

Frühe Forschung

Obwohl ich mein Studium begonnen habe, um Soziologe zu werden, waren meine Vorstellungen davon, was ich wissenschaftlich tun wollte, eher diffus. Vermutlich unterschied ich mich dadurch wenig von den meisten anderen der etwa 50 Hauptfachstudenten am Hamburger soziologischen Seminar. Die damals gängigen soziologischen Methoden leuchteten mir ein: die Befragung (mit Fragebogen), Die Beobachtung, das Interview, die biografische Erhebung und die Inhaltsanalyse. Vom Gefühl her bevorzugte ich natürlich die Letztere. Das spiegelte sich in der Wahl meiner Nebenfächer Geschichte und Philosophie. Eigentlich wollte ich – so nehme ich heute an – auf der Grundlage historischer Analysen das große Ganze begreifen und zum Besseren wenden. Als ich nach dem ersten Semester kapierte, dass aus mir wohl doch kein zweiter Hegel werden würde (und mir den Luxus leistete, das ein weiteres Semester lang zu überprüfen), konnte ich immerhin eine solide Grundlagenausbildung in der Methodologie historischer Forschung mitnehmen. Die in der Soziologie war vermutlich weniger solide. Aber sie war, wie ich später begriff, durchaus ausbaufähig. Diese Grundlagen haben meine weiteren wissenschaftlichen Interessen immer begleitet und geprägt. Allerdings stand bei der konkreten Umsetzung immer die Frage im Vordergrund: Wozu ist das gut; wem nützt das?

Meine ersten wissenschaftliche Arbeiten nach der medizinhistorischen Dissertation über „Die Stellung des Kranken und die Berufsethik der Ärzte im frühen Griechenland“ (1968) und die Monographie über „Arzt, Patient und Gesellschaft“ (1969) waren von der (bescheidenen) Methodologie her entsprechend sozialwissenschaftlich: eine Umfrage bei Tübinger Medizinstudenten über ihre Einstellung zur Psychiatrie und zum psychiatrischen Unterricht, die 1970 im „Nervenarzt“ erschien, eine Arbeit zur studentischen Laienarbeit in einer Nervenambulanz gemeinsam mit Nils Pörksen und Ute Roesger, ebenfalls 1970 im Nervenarzt, eine kleine Studie gemeinsam mit R. Tölle über Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung in der Nervenheilkunde. In diese Studie gingen die Ergebnisse einer Umfrage ein, die ich 1968 bei Baden-Württembergischen Nervenärzten gemacht und 1968 bei den Tübinger Fortbildungstagen für Nervenärzte vorgetragen hatte.

Es folgte ein Aufsatz über die ärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft; die Veröffentlichung eines 1969 im Schloss Hugenpoet gehaltenen Vortrages (1971), und schließlich ein Abriss zur Lage der Medizinsoziologie in der Bundesrepublik (1970). Zum gleichen Themenkreis gehört auch ein Vortrag über Psychiatrie und Öffentlichkeit, den ich Ende 1969 noch von London aus in Tübingen gehalten hatte, sowie die gemeinsam mit Horst Wiethölter bei der denkwürdigen Loccumer Tagung (1970) präsentierten Überlegungen zur studentischen Laienarbeit als wirksamer Form psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit, die allerdings erst ein Jahr später (1971) im Tagungsband veröffentlicht wurde. Dazu kam die Aufarbeitung des Englandsaufenthaltes mit einer Veröffentlichung über die Psychiatrie in England (1971).

Psychiatrie und Öffentlichkeit

Das Thema Psychiatrie und Öffentlichkeit - damals war Stigma ein exotisches Wort - beschäftigte mich anhaltend. Die ersten Dissertationen, die ich anregte und betreute waren von der Vorstellung geleitet: wenn wir die Psychiatrie reformieren wollen, müssen wir für eine Akzeptanz der psychisch Kranken und der Psychiatrie in der Öffentlichkeit Sorge tragen. Das gilt umso mehr, je intensiver wir auf eine gemeindenahe, offene Versorgung der psychisch Kranken hinarbeiten. Wir mussten also versuchen, Vorurteile zu überwinden und berechtigte Vorbehalte zu berücksichtigen. Auch hier standen zunächst die englischen Erfahrungen, die ich gesammelt hatte, im Vordergrund. Bennett hatte mich auf die Untersuchung der kanadischen Soziologin Eileen Cumming und ihres Mannes, des Psychiaters John Cumming, hingewiesen: Closed Ranks (1957), eine Studie über eine Kampagne zur psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit und deren Auswirkungen.

