht einem akrobatischen Akt. Wer sich darin auskennt, wird mir zustimmen, daß allein schon die gelungene Finanzierung der Planung, des Bauvorhabens aus Töpfen des Bundes, des Landes und der Stadt, die Sicherung der laufenden Kosten außerhalb der Pflegesatzeinnahmen, noch dazu auf der Basis einer recht eigenwilligen Trägerkonstruktion, die Verknüpfung des Ganzen mit der Universität Heidelberg, der zweimalige stufenweise Umzug und die Einbeziehung eines nicht gerade anspruchlosen Sonderforschungsbereichs eine derartige Bezeichnung durchaus verdient. Ich möchte meinen, daß wir ohne Dein bewundernswertes bajuwarisches Durchstehvermögen, lieber Heinz, Deine Tatkraft und Deine Fähigkeit zu überzeugen, hier nicht beieinander säßen. Freilich fanden sich auch günstige Voraussetzungen. Welche Stadt kann schon einen Bürgermeister und einen Gesundheitsdezernenten vorweisen, der, wie Herr Martini, sich in dieser Weise über Jahre hin für die Psychiatrie engagiert hat und mit einem ganz ungewöhnlichen, inzwischen erworbenen Sachverstand den steinigen Weg einer vielfältig verzweigten Gemeindepsychiatrie zu ebnen vermag. Und nicht überall findet sich in unmittelbarer Nähe ein Landeskrankenhaus, das in kooperativer Weise bereit ist, sich in den Komplex der Versorgungsaufgaben für 330.000 Bürger hineinziehen zu lassen.

Die Entstehungsgeschichte des Zentralinstituts läßt deutlich werden, daß die Verwirklichung von Ideen nach wie vor an Personen gebunden ist, welche in hohem Maße befähigt sind und das Talent besitzen, Widerstände in dieser uns gemeinsamen Welt zu überwinden. Derlei ist sicher nicht zu planen oder gar zu organisieren. Auf der anderen Seite bleibt auch der Tüchtigste wirkungslos, wenn die Bedingungen widrig sind. Bedingungen aber lassen sich schaffen. Es ist daher auch weiterhin eine Aufgabe, die Chancen für sinnvolle Veränderung zu verbessern, das heißt: den Realisierungsprozeß jeweils eines Stücks im Konsensus gutgeheißener und notwendiger Reform zu ermöglichen – und es ist ferner eine Aufgabe, das unter Mühen exemplarisch Erreichte umsetzbar zu machen, auch für andere, die sich anschicken, eine bessere Psychiatrie zu praktizieren und zu planen. Im Fall des nunmehr eröffneten Mannheimer Zentralinstituts

hat aber die Umsetzung des Erreichten nicht nur einen Realisierungs- und einen institutionellen Aspekt, sie muß auch auf die zukünftige Funktion dieser Einrichtung bezogen werden. Denn nun, wo in Mannheim zum Glück das Terrain geebnet ist, sollten wir in gespannter Neugier darauf schauen, was es für uns zu lernen geben wird. Ich finde es zum Beispiel von großer Wichtigkeit, daß hier mit einer vergleichsweise recht geringen Bettenzahl von 0,29 Prozent für die akute und mittelfristige Psychiatrie der Versuch unternommen wird, ein umfassendes Versorgungsnetz aufzubauen. Wir benötigen dringend wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zu dem Problem, in welchem Umfang eine intensive Gemeindepsychiatrie, ambulante und differenziert vorhandene komplementäre Dienste zur Entlastung und Reduzierung der teuren Bettenkapazität beitragen können. Erfahrungen an anderen Orten zeigen bereits, daß wir die Bettenmeßziffern eher zu hoch eingeschätzt haben. Derartige evaluative Bedarfsanalysen könnten erhebliche Auswirkungen auf die Investitionspolitik der Träger psychiatrischer und sozialer Einrichtungen sowie ihrer Finanziere haben.

An vielen Stellen kommt die so dringend benötigte Versorgung geistig und seelisch Behinderter in Gang. Auch hier stochern wir weitgehend im Nebel, weil wir weder bei der Beurteilung des Bedarfs auf sicherem Boden stehen, noch zuverlässige Daten über die Effizienz der vielfältigen, auf diesem Gebiet notwendigen und miteinander verzahnten Dienste besitzen. Und schließlich wünschten wir uns, daß mit dem Ausbau des Fallregisters die Fülle und Präzision der epidemiologischen Forschungsergebnisse zum Nutzen aller zunimmt.

Wenn man bedenkt, daß dies nur einige wenige Beispiele aus einem weit umfangreicheren Aufgabenkatalog sind, den sich das Institut vorgenommen hat, dann kann ich denen, die hier ihre Tätigkeit aufnehmen, zu diesem heutigen Tag nur gratulieren. Sie haben ein Instrument erhalten, das scharf geschliffen erscheint, mit dem man gewiß effektiv arbeiten kann – und Sie sollten wissen, daß die allerorts in Bewegung geratene Psychiatrie erwartungsvoll nach Mannheim blickt. Mögen diese Erwartungen und Ihre eigenen Hoffnungen in Erfüllung gehen. Dazu wünsche ich allen Mitarbeitern des Zentralinstituts ein gutes Gelingen!

da haben wir an einem Abend – Herr Reschke, Herr von Baeyer, Herr Willing und ich – beraten und sind zu dem Ergebnis gekommen: auch das Mannheimer Institut darf nicht an den Stadtrand: es muß ins Herz der Stadt.

Ich weiß, daß der Vorschlag, es dort zu bauen, wo es jetzt entstanden ist, von Oberbaudirektor Willing kam, der hier unter uns ist. Wenn es nur darum gegangen wäre, den Standort zu revidieren: es hätte schon genügt, um diesen Besuch im April 1967 in den USA vollauf zu begründen. Zusätzlich haben wir damals gelernt, und ich bin dankbar, daß Sie, Professor Redlich, das heute an diesem Pult auch gesagt haben: was wir da bauen ist ein Medizininstitut, da soll Medizin betrieben werden und nichts anderes. Es ist ein Teil der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim.

Ich spreche hier als Stiftungsbeauftragter, nicht als Bürgermeister. Deswegen kann ich der Stadt danken, nicht nur für das Grundstück, sondern auch für das, was Oberbürgermeister Dr. Ratzel hier erklärt hat: daß er dem Gemeinderat vorschlagen wird, aus einer für soziale Zwecke gebundenen Erbschaft einen Betrag von einer Million Mark für flankierende Maßnahmen zum Zentralinstitut bereitzustellen. Ich will das wiederholen für den Fall, daß es jemand nicht genau gehört haben sollte. Es ist in der Tat so, daß wir dies tun wollen, und daß diese Million auch relativ schnell verfügbar ist.

Herr Häfner: mehrmals ist unsere Partnerschaft betont worden. Ich bin der Meinung, wenn die Psychiatrie in die Gemeinde zurückgeholt werden soll, dann müssen derartige Partnerschaften zwischen Psychiater und Kommunalpolitiker entstehen. Nach meiner Meinung gibt es auch in anderen Städten Kommunalpolitiker, von denen ich glaube, daß sie auf ein ähnliches Angebot der Psychiatrie eingehen würden. Unser Staat ist auf der kommunalen Ebene besonders gut organisiert und kann hier solche Angebote annehmen. Die Frage ist nur, ob es genügend Psychiater gibt, die ein solches Angebot machen können.