Diese war geeignet, Skepsis und Vorbehalte bei mir wachzurufen, die ich heute noch gegenüber allen groß angelegten Versuchen habe, die Öffentlichkeit aufzuklären und die psychisch Kranken zu „entstigmatisieren“. Unter der Leitung der beiden Forscher war in zwei kleinen kanadischen Städten eine Aufklärungskampagne lanciert worden, in der einen eine intensive, ja fast aufdringlich, in der anderen eine eher kursorische.

In beiden Gemeinden wurden vor und nach der Kampagne die Stereotype und Vorurteile der Bevölkerung gegen psychisch Kranke untersucht. Das Ergebnis: Ängste und Vorurteile hatten in jener Gemeinde zugenommen, in der die intensivste Form von

Öffentlichkeitsarbeit betrieben worden war (Vgl. Finzen 2009). Darauf ist später noch zurückzukommen.

Neben der Monographie von Cumming und Cumming regten uns die Untersuchung vor Shirley Star (1956: A Report on public attitudes in psychiatry the press and the public), und die 1961 ebenfalls in Amerika erschienene Monographie von J. C. Nunnally über „Popular Conceptions of Mental Health“ an. Vorurteilsforschung war damals Stereotypenforschung. Im deutschen Sprachraum waren Wolfgang Stumme mit seiner Studie „Stereotype und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken“ (1970/71) und die Studie des Göttinger Soziologen M. Jäckel und des Bremer Psychiaters Stefan Wieser über „Das Bild der Geisteskranken in der Öffentlichkeit“ (1970), sowie die bereits 1969 erschienene kurze Studie von Helga Reimann über „Die Gesellschaft und der Geisteskranke“ wegweisend.

Unser Tübinger Ansatz war sehr viel bescheidener. Wir konnten weder den methodologischen noch den Untersuchungsaufwand betreiben wie Jäckel und Wieser. Wir hätten auch Schwierigkeiten gehabt, eine halbwegs repräsentative Bevölkerungsgruppe auszuwählen. Im Übrigen schienen uns weitere Untersuchungen mit der gleichen Fragestellung über die gleiche Population damals nicht sinnvoll. Wir entschieden uns- und das war neu-, die psychisch Kranken selber nach ihrer Einstellung zu befragen. Ulrich Beuttenmüller, damals Medizinalassistent und später Assistent an der Tübinger Universitätsnervenklinik machte den Anfang mit einer Studie über „Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten an der psychiatrisch-neurologischen Poliklinik“, abgeschlossen 1972 – der ersten von mir betreuten Dissertation. Es folgte die Untersuchung von Angelika Balke und Hartmut Hinz über Urteile und Meinung von psychisch Kranken über psychiatrische Krankenhäuser. Die beiden befragten stationäre Patientinnen und Patienten der Tübinger Klinik. Ihre Untersuchung wurde 1974 unter dem Titel „Der Weg in die psychiatrische Institution“ in den Werkstattchriften für Sozialpsychiatrie veröffentlicht. Ihre Ergebnisse waren je nach Perspektive überraschend – oder auch nicht. Zumindest waren sie neu: Die befragten psychisch Kranken hatten die gleichen Vorurteile wie die allgemeine Bevölkerung. Bemerkenswert war nur, dass sie zum allergrößten Teil der Auffassung waren, dass diese Vorurteile sie selber nicht betrafen. Ihr Bild vom Geisteskranken entsprach dem, das Shirley Starr 1956 herausgearbeitet hatte und das wahrschein-

lich immer noch gilt: Der Mensch, der geistig und psychisch völlig zusammengebrochen ist, der unberechenbar ist, der für seine Handlungen nicht verantwortlich ist. Und so sahen sich die Kranken – zum allergrößten Teil mit Recht - natürlich nicht.

Der Abschluss der ersten Phase meiner Beschäftigung mit dieser Thematik bildete ein Beitrag für die zweite Auflage der Psychiatrie der Gegenwart (1975) über „Psychiatrische Dienste in der Gemeinde und Schlüsselpersonen“ sowie ein Gutachten zum „Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Geistig Behinderten“ im zweiten Band der Psychiatrie-Enquete (1975). Selbstverständlich war diese Frage im Laufe der Jahre in zahlreichen Veröffentlichungen immer wieder Thema, auch wenn sie nicht immer im Mittelpunkt stand. So etwa in einem Gutachten über die Einrichtung eines Heims für geistig Behinderte in einer kleinen Stadt in Baden Württemberg, gegen das sich eine Bürgerinitiative formiert hatte (gemeinsam mit W. Schulte), veröffentlicht 1973; oder in dem Gutachten, das Walter Schulte und ich noch 1970 über die Reorganisation der Nervenkrankenhäuser des Bezirks Unterfranken verfasst hatten.

In der Rückschau fällt mir auf, dass in keiner der Dissertationen und in keiner meiner Veröffentlichungen Goffman überhaupt erwähnt wird, obwohl sein Buch zum Thema „Stigma – über Techniken zur Bewältigung der beschädigten Identität“ bereits 1963 im Original und 1967 in deutscher Übersetzung erschienen war. Auch bei anderen Autoren ein jener Zeit nur selten von Stigma die Rede, obwohl es in zahlreichen Arbeiten genau darum ging.

Warum wir einen Großteil unserer Untersuchungen nicht in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichten, kann ich nicht so genau erklären. Wahrscheinlich hängt es damit zusammen, dass alle Untersuchungen sich als angewandte Forschung verstanden und dass wir vorrangig einen unmittelbaren Nutzen für unsere Alltagsarbeit daraus ziehen wollten. Jedenfalls schien es uns(Mir) nicht wichtig; und mit den Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie erreichten wir das deutschsprachige Publikum, das wir im Auge hatten, ohnehin. Es kann aber auch sein, dass wir uns den methodologischen Schwächen unserer Untersuchung allzu bewusst waren. Umso erstaunlicher ist es, dass ihre Ergebnisse Meines Erachtens zum größten Teil auch heute noch gültig sind. Aus heutiger Sicht ist diese Öffentlichkeitsscheu bedauerlich. Das gilt für die Untersuchungen zur Psychiatrie und Öffentlichkeit, aber noch mehr

für die frühen Forschungen zur psychiatrischen Versorgung, mit denen ich mich im nächsten Abschnitt befassen werde. Da einige der Dissertationen erst kurz vor meiner Übersiedlung nach Wunstorf oder danach abgeschlossen wurden, hatte ich meinen Kopf für so unwichtige Dinge wie Publikationen auch nicht mehr frei. So etwas wie ein „Publikationsmanagement“, das heute Gang und gebe sein soll, gab es damals ohnehin nicht.

Versorgungsforschung

Sozialpsychiatrische Forschung wird heutzutage oft mit psychiatrischer Versorgungsforschung gleichgesetzt. In den frühen siebziger Jahren war das anders. Damals dominierten vor allem psychiatrisoziologische Themen die Szene: die Analyse von psychischer Krankheit als sozialen Prozess; die soziale Epidemiologie psychischer Störungen; die Frage nach der Bedeutung sozialer Zugehörigkeit für die Auslösung und den Verlauf psychischer Störungen, insbesondere der schizophrenen Psychosen; die Erforschung unterstellter Zusammenhänge zwischen Familienatmosphäre und Schizophrenie; die Institutionalismus- und Institutionenforschung im Gefolge von Goffman und Anselm Strauss und vieles andere mehr.

Die Versorgungsforschung gewann parallel zu den Reformbestrebungen in England und den USA an Bedeutung, insbesondere im Zusammenhang mit dem Programm zur Auflösung der psychiatrischen Krankenhäuser in England (bis 1974) und Entwicklung in der Community-Mental-Health-Bewegung in den USA. In Deutschland bewegte sich damals praktisch nichts. Deswegen konnte es auch keine Begleitforschung des nicht vorhandenen Wandels geben. Die Mannheimer beschäftigten sich damals vorrangig mit sozial-epidemiologischen Fragen. Die Hannoveraner steckten noch ganz in den Anfängen. Ähnliches galt für Kulenkampff in Düsseldorf, der dort Anfang der Siebzigerjahre eine Psychiatrisoziologische Abteilung etabliert hatte.