Ich habe mir, Herr Professor Kulenkampff, ähnliches notiert wie das, was Sie sagten, als Sie vom Durchstehvermögen von Herrn Häfner sprachen. Für das, was Herr Häfner hier geleistet hat, gilt der Satz von Max Weber, mit dem er vor Jahrzehnten die Politik definierte – eine Definition übrigens, die klarstellt, daß Politik nicht nur darin bestehen kann, oder gerade nicht darin besteht, nur zu demonstrieren und zu fordern: «Politik, das ist ein starkes und langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich.» Und genau das ist es, was für die Rückführung der Psychiatrie in die Gemeinde auch von den Psychiatern gefordert wird: ein starkes Durchbohren, ein langsames Bohren über Jahre hinweg, auch zehn und fünfzehn Jahre, ein Durchbohren von Brettern, was heißt: ein handwerkliches Tun. Und dieses mit Leidenschaft und der Bereitschaft zu Opfern, aber zugleich mit Augenmaß: nämlich mit einem Sinn für das, was möglich ist. Und genau dies, Herr Häfner, haben Sie getan.

Ich darf Ihnen bei dieser Gelegenheit danken, daß Sie es ermöglicht haben, unsere Partnerschaft zu begründen und zu erhalten. Ich bekäme sicher psychogene Reaktionen, wenn ich mir vorstellte, ich hätte es mit einem anderen tun müssen. Ich habe immer wieder gefühlt, daß Sie sich nicht entmutigen ließen, und so ist alles schließlich gelungen. Aber unsere Partnerschaft ist nicht nur eine Sache zwischen uns beiden. Sie kann auch ein Beispiel geben – und das sollte sie tun – für Maßnahmen und Vorhaben an anderen Orten. Und da meine ich die Frage, ob von seiten der Psychiatrie die richtigen Leute mit der richtigen Einstellung sich bereitfinden. Ich bin weniger in Sorge für die Seite der Kommunalpolitik. Kommunalpolitiker, die geeignet sind, wird es geben. Deswegen: in unserer Partnerschaft war ich austauschbar – Sie waren es nicht.

Meine Damen und Herren, dieser Festakt – es ist zurecht betont worden – weiht keine Institution ein, die in allen Teilen vollendet ist. Es wird weitergehen, es muß weitergehen, wir werden die Sache weitermachen. So werde ich noch eine Wegstrecke von etwa zwei Jahren als Stiftungsbeauftragter das Institut begleiten. Wir danken für Ihren Besuch.

John Kenneth Wing

Ansichten über Epidemiologie in der Psychiatrie

Vortrag anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg am 28. März 1977

Ich beabsichtige, in meinem Vortrag den Wert einiger Vorstellungen darzulegen, die in der psychiatrischen Epidemiologie lange vorherrschten und die auch noch in Zukunft vielversprechend sind. Ich werde die Definition von LILIENFELD (1957) verwenden, die von KISKER (1966) wie folgt ausgedrückt wird:

«Epidemiologie, das heißt Feststellung der Häufigkeit bestimmter Krankheiten und Krankheitsbedingungen in bestimmten Populationen und ihr Vergleich im Hinblick auf die Verteilung in Zeit und Raum.»

Diese Definition beruht auf der Annahme, daß Epidemiologie in der Hauptsache in der Anwendung einer Untersuchungsmethode besteht, nämlich der Berechnung des verhältnismäßigen Vorkommens von Krankheiten in verschiedenen Gruppen einer Population.

Das Wesentliche der Epidemiologie besteht in Vergleichen, und ein Vergleich kann nur dann dargestellt werden, wenn sein Ziel genau festgelegt ist, wenn die Untersuchungsbedingungen exakt definiert sind und wenn Methoden verwendet werden, die auch in anderen Ländern von Untersuchern wiederholt werden können.

COOPER und MORGAN (1973) betonten, daß die epidemiologische Methode hauptsächlich in drei wichtigen Forschungsbereichen verwendet wurde: um die Natur einer Krankheit zu finden, um ihre Ursache zu entdecken und um zu beurteilen, bis zu welchem Grad medizinische und soziale Fürsorge die wirksamsten Methoden der Prophylaxe und Therapie sind, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und zu erhalten. Aus jedem dieser drei Forschungsbereiche werde ich ein Konzept herausfragen. Jeder von ihnen wurde von den aufeinanderfolgenden Psychiatergenerationen neu interpretiert, jeder von ihnen enthält eine Fülle von möglichen Weiterentwicklungen. Es handelt sich um den Begriff der Geisteskrankheiten, um die Idee der Verursachung durch soziale Verhältnisse und um die einer rationellen Planung.

Die Idee der Krankheit in der Psychiatrie

Die methodische Basis der Epidemiologie hängt von der Genauigkeit ab, mit der wir das Verhältnis abschätzen können zwischen der Zahl der Menschen mit einer definierten Krankheit, die in einer gegebenen Population während einer bestimmten Zeit leben, im Vergleich zur Anzahl von Menschen, die in Gefahr sind, diese Krankheit zu bekommen. Bei der Berechnung stehen im Zähler die Anzahl der «Fälle» und im Nenner die Bevölkerungsziffer der untersuchten Population. Beide Zahlen können viele Irrtümer enthalten; ich will hier jedoch nur auf die Bedingungen eingehen, die im Zähler enthalten sind.

Die Entwicklung der wissenschaftlichen Krankheitsbegriffe kann nicht von dem historischen Prozeß isoliert werden, im Zug dessen manche Erscheinungsformen menschlicher Erfahrung oder menschlichen Verhaltens für sozial unerwünscht gehalten werden. Man könnte argumentieren, daß große musikalische oder mathematische Talente ererbt seien, wenigstens potentiell, und daß es eines Tages möglich sein würde festzustellen, wer solche Fähigkeiten hat, indem man die Aktivität bestimmter Stellen des Gehirns mißt. Hier sind die Grundzüge einer Krankheitstheorie, aber da nur wenige menschliche Gemeinschaften dazu neigen werden, musikalisches oder mathematisches Talent für unerwünscht zu halten, ist es höchst unwahr-

scheinlich, wenn auch nicht unmöglich, daß diese jemals als Erkrankung betrachtet werden. Die Bezeichnung «soziale Abweichung» hat eine ähnliche Tendenz. Die wissenschaftliche Betrachtungsweise bleibt die gleiche, sei es daß wir Genie oder daß wir Gelbsucht untersuchen, nur die Bezeichnung ist verändert. Aber ob wir von einer «Fähigkeit» oder «Unfähigkeit» sprechen, hängt meistens von gesellschaftlichen Normen ab. J.R. BAKER beschrieb 1974 ein Beispiel dieses Prozesses in seiner Erörterung der ethnischen Unterschiede im endogenen Körpergeruch. Menschen mit ausgeprägtem Geruchsvermögen können Unterschiede in der Qualität und Stärke des axillaren Geruchs wahrnehmen, die individuell verschieden sind und beim selben Menschen zu verschiedenen Zeiten variieren, zum Beispiel dem menstruellen Zyklus entsprechend. Allgemein gesprochen: Europäer und Neger riechen, Japaner nicht. Die letztgenannten sind daher sehr empfindlich gegen axillaren Geruch, so daß sie fast eine Abscheu davor haben. Aber zehn Prozent der Japaner produzieren einen Achselgeruch wie die Europäer, vielleicht weil sie von den Ainus abstammen. – Die Ainus gehören derselben ethnischen Gruppe an wie die Europäer. Das Vorhandensein eines Geruchs halten die Japaner für eine Krankheit – *osmidrosis axillae* –, welche Befreiung vom Militärdienst rechtfertigte. Es gibt Spezialisten für ihre Behandlung, und die an ihr Leidenden werden im Krankenhaus aufgenommen.

René DUBOS (1965) beschrieb einen südamerikanischen Stamm, bei dem eine entstellende Krankheit, nämlich dyschromische Spirochaetose, charakterisiert durch vielfarbige Flecke auf der Haut, derart verbreitet war, daß diejenigen, die nicht daran litten, für nicht normal gehalten wurden und nicht heiraten durften. Dyschromische Spirochaetose ist eine schwere Krankheit, die ein Experte sofort erkennt, aber nur diejenigen, die daran litten, wurden für gesund gehalten.