Der Anlass für unsere frühen Ansätze zur Versorgungsforschung war noch konkreter als der zu der Beschäftigung mit der Problematik von Psychiatrie und Öffentlichkeit: wir wollten in Tübingen etwas bewegen wie die Engländer und die Amerikaner; und wir wollten wissen, ob das was wir im Sinn hatten, auch „ging“. Wir wollten eine Tagesklinik auf den Weg bringen; und wir wollten Voraussetzungen für die Etablierung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in Tübingen schaffen. Wir, das

war eine Gruppe von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten und Studentinnen und Studenten. Wir hatten ein konkretes versorgungspolitisches Ziel; wir wollten darauf hinwirken, dass Tübinger Nervenklinik und ihre Patienten nicht mehr oder wenig beliebig aus dem württembergischen Raum selektierte, sondern dass sie sich gemeinsam umorientierte und vorrangig Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis und der Stadt Tübingen behandelte.

Um nicht als Traamtänzer zu gelten, als Phantasten, benötigten wir Daten um unsere Wünsche und Forderungen zu untermauern. Es hieß ohnehin ständig, ja in England mag das ja möglich sein, aber hier in Deutschland ist das anders. Was benötigt wurde, würde man heute vermutlich eine Machbarkeitsstudie nennen, und genau damit fingen wir an. Als erstes bewegte uns die Frage: ist es wahrscheinlich, dass wir eine Tagesklinik mit 20 oder 30 Behandlungsplätzen im kleinen Tübingen auch nutzen können? Um sie zu beantworten, formulierten wir sie um: Wir versuchten zu eruieren, wie groß das potentielle Einzugsgebiet von einer Tagesklinik sein könnte. Dabei legten wir die Ergebnisse einer englischen Untersuchung von Rudolf Freudenberg zu Grunde (1957 /1969), der für andere Zwecke, nämlich den Besuch von Angehörigen mit öffentlichen Verkehrsmitteln in psychiatrischen Krankenhäusern eine Obergrenze von 25 km forderte.

Wir gaben uns allerdings nicht damit zufrieden, mit dem Zirkel einen entsprechenden Kreis um Tübingen zu ziehen. Wir versuchten zugleich, die Zugänglichkeit Tübingens aus den Landgemeinden des Kreises sowie aus angrenzenden Gemeinden des Kreises Reutlingen, einschließlich der Stadt Reutlingen abzuklären. Dabei ergab sich, dass wir für die Tagesklinik über den Landkreis Tübingen hinaus (150'000 Einwohner) in einem Einzugsbereich von über 250'000 Einwohnern rechnen konnten; und das bedeutete, dass die Einrichtung einer Tagesklinik möglich und sinnvoll sein würde. Daraus wurde dann ein Plan, eine kleine Denkschrift zur Errichtung einer psychiatrischen Tagesklinik in Tübingen.

In diesem Zusammenhang kam uns die Idee, die Entfernung der acht psychiatrischen Baden Württembergischen psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit Aufnahmepflicht in Relation zu ihrem Einzugsgebiet zu untersuchen. Die Ergebnisse waren wenig überraschend, aber umso beängstigender: Nur zwei Fünftel der Patienten lebten weniger als 40 km von dem für sie zuständigen Landeskrankenhaus ent-

fernt, mehr als zwei Fünftel, aber mehr als 65 km und fast ein Fünftel mehr als 100 km. Dabei waren die Unterschiede für die einzelnen Krankenhäuser sehr groß. Am besten schnitt Winnental bei Stuttgart ab. Am schlechtesten die Weissenau bei Ravensburg, deren Patienten zum beträchtlichen Teil aus dem mehr als 180 km entfernten Stuttgart herangekarrt wurden.