Diese Beispiele zeigen, welcher Art die Krankheitsbegriffe sind. Es gibt hier hauptsächlich zwei Komponenten. Die eine besteht in der Wahrnehmung eines Symptoms oder mehrerer Symptome – eines «Syndroms» –, die den Hauptbestandteil eines Zustands bilden, der als unerwünscht für die Allgemeinheit erachtet wird. Die andere Komponente besteht in der Aufstellung einer theoretischen Erklärung, welche im Lauf der Zeit rein empirisch und in neuerer Zeit durch planmäßige Anwendung wissenschaftlicher Methodik untersucht worden ist, obwohl der Gedanke an Magie wahrscheinlich dabei immer eine Rolle spielt. Man erinnert sich da an die simple Theorie von John BROWN aus Edinburgh, der meinte, daß alle Krankheiten entweder Depressionen oder Aufregungen, deren Behandlung entweder Alkohol oder Opium wären. Seine eigenen waren Depressionen, er starb an der Kur.

Die meisten der wissenschaftlichen Krankheitstheorien beruhen auf einer Kenntnis des homöostatischen Mechanismus, der die entsprechende körperliche Funktion, zum Beispiel die Zuckerkonzentration im Blutserum, innerhalb bestimmter Grenzen hält. Wenn irgendwelche spezifischen Einflüsse auftreten, kann eine oder mehrere der normalen Funktionen gestört werden, Grenzen werden überschritten, und ein klinisches Syndrom wie Diabetes mellitus entwickelt sich.

Zwar haben wir in der Psychiatrie keine derart detaillierten Theorien, aber wir wissen jetzt mehr als in der Zeit, in der KRAEPELIN zuerst seine große Synthese schuf (WING, 1977a). Aber wissenschaftlicher Fortschritt könnte beschleunigt werden, wenn sich die Forscher schneller über den Gegenstand ihrer Untersuchungen verständigen würden. Dies benötigt exakte Definition und Quantifizierung.

SYDENHAM gab drei Kriterien für das Erkennen eines Krankheitssyndroms: es sollte eine Korrelation innerhalb einer Gruppe von Symptomen bestehen, das Syndrom sollte von anderen unterscheidbar sein und eine anhaltende charakteristische Struktur besitzen. Wir

haben gesehen, daß der Prozeß des Erkennens zuweilen sehr lange Zeit in Anspruch nimmt, aber es kann manchmal auch das Resultat einer plötzlichen klinischen Einsicht sein. ARETAEUS beschrieb eine «Auflösung von Fleisch und Gliedern in den Harn», gefolgt von frühem Tod, und nannte dieses Syndrom «Diabetes». Die Benennung oder, in heutiger Terminologie, das «labelling» ist ebenso wichtig wie die Erkenntnis. Sowohl HASLAM (1809) wie ITARD (1801 und 1807) beschrieben in brillanter Klarheit einzelne Fälle von Autismus in früher Kindheit. Aber erst 1943 erreichte KANNER diese schöpferische Erkenntnis und die gleiche klinische Präzision in der Beschreibung des Syndroms und gab ihm tatsächlich einen Namen, der klar machte, wie sehr es sich von einem geistigen Defekt oder Schizophrenie oder sonstigen Zuständen unterschied, mit denen es bis dahin in einen Topf geworfen worden war. KANNERS Beschreibung beruhte auf der Beobachtung von elf Kindern. Dies genügte. Nicht für jeden Fortschritt in der Psychiatrie ist eine große Zahl von Patienten und eine komplizierte statistische Analyse erforderlich.

Mir ist kein in der klinischen Praxis gemeinhin anerkanntes Syndrom bekannt, das in erster Linie durch die Anwendung statistischer Prozeduren wie Faktorenanalyse definiert worden wäre, obschon Syndrome auf Grund der Beobachtung ihrer Beziehungen zu anderen Syndromen sicherlich verbessert und erweitert worden sind. Der Vorgang der Syndromerkenntnis bezieht sich im wesentlichen auf Kategorien, und es ist kritisiert worden, daß er angesichts der zugrunde liegenden dimensional, komplexen Natur des Problems zu simpel sei. Aber wenn man daran denkt, daß wir am Scheitelpunkt einer Entwicklung stehen, die Dekaden in Anspruch genommen hat, so wird man unschwer einsehen, daß eine Beziehung zwischen Krankheitsgruppen besteht, die früher als unabhängig voneinander angesehen wurden, und daß es andererseits notwendig ist, Zustände, die man früher für eine Einheit hielt, in kleinere Untergruppen aufzuteilen, gemäß später gefundener Kriterien. Außerdem werden in dem Maß, in dem wir eine größere Kenntnis biologischer Kontrollmechanismen gewinnen, oft Prozesse, die den Syndromen zugrunde liegen, als Komplex und andauernd sowie voneinander unabhängig erkannt. Diabetes mellitus ist ein klares Beispiel dafür.

Das bedeutet nicht, daß es möglich gewesen wäre, unseren derzeitigen Standpunkt zu erreichen, ohne erst ein Stadium des Kategorisierens durchzumachen, oder daß wir es uns jetzt leisten könnten, die Einteilung der Krankheit in Kategorien aufzugeben. Hierüber zu streiten, würde ein Mißverständnis der Natur und des Werts wissenschaftlicher Klassifizierung bedeuten. Tycho BRAHES und LINNES Beiträge zu einer kreativen und fortschrittlichen wissenschaftlichen Tradition waren nicht weniger wertvoll, weil wir – rückblickend – finden, daß ihre Beiträge, wenn man sie als Spitzenleistung ansieht, zu einer statischen und sterilen Beschäftigung mit Beschreibung und Klassifikation geführt hätten. De facto hätten sich Astronomie und Biologie ohne sie nicht entwickelt. Die Fähigkeit, vom kategorisierenden zum dimensional Denkstil überzuwechseln, macht den auf höchstem Niveau schöpferischen Wissenschaftler aus.

Es gibt natürlich auch praktische Gründe, um bei einem kategorisierenden diagnostischen System zu bleiben. Epidemiologie hängt von der Zählung der Individuen ab; Entscheidungen über Therapie werden eher nach dem «Entweder/oder»-Prinzip getroffen als innerhalb eines Kontinuums; es ist unrealistisch anzunehmen, daß die meisten praktisch arbeitenden Mediziner, Psychologen oder Sozialarbeiter imstande wären, ihre Entscheidungen auf ein vollständiges Begreifen aller relevanten und modernsten theoretischen Dimensionen zu gründen. Wenn es nicht gelingt, die klinischen Aufzeichnungen über die von den Patienten mitgeteilten subjektiven Erfahrungen zu kodifizieren und zu systematisieren, wird es vor allem nicht nur den Ärzten unmöglich gemacht, ihre Meinungen auszutauschen, so daß Einsichten wie die von ITARD jahrelang ungenutzt bleiben, außerdem ist die Leidensgeschichte der Patienten nutzlos vergeudet worden.

Frühere Epidemiologen haben bemerkenswerte Erfolge erreicht, indem sie ihr Gehirn wie einen Computer benutzten, und auch heute ist es noch schwierig, an die Leistung der Besten unter ihnen heranzureichen. Es könnte sein, daß brauchbare Fortschritte bei der Erforschung von Syndromen nur dann gemacht werden, wenn man die Hinweise verfolgt, die sich von den pharmakologischen, biochemischen, neuropsychologischen und pathologischen Untersuchungen ableiten lassen. Aber ich glaube nicht, daß wir darauf warten müssen. Die Definition der Symptome, die Vergleichbarkeit der Methoden zur Beschaffung klinischer Information und die Standardisierung der Aufzeichnungen, ob angegebene Symptome vorhanden sind und in welchem Grad, haben sich in den letzten 25 Jahren deutlich verbessert. In zwei internationalen Studien (COOPER und Kollegen, 1972; WHO, 1973) wurde erfolgreich ein ausgeklügeltes System angewandt, das auf der Kontrolle des klinischen Interviews und der Benutzung eines vorher vereinbarten Glossars von Definitionen basiert, um das Erkennen und die Beschreibung von Symptomen vergleichbar zu machen. Manche Schwierigkeiten, die scheinbar bei der Untersuchung von Menschen aus verschiedenartigen Kulturkreisen unvermeidlich sind – wenn man Sprachen mit völlig verschiedener Struktur wie Chinesisch oder Hindi oder Yoruba benutzen muß –, wurden überwunden.

Ferner fand man: Klinische Diagnosen funktioneller psychischer Störungen konnten ziemlich zutreffend gestellt werden, wenn man in den Computer eine Reihe von Regeln für die Klassifikation eingab und dadurch einen großen Anteil subjektiver Variation ausschaltete. Dieser Teilerfolg berechtigt zu der Hoffnung, daß weitere Fortschritte bevorstehen. Bisher ist der größte Fortschritt hinsichtlich der Zuverlässigkeit einer Diagnose bei der Untersuchung von Patienten erreicht worden, die erst vor kurzem ins Krankenhaus aufgenommen worden sind und die also an akuten und ernsten Erkrankungen leiden wie etwa Schizophrenie, Manie oder schweren Depressionen. Die Beziehung zwischen diesen Erkrankungen und Variablen wie Alter, Geschlecht, organische Faktoren – Taubheit, Alkohol, Amphetamin, Schläfenlappenepilepsie –, genetischen Einflüssen, medikamentöser Behandlung, Vulnerabilität gegenüber sozialem Stress und der Disposition zu chronischen Erkrankungen, kann jetzt durch die Anwendung präziserer und vergleichbarer Methoden der Fallidentifizierung von neuem untersucht werden. Auf jedem dieser Gebiete können wir erwarten, neue Erkenntnisse für alte Probleme zu finden.

Diese methodologischen Fortschritte haben bei zwei der Hauptschwierigkeiten innerhalb der psychiatrischen Epidemiologie nur wenig geholfen. Die eine ist die Beschreibung und Messung der chronischen Schädigungen, die mit Krankheiten wie der Schizophrenie einhergehen. Hierfür sind ganz andere Techniken erforderlich. Ein gewisser Fortschritt ist bereits erreicht worden (WING, 1961, 1977b), und das Problem wird in vielen Instituten und auch hier in Mannheim untersucht. Die andere Schwierigkeit besteht in der Ermittlung psychischer Krankheiten in der Allgemeinbevölkerung. Hier erhebt sich die fundamentale Frage, ob es einen definierbaren Schwellenwert gibt, unterhalb dessen Syndrome nicht erkannt werden können. Diese Frage ist ziemlich leicht beantwortbar, wenn wir an Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen denken, aber viel schwieriger bei Depressionen und Angstkomplexen. Eine versuchsweise Lösung wurde vorgeschlagen, die insofern einen gewissen Erfolg hatte, als ein guter Grad von Zuverlässigkeit und von Übereinstimmung mit der klinischen Beurteilung erreicht werden kann (WING, 1976a; WING und Kollegen, 1977). Es bleibt abzuwarten, ob sich diese Lösung – in Verbindung mit anderen Methoden zur Messung des Verlaufs und der Prognose einer Erkrankung – zum Vergleich der Häufigkeit psychischer Krankheiten in einer Allgemeinbevölkerung oder in spezifischen Untergruppen einer Population eignet und so dazu dienen kann, spezifische Ursachen sowie Methoden der Behandlung und Vorbeugung zu finden.

Ich hoffe, daß ich genug gesagt habe, um deutlich zu machen, daß noch viel zu tun bleibt, um die erste Hauptaufgabe der Epidemiologie zu fördern: die klinische Natur psychischer Krankheiten aufzuklären. Nunmehr will ich die zweite Funktion der Epidemiologie erörtern: die Feststellung der Ursachen.

Die Unterscheidung von Ursache und Wirkung

Eine der ersten Regeln, die ein Epidemiologe lernt, ist, daß sich sein Handlungsvorrat, die Zusammenhänge, die er zwischen Variablen findet, nicht unmittelbar in die Begriffe von Ursache und Wirkung umsetzen läßt. Es ist möglich, experimentelle und epidemiologische Methoden zu kombinieren, und eine solche Kombination ist sehr wirkungsvoll (LEFF, 1973; L. WING und Kollegen, 1972), aber die Problematik ist erheblich. Von den unzähligen Beispielen, die man erwähnen könnte, will ich eins wählen, das in der psychiatrischen Epidemiologie besonders berühmt ist: die beiden gegensätzlichen Erklärungen der Beobachtung, daß Schizophrenie gewöhnlich mit sozialer Isolation einhergeht. Einmal wird dies mit Stress begründet, das andere Mal mit Selektion. Die Streitfrage, weshalb Stress und Selektion gleichzeitig beobachtet werden, ist noch immer nicht beantwortet, und der Konflikt zwischen den verschiedenen Meinungen kann noch immer zum Erwerb von weiterem nützlichem Wissen führen.

Die Beobachtung, daß die erstmaligen Krankenhausaufnahmen für Schizophrenie häufiger bei bereits bestehender sozialer Isolierung sind, ist oft bestätigt worden. ØDEGARD zeigte 1932, daß die Aufnahmequote bei Norwegern, die nach Amerika ausgewandert waren, verglichen mit der der Zuhausegebliebenen höher war; und andere amerikanische Studien haben dies bestätigt (MURPHY, 1965); MEZEY (1960) fand eine größere Rate bei denjenigen, die Ungarn während des Aufstands im Jahre 1956 verlassen hatten, stellte aber fest, daß Schizophrenie bei denjenigen häufiger war, die keine politischen Gründe für ihre Auswanderung angaben. FARIS und DUNHAM berichteten über eine größere Aufnahmequote aus den isolierten Armenvierteln in Chicago, HÄFNER und REIMANN (1970) bestätigten dies für Mannheim. HARE (1956a) und STEIN (1957) untersuchten die Verhältnisse in Städten mit einer weniger einheitlichen Entwicklung, nämlich Bristol und London, in denen Armut und soziale Isolierung nicht notwendigerweise miteinander einhergingen, und zeigten, daß soziale Isolierung der bedeutsamere Faktor war. ØDEGARD fand 1946, daß Schizophrene zu Beginn ihrer Erkrankung weniger geneigt waren zu heiraten als Gleichaltrige mit anderen Krankheiten oder als andere in der Allgemeinbevölkerung. Auch diese Beobachtung ist oftmals bestätigt worden. Analoge Studien griffen die Schichtunterschiede als Variable heraus und zeigten, daß zur Zeit der ersten Krankenhausaufnahme Schizophrenie weit häufiger bei Patienten mit Berufen der unteren Schichten vorkam (HOLLINGSHEAD und REDLICH, 1958).

Man hat viel darüber diskutiert, ob die höheren Schizophrenieraten in diesen Studien auf den Stress zurückzuführen seien, der durch Verarmung oder Isoliertsein entsteht, oder ob die späteren Schizophrenen prämorbid Charakteristika aufwiesen, die sie daran hinderten, eine bessere Arbeit zu finden, oder sie sozial isolierte Lebensbedingungen aufsuchen ließ. Im großen ganzen hat man die zweite Hypothese als richtig anerkannt (HARKEY et al., 1976). Sowohl in Amerika (GERARD und HOUSTON, 1953; DUNHAM, 1965) wie auch in England (HARE, 1956b, GOLDBERG und MORRISON, 1963) fand man, daß Menschen, die später an Schizophrenie litten, dazu neigten, in isolierte Gebiete zu ziehen und in ihrem Beruf zu versagen, bevor die ersten Zeichen der Erkrankung auftraten. ØDEGARD hat stets die Auswanderung und Heirat betreffenden Daten mit einer Selektionswirkung begründet.