Wir setzten diese Daten in Relation zu den Aufenthaltsdauern der Patienten bzw. zum Anteil der Langzeitpatienten in diesen Krankenhäusern. Als Richtzahl nahmen wir die Verweildauer von mehr als einem Jahr. Und siehe da, es zeigte sich eine deutliche Korrelation zwischen Entfernung und Verweildauern. Je weiter das Krankenhaus von seinem Einzugsbereich entfernt gelegen war, desto größer war der Prozentsatz bei Langzeitpatienten (56% in Winnental bis 75% in Weissenau). Je begrenzter das Einzugsgebiet war, desto größer war gleichzeitig der Anteil der Akutpatienten in den jeweiligen Krankenhäusern. Allerdings war dies Tendenz nicht durchgängig und hier mussten einige Besonderheiten von Krankenhäusern wie z. B. Reichenau, Zwiefalten und Schussenried in Rechnung gestellt werden. Wir veröffentlichten unsere Daten 1970 im ersten Heft der Werkstattschriften für Sozialpsychiatrie - zusammen mit den Daten über Ansatzmöglichkeiten zu einer gemeindenahen Psychiatrie in Tübingen. Davon wird noch die Rede sein.

Unsere Daten über die Beziehung zwischen Einzugsgebiet und Krankenhaus wurden damals heftig angegriffen. Wir mussten auch einräumen, dass unsere Daten nicht besonders solide waren. Dass es eine ganze Reihe von anderen Faktoren als der Entfernung von Wohnort und Krankenhaus gab, die hier eine Rolle spielten – nicht zuletzt durch die Entwicklung der psychiatrischen Krankenhäuser und ihr Schicksal im Dritten Reich. Allerdings konnten wir unsere These wenige Jahre später am Beispiel eines Krankenhauses, nämlich des psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg für das Jahr 1970 bestätigen und bekräftigen, und zwar nicht im Hinblick auf die Verweildauer, sondern im Hinblick auf die Häufigkeit der Aufnahme: Je näher die Patienten am Krankenhaus wohnten, desto höher war die relative Aufnahmezahl. Sie schwankte zwischen 0.78 für Bischofsheim und Mergentheim (90 km Entfernung) und 2.38 pro tausend Einwohner für Heilbronn (10 km Entfernung), (Finzen 1974). Die Diskussion wurde mit großer Heftigkeit und Intensität weitergeführt. Unsere Ergebnisse wurden von Dilling und von Zerßen (1969) teilweise vorweg genommen

und von Siede (1970, 1973, Quelle nicht auffindbar) überwiegend bestätigt. Die Diskussion kam dann mit dem Abschluss der Psychiatrie-Enquete 1975 mit einem Beitrag von Dilling im Nervenarzt und einer ausführlichen Diskussionsbemerkung von mir in der gleichen Zeitschrift zur Ruhe. Seither bestehen kaum mehr Zweifel an der Relation zwischen Verweildauer, Aufnahmehäufigkeit und Entfernung des Wohnorts vom zuständigen Krankenhaus. Diese Relation ist mit zu einem tragenden Argument für die Errichtung von Wohn- und neuen psychiatrischen Einrichtungen geworden, insbesondere von Abteilungen Allgemeinkrankenhäusern und Tageskliniken. In den 90er Jahren wurde diese Diskussion **im Tessin (Enderli 1992)** und Tirol noch einmal aufgegriffen und erneut bekräftigt.

Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahe Psychiatrie:

Wo stecken die Tübinger psychisch Kranken?

Parallel zur Klärung der potentiellen Größe des Einzugsgebietes einer Tagesklinik nahmen wir eine Untersuchung von demographischen und klinischen Daten über die Patienten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Erwachsenenabteilungen der Universitätsnervenklinik Tübingen vor. Wir erfassten entsprechende Daten über 1116 von knapp 1200 Patienten, die im Jahr 1969 in der Universitätsnervenklinik aufgenommen und behandelt worden waren. Da es keine intern ausgewertete Basisdokumentation gab, war es notwendig, dafür jede einzelne Krankengeschichte in die Hand zu nehmen. Wir, meine Arbeitsgruppe, die aus den Medizinstudenten Frieder Jantzen, Host Wiethölter, dem Theologiestudenten Friedhelm Grünewald und mir bestand, stellte über jeden Patienten einen Datenbogen – ursprünglich mit dem Ziel, ihn elektronisch auszuwerten. Frieder Jantzen verfügte für die damaligen Verhältnisse über erstaunliche Computerkenntnisse.