Beweismaterial häuft sich, welches zeigt, daß verletzbarere Menschen wahrscheinlich in der Schule Schwierigkeiten haben und weniger fähig sind, soziale Beziehungen während ihrer

Kindheit aufrecht zu erhalten (NOREIK und ØDEGARD, 1966; WATT und LUBENSKY, 1976). Ein reiches klinisches Beweismaterial zeigt, daß sozialer Rückzug – einschließlich des Aufsuchens isolierter Lebensumstände – sehr häufig während des Verlaufs einer Schizophrenie vorkommt (BLEULER, 1972; BROWN, BONE, DALISON und WING, 1966; CREER und WING, 1974; TIDMARSH und WOOD, 1972; WHO, 1973). Wie weit diese Tendenz wirksam wird, hängt jedoch teilweise vom Milieu ab. COOPER zeigte 1961, daß Unterstützung und Ermutigung innerhalb der Familie zur Verhütung einer sozialen Verschlimmerung beitragen kann. Vergleichende Studien in großen psychiatrischen Krankenhäusern haben gezeigt, daß eine armselige soziale Umgebung sozialen Rückzug, Passivität und Langsamkeit fördert, während eine sozial reiche Umgebung sogar helfen kann, Symptome zu vermindern, die man lange für fundamentale Zeichen der Krankheit gehalten hatte (WING, 1960; WING und BROWN, 1970). Andererseits könnten zu enthusiastische Rehabilitationsversuche, wenn sie zu wenig vorbereitet werden, beim Patienten einen akuten Rückfall beschleunigen. VENABLES (1964; VENABLES und WING, 1962) zeigte bei chronisch behinderten Schizophrenen, daß das Niveau der physiologischen Erregbarkeit («Arousal») sehr hoch war, und verschiedene Theorien wurden darüber entwickelt, inwieweit die Erregbarkeit sowohl durch das soziale Milieu wie auch durch Behandlung beeinflusst werden kann (BROWN, BIRLEY und WING, 1972; WING und BROWN, 1970; WING, LEFF und HIRSCH, 1973).

So erschien dieser Sachverhalt schlüssig, und sogar die lebhaftesten Verteidiger der «Stress»-Hypothese fanden sich dazu bereit, sich die Auffassung von einer Wechselwirkung zu eigen zu machen, in der vorhandene Behinderungen bis zu einem gewissen Grad als bestimmend für den Verlauf der Schizophrenie angenommen werden (KOHN, 1976). Man muß jedoch eine Anzahl von Untersuchungen auf einem anderen Gebiet in Betracht ziehen, die bisher gewöhnlich nicht mit den epidemiologischen Untersuchungen in Zusammenhang gebracht werden, die wir bisher erörtert haben. Diese Studien beschäftigen sich mit dem plötzlichen Ausbruch einer Schizophrenie – sei es zum ersten Mal oder als Rückfall bei bereits bestehender Krankheit – infolge von Faktoren in der unmittelbaren sozialen Umgebung, besonders in der Familie. Verschiedene deskriptive Studien aus Amerika schienen sehr deutlich pathogene Faktoren im Familienleben zu demonstrieren, die meistens von den Eltern herrührten. Das erklärte, weshalb in der Folgezeit eines der Kinder eine Schizophrenie entwickelte (LIDZ, FLECK und CORNELISON, 1965). Diese Faktoren können einerseits mit der Sozialschicht des Patienten oder mit seiner Isolierung von der Umwelt zusammenhängen, andererseits mit seiner Tendenz, sich aus der sozialen Umwelt zurückzuziehen. Leider ist der wesentlichste Teil der experimentellen Arbeit, der anscheinend definitive Resultate ergab (WYNNE, 1968, 1971) nur teilweise bestätigt worden (HIRSCH und LEFF, 1975). Der Grund dafür könnte sein, daß es sich bei den amerikanischen Studien um eine bedeutend breiter gefaßte Gruppe «schizophrener» Patienten handelte als bei der englischen. Die Problematik der diagnostischen Vergleichbarkeit habe ich bereits erwähnt; dies hier ist ein gutes Beispiel für die Verwirrung, die durch die Verwendung verschiedenartiger Standards für eine Definition bei einer wissenschaftlichen Arbeit verursacht werden kann.

Drei englische Studien haben sich mit dem familiären Milieu beschäftigt, in welches der schizophrene Patient kommt, wenn er aus der Klinik nach Hause entlassen wird. Sie zeigten, daß früher vorhandene wesentliche Beeinträchtigungen – wie zum Beispiel soziale Zurückgezogenheit – einen späteren Rückfall begünstigen können und daß die Intensität der emotionalen Bindung an einen nahen Verwandten einen ähnlichen Effekt haben kann (BROWN und Kollegen, 1962; BROWN, BIRLEY und WING, 1972; VAUGHN und LEFF, 1976a). Dieser zweite Faktor blieb signifikant, auch wenn man den ersten außer acht ließ, während das Umgekehrte nicht der Fall war. Dies ließ darauf schließen, daß ein Milieufaktor mit der

Auslösung schizophrener Schübe, einschließlich des ersten, zu tun hat, unabhängig von einer prämorbidem Beeinträchtigung. Es ist wichtig festzustellen, daß bei diesen Untersuchungen nur die Hälfte der nahen Verwandten einen hohen Grad von Gefühlsausdruck zeigte, während bei der anderen Hälfte die Patienten weniger Rückfälle hatten. Die Beobachtungen von STONE und ELDRED (1959) und von WING, BENNETT und DENHAM (1964) zeigten, daß bei hospitalisierten Patienten ein analoger Milieufaktor ebenfalls einen jähen Rückfall verursachen kann; er ist also nicht nur innerhalb von Familien wirksam (siehe auch GOLDBERG und Kollegen, 1977).

Als einfachste Methode zur Ermittlung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit erwies sich die Zahl der kritischen Bemerkungen des nächsten Angehörigen über den Patienten (VAUGHN und LEFF, 1976b). VAUGHN analysierte den Inhalt der kritischen Bemerkungen und fand, daß bei weitem die meisten sich nicht auf Symptome wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen bezogen, sondern auf die Persönlichkeit des Patienten. Obwohl in bezug auf die früher benutzten groben Meßmethoden für soziales Verhalten kein Unterschied zwischen Patienten mit Angehörigen mit starkem Gefühlsausdruck und solchen mit geringerem Gefühlsausdruck bestand, wiesen die kritischen Bemerkungen der Angehörigen jedoch auf einen Unterschied hin. Ob dieses Faktum von den Familienangehörigen oder von den Patienten herrührt, ist noch unklar (VAUGHN und LEFF, 1977). Mit anderen Worten: Die Ursache ist noch zweifelhaft. Auf einem Weg kann man weiterkommen: Man müßte versuchen, sich experimentell in das Familienleben solcher Familien einzumischen, in denen ein schizophrener Patient lebt und von dem ein Angehöriger als sehr kritisch bekannt ist. Man müßte den persönlichen Kontakt zwischen beiden einschränken und konstant Phenothiazin verabreichen.