Aber die Datenverarbeitungsanlage in der Chirurgischen Klinik, die uns schon wegen ihrer schieren Größe ungeheuer beeindruckte - sie war jeweils mehrere Meter breit, hoch und lang - war nur begrenzt zugänglich. Bis die Datenbögen auf Lochkarten übertragen werden konnten, verging mehr Zeit, als wir hatten. So saßen wir denn im Frühsommer 1970 – eigentlich hatte ich Urlaub – meist im Freien in dem begrünten **Rondell** vor der Nervenklinik und zählten die Daten per Hand aus: Die Verteilung der Diagnosen, die Verweildauer, das Einzugsgebiet mit besonderer Berücksichtigung des Kreises Tübingen, die Altersverteilung und die soziale Schichtung bzw. die Auf-

gliederung nach Berufen, die Einweisungsmodalitäten und die Verlegungen in andere psychiatrische Krankenhäuser, Daten über ausländische Patienten, über Angehörige von Heil- und Pflegeberufen sowie über Schüler und Studenten.

Die meisten Daten, die wir so sammelten, wären heute über jede Basisdokumentation abrufbar. Damals gab es eine solche, soweit mir bekannt ist, für keine Universitätskliniken. Für die psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Baden Württemberg wurde sie gerade entwickelt. Die ersten Daten daraus wurden fast gleichzeitig mit unseren „handgestrickten“ verfügbar. Bei unserer Untersuchung mussten wir unsere Ergebnisse zunächst jedoch mit verfügbaren Daten aus England und aus dem Rheinland vergleichen:

Jeweils knapp ein Fünftel der Patientinnen und Patienten der UNK litten unter Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektiven Psychosen, zwei Fünftel unter neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, 6 % gerontopsychiatrischen Erkrankungen (damals: alters- und Gefäßerkrankungen), 7,5 % unter Abhängigkeitserkrankungen und etwa 10% erfassten wir damals als andere psychiatrischen Erkrankungen mit somatischem Anteil. Die Verweildauer war kurz für damalige Verhältnisse. Der Durchschnitt betrug 42 Tage; knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten war in weniger als 30 Tagen wieder entlassen; deutlich weniger als 10% blieben mehr als 100 Tage. In diese Daten waren die Patientinnen und Patienten der Psychotherapieabteilungen eingeschlossen, auf denen die Durchschnittsverweildauer für Männer 91 und für Frauen 81 Tage betrug.

Für unsere Überlegungen zur Tagesbehandlung war allerdings besonders interessant, dass jenes Viertel der Patientinnen und Patienten, die in der Stadt oder im Landkreis Tübingen zuhause waren (ohne Psychotherapiestationen) durchschnittlich 29 Tage blieben, jenes andere Viertel aber, das mehr als 50 Kilometer von der Klinik entfernt lebte, durchschnittlich 30 Tage blieb.

Wir schrieben die Ergebnisse zusammen und vervielfältigten sie zusammen mit unserer Analyse der geographischen Lage der psychiatrischen Krankenhäuser für eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung mittels eines damals noch recht primitiven Fotodruckverfahrens in der Druckerei des Tübinger Klinikums, legte die Seiten selber zusammen, versahen das Ganze – ebenfalls selber mit einem Umschlagkarton; und

wie das alles so viel Arbeit gemacht hatte, druckten wir auf die Titelseite "Werkstatt-schriften für Sozialpsychiatrie Band I" (herausgegeben von den sozialen Arbeitskreisen der Studentengemeinden an der UNK). Da daraus einmal eine Reihe von wirklichen Werkstatt-schriften für Sozialpsychiatrie mit insgesamt 50 Bänden (bis 1990) werden sollte, hätten wir uns damals nicht träumen lassen. Darauf werde ich später zurückkommen.

Diese erste Datenanalyse war erst der Anfang. Was wir herausgefunden hatten, faszinierte uns; aber es reichte uns nicht. Das Ergebnis war, was man heute eine Arbeitsgruppe für Versorgungsforschung nennen würde, die aus der bereits genannten Kerngruppe und - im Laufe von vier Jahren - einem knappen Dutzend Doktoranden bestand. Die erste Untersucherguppe blieb nahe an den Ergebnissen und Befunden, die wir über die Nervenlinik und die Versorgung des Stadt- und des Landkreises Tübingen erhoben hatte. Brigitte Gehr (später Rempp 1972), die den Anfang machte untersuchte jene Patienten des Landkreises Tübingen, die 1969 in den drei Großkrankenhäusern außerhalb des Landkreises behandelt worden waren: Im zuständigen psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten, 70 km entfernt auf der schwäbischen Alp und deswegen verkehrsmäßig nicht gut erschlossen; im 100 km entfernten Christophsbad Göppingen, einer angesehenen privaten psychiatrischen Klinik und im katholisch-konfessionellen Großkrankenhaus Rottenmünster in Rottweil, ebenfalls etwa 80 km entfernt.

Ihre Ergebnisse waren erstaunlich. Es stellte sich nämlich heraus, dass in diesen Krankenhäusern zusammen nur 105 Aufnahmen von Bewohnern des Kreises Tübingen erfolgt waren – gegenüber 278 (ohne Psychotherapie) in der Universitätsnervenlinik. Mit anderen Worten: Die Universitätsnervenlinik versorgte damals bereits 70% der psychiatrisch hospitalisierten Bewohner des Landkreises und der Stadt Tübingen. Angesichts der Gesamtaufnahmezahl von 1200 Patienten im Jahre 1969 hätte theoretisch also bei einer Verschiebung von weniger als 10% der Aufnahmen einer Vollversorgung von Tübingen stattfinden können.

Dass das eines sehr theoretische Überlegung war, wurde allerdings deutlich als wie die Patienten, die in den Großkrankenhäusern zur Aufnahme gekommen waren, mit jenen, die in der UNK behandelt wurden verglichen. Bei der Analyse der Diagnosen war nur die Häufigkeit der schizophrenen Kranken annähernd gleich. Demgegenüber

waren Abhängigkeitskranke und psychisch Alterskranke in den Großkliniken massiv überrepräsentiert. Während dort Patienten mit neurotischen und Persönlichkeitsstörungen kaum vertreten waren und Kranke mit affektiven Psychosen in der UNK massiv überrepräsentiert waren. Im Übrigen stellte sich eine massive Ungleichheit bei der Auswahl bzw. der Zuweisung von Patienten heraus.

Die Patienten, die in Großkrankenhäusern aufgenommen worden waren, waren seltene Erstaufnahmen, waren massiv häufiger drei Mal und mehr in psychiatrischen Krankenhäusern gewesen, waren älter, waren sehr viel länger krank, hatten eine viel längere Verweildauer mit 10705 Krankenhaustagen gegenüber 3400. 22% der UNK Patienten waren drei Mal so lange in den Kliniken und wiesen eine vier Mal so lange Gesamtverweildauer bei allen bekannten psychiatrischen Aufenthalten zuvor auf als die UNK Patienten. 24% der Großkrankenhauspatienten gegenüber 2% der UNK Patienten verstarben während des Aufenthaltes. Ihre soziale Prognose war massiv schlechter. Schließlich bestand die Gruppe der in den Großkrankenhäusern aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit 70% doppelt so häufig aus Angehörige der Unterschicht, während Angehörige der Oberschicht/oberen Mittelschicht, die in der Universitätsklinik immerhin 23% betrug, unter den Großkrankenhauspatienten nicht vorkamen.

Aus den Daten lässt sich folgen, dass es „gute“ Gründe gab, die Patientinnen und Patienten in den Großkrankenhäusern und nicht in der Universitätsnervenklinik aufzunehmen, Gründe allerdings, die mit Ungleichheit zu tun haben und nichts mit sozialer Gerechtigkeit oder Behandlung der Kranken ohne Ansehen der Person. Das wurde noch einmal unterstrichen, wenn man die Ereignisse betrachtete, die zur Einweisung geführt hatten. Bei den Einweisungen in die Großkliniken waren es doppelt so häufig soziale Probleme im weiteren Sinn wie fehlende Betreuung, Verwahrlosung, öffentliches Ärgernis, drei Mal so häufig angenommene Gefahr oder Tötlichkeiten. Nur Patienten mit Suizidalität wurden umgekehrt drei Mal so häufig in der Universitätsnervenklinik aufgenommen.

Auch nach der Analyse der Daten war festzuhalten, dass eine Versorgung dieser Patientengruppe in der Psychiatrischen Universitätsklinik möglich gewesen wäre, allerdings hätte deren Versorgung nicht 10% der Bettenkapazität erforderlich gemacht, sondern wegen der längeren Verweildauer fast 30%.