Ein anderes interessantes Ergebnis ist zu erwähnen. TARRIER, in Zusammenarbeit mit VAUGHN und LEFF, stellte Messungen der physiologischen Erregbarkeit (Arousal) bei einer Gruppe von Patienten an, die sich ruhig in ihrem eigenen Heim aufhielten. Er fand, daß sie höher war als bei nicht-schizophrenen Kontrollpersonen. Der Angehörige wurde dann ins Zimmer gerufen. Hatte man vorher bei den Angehörigen einen starken Gefühlsausdruck festgestellt, so fand man, daß sich die Erregbarkeit (Arousal) nicht veränderte. Hatte man jedoch bei den Angehörigen vorher einen geringen Gefühlsausdruck festgestellt, so verminderte sich die Erregbarkeit (Arousal) auf die bei den Kontrollpersonen gefundenen Werte hin (TARRIER, noch nicht publiziert). Mit anderen Worten: Manche Familienmitglieder scheinen die gleiche protektive Wirkung zu haben wie das Milieu eines guten Krankenhauses (HEWETT, RYAN und WING, 1975; WING und BROWN, 1970). Vielleicht haben wir bisher unsere Aufmerksamkeit zu sehr auf die möglicherweise schädigenden Einflüsse in der Umgebung des Patienten konzentriert und nicht genügend auf diejenigen, die einen heilsamen Effekt haben. Beide Arten können innerhalb von Familien gefunden werden, und beide können auch außerhalb der Familien gefunden werden. Die in diesen Untersuchungen gefundene Erkenntnis kann dazu dienen, eine bessere Versorgung für Patienten und ihre Familien zu schaffen (WING, 1976b; 1977b,c). Diese Schlußfolgerung läßt nicht nur Raum für die Wirksamkeit von Umwelteinflüssen, sondern auch von krankhaften Veranlagungen. Es bedeutet nicht, daß die Angehörigen hilflose Werkzeuge der Zerstörung sind; im Gegenteil: viele haben auf den Verlauf der Erkrankung einen heilsamen Einfluß und anderen kann möglicherweise dazu verholphen werden. Milieueinflüsse haben viele gemeinsame Charakteristika, auch wenn sie sich in verschiedenartiger Umgebung abspielen, und sie haben ihre Wirkung, weil ein Mensch bereits verletzbar ist. Mehr epidemiologische – einschließlich genetische – Untersuchungen sind erforderlich, um unsere Kenntnisse zu erweitern. Die Ideen von ØDEGARD (1932) und von FARIS und DUNHAM (1939) haben sich bereits als wertvoll erwiesen, und eine weitere Entwicklung ist zu erwarten.

Die Epidemiologie der Gesundheitsdienste

Die Idee, daß der Planung von Gesundheitsdiensten eine epidemiologische Basis zugrunde liegen muß, ist an sich von großer Wichtigkeit, denn sie bedeutet, daß die sozialen und demographischen Charakteristika sowie die Morbidität einer lokalen Population in Betracht gezogen werden müssen, wenn man diese Dienste errichtet. Es gibt nur wenige Länder in der Welt, in denen eine solche Planung erfolgreich war. Viele der hierbei auftauchenden Probleme sind in dem Bericht erwähnt, der der Sachverständigen-Kommission des Bundestags vorgelegt worden ist («Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland», 1975). Für die wissenschaftliche Forschung ist das ein verhältnismäßig neues Gebiet, aber eine Anzahl von Berichten aus neuerer Zeit steht zur Verfügung (BEDDARD und Kollegen, 1974; Bericht der englischen Gesundheitsbehörde «DHSS», 1975; MADDOX und KARASIK, 1975, NIMH, 1975; WING und HALEY, 1972). Ich will nur ein einzelnes Beispiel erwähnen, um mein Thema zu illustrieren (L. WING und Kollegen, 1976), aber es enthält für die Planung und ebenso für die wissenschaftliche Forschung eine Lehre von größter Bedeutung. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das wir als frühkindlichen Autismus bezeichnen. Eine rationelle Planung der Gesundheits- und der sozialen Fürsorge für diese Kinder sowie für ihre Erziehung hängt von der korrekten Kenntnis ihrer Zahl und ihrer Bedürfnisse ab. Über die Bedürfnisse steht heutzutage eine Menge Informationsmaterial zur Verfügung (GOULD, 1976; L. WING, 1971, 1973). Die in Aarhus, Dänemark, und London veröffentlichten gründlichen epidemiologischen Übersichten nehmen eine Prävalenz von 4,3 und 4,5 auf 10.000 Kinder im Alter unter 15 Jahren an (BRASK, 1970; LOTTER, 1966, 1967). Eine weniger zufriedenstellende Übersicht von TREFFERT (1970) in Wisconsin gibt die Zahl von 2,5 pro 10.000 an, aber die in seinem Bericht gegebenen Daten genügen nicht, um die Signifikanz dieser niedrigen Rate zu beurteilen. Man hat den Eindruck, daß es sich hier um eine erhebliche Unterschätzung handelt.

Im Jahre 1971 sandte die englische Erziehungsbehörde ein Rundschreiben an die Stadt- und Provinzbehörden, in dem sie eine Zählung der autistischen Kinder in den betreffenden Gebieten anordnete, um beurteilen zu können, wie weit diese Kinder in geeigneter Weise erzogen werden. Die Beamten, welche die Anfrage beantworteten, taten das vermutlich auf Grund der Listen der lokalen Schulbehörden und fanden eine Prävalenz von 1,75 autistischen Kindern pro 10.000 Kinder in England und Wales.

Da in dem Londoner Stadtbezirk Camberwell ein Register über psychische Erkrankungen und geistige Unterentwicklung existiert und eine umfangreiche epidemiologische Untersuchung stattfand, war es möglich, die offiziellen Zahlen auf ihre Korrektheit hin zu untersuchen. Die Untersuchung war besonders gründlich und ergab ein Vorkommen von 4,8 pro 10.000 Kinder (L. WING und Kollegen, 1976). Die beiden in Frage kommenden Listen wurden miteinander verglichen: nämlich die Zahl der autistisch gemeldeten Kinder aus dem Verwaltungsbericht des Erziehungsministeriums mit der korrekteren Zahl aus der gründlichen epidemiologischen Camberwell-Studie. Es gibt hauptsächlich zwei Gründe dafür, daß eine Anzahl autistischer Kinder in der offiziellen Liste nicht enthalten ist: Manche Kinder wurden nicht an eine der beteiligten Kliniken überwiesen und nicht als autistisch diagnostiziert; infolgedessen wußten die lokalen Behörden nichts von ihnen. Die übrigen wurden in den offiziellen Listen nicht als autistisch aufgeführt, selbst wenn sie so diagnostiziert worden waren, sondern entsprechend dem Typus der Schule oder des Beschäftigungszentrums klassifiziert, das sie besuchten: für geistig Zurückgebliebene, für körperlich Schwache, für Epileptiker, etc.

Diese Untersuchung zeigt, wie schwierig es ist, routinemäßig gemachte Aufstellungen für Planungszwecke zu benutzen. Das gilt für das gesamte Gebiet der ärztlichen und sozialen

Fürsorge und deutet darauf hin, daß es gewöhnlich besser wäre, einige gründliche epidemiologische Untersuchungen in sorgfältig ausgesuchten Gebieten durchzuführen. Dies würde außerdem ermöglichen, Daten über Morbidität zu sammeln und auf diese Weise direkt Informationen über den Bedarf zu erhalten, statt sich auf die Annahme zu verlassen, daß die zur Zeit administrativ ermittelte Prävalenz für eine Bedarfsschätzung benutzt werden kann.

Als ein anderes Beispiel kann man den derzeit in England gemachten Versuch anführen, den Bedarf an Betten in psychiatrischen Krankenhäusern gemäß der statistischen Tendenz innerhalb der Bettenbelegung zu schätzen, anstatt diese Tendenzen mittels intensiverer Studien zu untersuchen (FRYERS, 1973; HALEY, 1974; MANN und CREER, 1976). In der Tat: die Reihe der Beispiele ist endlos. Epidemiologie ist hier noch in ihren Anfängen.

Zusammenfassung

Obwohl die epidemiologische Methode sehr einfach ist, stellt sie meiner Ansicht nach eine sehr geschickte und flexible Technik für die Untersuchung einer großen Anzahl weitreichender, bedeutsamer Probleme der Psychiatrie dar. Eine definitive Antwort kann sie niemals geben; das trifft für jede wissenschaftliche Methode zu. Robert FROST drückte das in Kürze aus, wenn er sagte:

«We dance round in a ring and suppose / The secret sits in the middle, and knows.»
«Wir tanzen im Kreis herum und nehmen an, / das Geheimnis sitzt im Mittelpunkt und weiß.»

Aber die epidemiologische Methode kann in einer fruchtbaren Weise angewandt werden. Indem wir Theorien streng untersuchen und irrig ausscheiden, können wir hoffen, der Wahrheit näher und näher zu kommen, auch wenn wir nie hoffen können, eine absolute Wahrheit zu finden. Horst BIENEK beschreibt in seinem Gedicht «Gleiwitzer Kindheit» die Haltung eines suchenden Skeptizismus, die für den Wissenschaftler ebenso charakteristisch ist wie für den Künstler:

Übernehmt nichts
ohne es geprüft zu haben
nicht die Wörter und nicht die Dinge
nicht die Rechnung und nicht das Fahrrad
nicht die Milch und nicht die Traube
nicht den Regen und nicht die Sätze
faßt es an, schmeckt es, dreht es nach allen Seiten
nehmt es wie eine Münze zwischen die Zähne
hält es stand? taugt es? seid ihr zufrieden?

Es ist stets möglich, einen Dichter zu finden, der Ihre Gedanken mit einer größeren Deutlichkeit ausdrückt, als sie selbst es hätten tun können. Indem ich drei der verbreitetsten Ideen der psychiatrischen Epidemiologie erörterte, habe ich versucht zu zeigen, wie aussichtsreich diese Methode ist und was man erreichen kann, wenn man sie anwendet.

Literatur

- BAKER, J.R. (1974)
«Race». Oxford University Press, London
- BEDDARD, F.D. et al. (1974)
«Positions, Movements and Directions in Health Services Research». Oxford University Press, London
- BLEULER, M. (1972)
«Die Schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken und Familiengeschichte». Thieme, Stuttgart
- BRASK, B.H. (1970)
«A prevalence investigation of childhood psychosis». 16th Scandinavian Congress of Psychiatry
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T. and WING, J.K. (1972)
«Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication». *Brit. J. Psychiat.*, 121 (241-258)
- BROWN, G.W., BONE, M., DALISON, B. and WING, J.K. (1966)
«Schizophrenia and Social Care». Oxford University Press, London
- BROWN, G.W., MONCK, E., CARSTAIRS, G.M. and WING, J.K. (1962)
«Influence of family life on the course of schizophrenic illness». *Brit. J. prev. soc. Med.* 16 (55-68)
- COOPER, B. (1961)
«Social class and prognosis in schizophrenia». *Brit. J. prev. soc. Med.* 15 (17-41)
- COOPER, B. and MORGAN, H.G. (1973)
«Epidemiological Psychiatry». Thomas, Springfield
- COOPER, J.E., KENDELL, R.E., GURLAND, B.J., SHARPE, L., COPELAND, J.R.M. and SIMON, R. (1972)
«Psychiatric Diagnosis in New York and London». Oxford University Press, London
- CREER, C. and WING, J.K. (1974)
«Schizophrenia at Home». National Schizophrenia Fellowship, London, 29, Victoria Road, Surbiton, Surrey, KT6 4JT
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1975)
«Better Services for the Mentally Ill. Cmnd. 6233». H.M.S.O., London
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1975)
«Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung». Drucksache 7/4200, 4201. Heger, Bonn
- DUBOS, R. (1965)
«Man Adapting». Yale University Press, New Haven
- DUNHAM, H.W. (1965)
«Community and Schizophrenia: An Epidemiological Analysis». Wayne State University Press, Detroit
- FARIS, R.E.L., and DUNHAM, H.W. (1939)
«Mental Disorders in Urban Areas». Hafner, Chicago

- FRYERS, T. (1973)
«Psychiatric in-patients from an urban community, 1968-72». *Brit. med. J.* 2 (76-80)
- FRYERS, T. (1974)
«Psychiatric in-patients in 1982». *Psychol. Med.* 4 (196-211)
- GERARD, D.L. and HOUSTON, L.G. (1953)
«Family setting and the social ecology of schizophrenia». *Psychiat. Quart.* 27 (90)
- GOLDBERG, E.M. and MORRISON, S.L. (1963)
«Schizophrenia and social class». *Brit. J. Psychiat.* 109 (785-802)
- GOLDBERG, S.C., SCHOOLER, N.R., HOGARTY, G.E. and ROPER, M. (1977)
«Prediction of relapse in schizophrenic out-patients treated by drug and sociotherapy». *Arc. gen. Psychiat.* To be published
- GOULD, J. (1976)
«Language development and non-verbal skills in mentally retarded children: An epidemiological study». *J. ment. defic. Res.* 20 (129-46)
- HÄFNER, H. and REIMANN, H. (1970)
«Spatial distribution of mental disorders in Mannheim, 1965. In: *Psychiatric Epidemiology*». Eds. Hare, E.H., and Wing, J.K., Oxford University Press, London
- HAILEY, A.M. (1974)
«The new chronic psychiatric population». *Brit. J. prev. soc. Med.* 28 (180-6)
- HARE, E.H. (1956)
«Mental illness and social conditions in Bristol». *J. men. Sci.* 102 (349-357)
- HARE, E.H. (1956b)
«Family setting and the urban distribution of schizophrenia». *J. men. Sci.* 102 (753)
- HASLAM, J. (1809)
«Observations on Madness and Melancholy». Hayden, London
- HEWETT, S., RYAN, P. and WING, J.K. (1975)
«Living without the mental hospitals». *J. soc. Policy.* 4 (391-404)
- HIRSCH, S.R. and LEFF, J.P. (1975)
«Abnormality in Parents of Schizophrenics: A Review of the Literature and an Investigation of Communication Defects and Deviances». Oxford University Press, London
- HOLLINGSHEAD, A.B. and REDLICH, F.C. (1958)
«Social Class and Mental Illness». Wiley, New York
- ITARD, J.M.G. (1801, 1807)
«The Wild Boy of Aveyron». Eng. by G. and M. Humphrey, 1932; Appleton-Century-Crofts, New York 1962
- JOINT COMMISSION ON MENTAL ILLNESS AND HEALTH (1961)
«Action for Mental Health». Final report of the Joint Commission. Basic Books, New York
- KANNER, L. (1943)
«Autistic disturbances of affective contact». *Neur. Child.* 2 (217)
- HARKEY, J., MILES, D.L. and RUSHING, W.A. (1976)
«The relation between social class and functional status».

- KATSCHNIG, H. (Hrsg.) (1977)
 «Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause». Urban und Schwarzenberg, Wien
- KISKER, K.P. (1966)
 «Einleitung des Herausgebers der deutsche Ausgabe. In: Epidemiologische Methoden in der psychiatrischen Forschung». D.D. Reid. Thieme, Stuttgart
- KOHN, M.L. (1976)
 «The interaction of social class and other factors in the etiology of schizophrenia». *Amer. J. Psychiat.* 133 (177-80)
- LEFF, J.P. (1973)
 «Influence of selection of patients on results of clinical trials». *Brit. med. J.* 4 (156-158)
- LIDZ, T., FLECK, S. and CORNELISON, A.R. (1965)
 «Schizophrenia and the Family». International Universities Press, New York
- LILIENFELD, A.M. (1957)
 «Epidemiological methods and influences in studies of non-infectious diseases». *Pub. Hlth. Rep.* 72 (51)
- LORR, M., KLETT, C.J. and McNAIR, D.M. (1963)
 «Syndromes of Psychosis». MacMillan, New York
- LOTTER, V. (1967)
 «Epidemiology of autistic conditions in young children. II. Some characteristics of the parents and children». *Social Psychiat.* 1 (163-73)
- LOTTER, V. (1966)
 «Epidemiology of autistic conditions in young children. I. Prevalence». *Social Psychiat.* 1 (124-37)
- MADDOX, G. and KARASIK, R. (1975)
 «Planning Services for Older People». Duke Center for the Study of Ageing, Durham N.C.
- MANN, S. and CREE, W. (1976)
 «'New' long-stay psychiatric patients: A national sample of 15 mental hospitals in England and Wales, 1972/3». *Psychol. Med.* 6 (603-16)
- MEZEY, A. (1960)
 «Personal background, emigration and mental disorder in Hungarian refugees». *J. ment. Sci.* 106 (618-27)
- MURPHY, H.B.M. (1965)
 «Migration and the major mental disorders: a reappraisal. In: Kantor M. (Ed.): *Mobility and Mental Health*». Thomas, Springfield
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (1975)
 «Research in the Service of Mental Health. Report of a Task Force». D.E.W. Publication No. (ADM) 75-236
- NOREIK, K. and ØDEGAARD, Ø. (1966)
 «Psychoses in Norwegians with a background of higher education». *Brit. J. Psychiat.* 112 (43-55)

- ØDEGAARD, Ø. (1932)
«Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota». *Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl.* 4
- ØDEGAARD, Ø. (1946)
«Marriage and mental disease». *J. ment. Sci.* 92 (35-49)
- SPITZER, R.L., ENDICOTT, J., FLEISS, J.L. and COHEN, J. (1970)
«The Psychiatric Status Scale: a technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning». *Arch. gen. Psychiat.* 23 (41-55)
- STEIN, L. (1957)
«„Social class” gradient in schizophrenia». *Brit. J. prev. soc. Med.* 11 (181-195)
- STONE, A.A. and ELDRED, S.H. (1959)
«Delusion formation during the activation of chronic schizophrenic patients». *Arch. gen. Psychiat.* 1 (177-9)
- TARRIER, N., VAUGHN, C., LADER, M.H. and LEFF, J.P. (1977)
«Bodily reactions to people and events in schizophrenia». To be published
- TIDMARSH, D. and WOOD, S. (1972)
«Psychiatric aspects of destitution. In: *Evaluating a Community Psychiatric Service*». Eds: Wing, J.K. and Hailey, A.M. Oxford University Press, London
- TOWNSEND, J.M. (1976)
«Selfconcept and the institutionalization of mental patients: an overview and critique». *J. Hlth. Hum. Behav.* 17 (263-71)
- TREFFERT, D.A. (1970)
«Epidemiology of infantile autism». *Arch. gen. Psychiat.* 22 (431-38)
- VAUGHN, C.E. and LEFF, J.P. (1976a)
«The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness». *Brit. J. Psychiat.* 129 (125-37)
- VAUGHN, C.E. and LEFF, J.P. (1976b)
«The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients». *Brit. J. Clin. soc. Psychol.* 15 (157-65)
- VAUGHN, C. and LEFF, J. (1977)
«Interaction characteristics in families of schizophrenic patients. *Die andere Seite der Schizophrenie*». (Hrsg.) Katschnig, H., Urban und Schwarzenberg, Wien
- VENABLES, P.H. (1964)
«Performance and level of activation in schizophrenics and normals». *Brit. J. Psychol.* 55 (207-218)
- VENABLES, P.H. and WING, J.K. (1962)
«Level of arousal and the subclassification of schizophrenia». *Arch. gen. Psychiat.* 7 (114-9)
- WATT, N.F. and LUBENSKY, A.W. (1976)
«Childhood roots of schizophrenia». *J. cons. clin. Psychol.* 44 (363-75)
- WING, J.K. (1960)
«A pilot experiment on the rehabilitation of long-hospitalised male schizophrenic patients». *Brit. J. prev. soc. Med.* 14 (173)

- WING, J.K. (1961)
 «A simple and reliable subclassification of chronic schizophrenia». *J. ment. Sci.* 107 (862)
- WING, J.K. (1973)
 «Frühkindlicher Autismus: Klinische, pädagogische und soziale Aspekte». Beltz, Weinheim und Basel
- WING, J.K. (1974)
 «Sheltered environments for the psychiatrically handicapped. In: Providing a Comprehensive District Psychiatric Service for the Adult Mentally Ill». DHSS: Reports on Health and Social Subjects, No. 8. HMSO, London
- WING, J.K. (1974)
 «The research worker. In: Positions, Movements and Directions in Health Services Research». Ed: Maclachlan, G. Oxford University Press, London
- WING, J.K. (1975)
 «Die Psychiatrischen Gesundheitsdienste in Grossbritannien und Nordirland». Deutscher Bundestag. Drucksache 7/4201, 629-53. Heger, Bonn
- WING, J.K. (1976)
 «A technique for studying psychiatric morbidity in in-patient and out-patient series and in general population samples». *Psychol. Med.* 6 (665-72)
- WING, J.K. (1976b)
 «Eine praktische Grundlage für die Soziotherapie bei Schizophrenie. Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen». (Hrsg.) Huber, G. Schattauer Verlag, Stuttgart
- WING, J.K. (1977a)
 «Reasoning about Madness». Oxford University Press, London and New York
- WING, J.K. (1977)
 «Planning and evaluating services for chronically handicapped psychiatric patients in the U.K. In: Alternatives to Mental Hospital Treatment». Eds: Stein, L.I. and Test, M.A., Plenum, New York
- WING, J.K. (1977)
 «The management of schizophrenia in the community». Annual meeting of American College of Psychiatrists, February, 1977. To be published in the proceedings
- WING, J.K., BENNETT, D.H. and DENHAM, J. (1964)
 «The Industrial Rehabilitation of Long-stay Schizophrenic Patients». Med. Res. Council memo. No. 42, HMSO, London
- WING, J.K. and BROWN, G.W. (1970)
 «Institutionalism and Schizophrenia». Cambridge University Press, London
- WING, J.K., COOPER, J.E. and SARTORIUS, N. (1974)
 «The Description and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and Catego System». Cambridge University Press, London
- WING, J.K. and HAILEY, A.M. (Eds) (1972)
 «Evaluating a Community Psychiatric Service: The Camberwell Register, 1964-1971». Oxford University Press, London

- WING, J.K., LEFF, J. and HIRSCH, S.H. (1973)
 «Preventive treatment of schizophrenia: some theoretical and methodological issues. In: Psychopathology and Psychopharmacology». Eds: Cole, J.O., Freedman, A.M. and Friedhoff, A.J. John Hopkins University Press, Baltimore
- WING, J.K., NIXON, J.M., MANN, S.A. and LEFF, J.P.
 «Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey». To be published
- WING, L. (1971)
 «Severely retarded children in a London area: prevalence and provision of services». Psychol. Med. 1 (405-415)
- WING, L. (1977)
 «Mentally retarded children in London. Paper presented at European Symposium on Social Psychiatry». Mannheim
- WING, L., WING, J.K., GRIFFITHS, D. and STEVENS, B. (1972)
 «An epidemiological and experimental evaluation of industrial rehabilitation of chronic psychotic patients in the community. In: Evaluating Community Psychiatric Service». Eds: Wing, J.K. and Hailey, A.M. Oxford University Press, London
- WING, L., YEATES, S.R., BRIERLEY, L.M. and GOULD, J. (1976)
 «The prevalence of early childhood autism: a comparison of administrative and epidemiological studies». Psychol. Med. 6 (89-101)
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1973)
 «The International Pilot Study of Schizophrenia». W.H.O. Geneva
- WYNNE, L.C. (1968)
 «Methodologic and conceptual issues in the study of schizophrenies and their families. In: The Transmission of Schizophrenia». Eds: Rosenthal, D. and Katz, S.S. Pergamon, London and New York
- WYNNE, L.C. (1971)
 «Family research on the pathogenesis of schizophrenia. In: Problems of Psychosis». Eds: Doucet, P. and Laurin, C. Excerpta Medica International Congress Series, No. 194