Allerdings war in der Untersuchung von Brigitte Rempp jene Gruppe der Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die aus der Universitätsnervenklinik in ein Landeskrankenhaus bzw. ein anderes Großkrankenhaus verlegt worden waren. Diese Patientengruppe wurde für die Jahre 1967-69 von Beate Calov untersucht. Sie umfasste pro Jahr im Durchschnitt 60 Patienten. Auch hier wurde eine massive soziale Ungleichheit sichtbar. Zwei Drittel der Verlegten gehörten der Unterschicht an, fünf Prozent der Oberschicht. Bei den Verlegten waren Schizophreniekranken überrepräsentiert. Die Verlegten waren älter. Ihre Mortalität war erhöht, ihre Verweildauer deutlich länger. Sie waren häufiger psychiatrisch vorbehandelt worden und ihre soziale Prognose galt als ungünstiger.

In das Bild der sozialen Ungleichheit fügt sich eine Untersuchung von Bernhard Klinksiek, die die Merkmale der Patientinnen und Patienten mit „extrem“ kurzer Verweildauer in einem Landeskrankenhaus und der Nervenklinik miteinander vergleicht. Hier handelt es sich nicht um Patientinnen und Patienten aus dem Kreis Tübingen, sondern um die Aufnahme allgemein. Das zentrale Ergebnis war ebenso unerwartet wie erschütternd: Während es sich bei den Patienten, die die UNK nach weniger als 10 Tagen verließen überwiegend um Entlassungen nach Kriseninterventionen, um Einzelnachverlegungen oder um Behandlungsabbrüche handelte, handelte es sich bei den Landeskrankenhauspatienten zu drei Viertel um Kranke mit gerontopsychiatrischen Leiden, die innerhalb dieser Zeit verstorben waren. Auch diese Ergebnisse haben wir damals nicht veröffentlicht. Aber sie fanden Eingang in die landespolitische Psychiatriediskussion und in die Psychiatrie-Enquete die ihre Einweisungspraxis zum Sterben skandalisiert und brandmarkte.

Nach der Untersuchung der Aufnahmen und der Verlegungen folgte schließlich eine Stichtagserhebung im Herbst 1971. Diese wurde durch Bernd Wildner durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Stichtagsanalyse befanden sich 116 Patientinnen und Patienten aus Tübingen in den vier Krankenhäusern, davon nur 32 in Tübingen (einschließlich drei Tagespatienten und einem Psychotherapiepatienten. Mit andern Worten: Obwohl fast drei Viertel der Aufnahme in der UNK erfolgten, befanden sich fast drei Viertel der Kranken aus Tübingen am Stichtag in anderen Krankenhäusern in Behandlung. Darunter alle Langzeitpatienten (44%), davon 28% mit einer Verweildauer von mehr als fünf Jahren. Das Muster der sozialen Ungleichheit wiederholte sich we-

gen den anderen Untersuchungen.

Dennoch hat das Ergebnis eine beinahe ironische Note. Selbst wenn die Universitätsnervenklinik die Versorgung aller dieser 116 Patienten aus dem Kreis einschließlich der Langzeitpatienten übernommen hätte, stünden noch 32 Betten der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie für andere Zwecke zur Verfügung. Die Übernahme der Langzeitpatienten stand Anfang der 70er Jahre schon aus pragmatischen politischen Gründen nicht zur Diskussion. Unsere Ergebnisse und die Schlussfolgerungen daraus sorgten auch unter diesem Vorbehalt für erhebliche Unruhe. Bemerkenswerterweise war ein zentrales Argument gegen alle Sektorisierungs-Überlegungen dieses: Wir würden Kranke aus anderen Regionen diskriminieren, wenn wir eine Sektorsierung durchführten. Die Tübinger psychisch Kranken würden gegenüber den anderen überprivilegiert sein. Das Argument, das nach dem überkommenen System eine ganz andere Diskriminierung praktiziert wurde, nämlich eine gegen sozial schwache Kranken, gegen Angehörige der Unterschicht und gegenüber Patientinnen und Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, insbesondere Schizophreniekranken und Kranke mit psychiatrischen Altersleiden.

Die unterschiedlichen Teilprojekte zur psychiatrischen Versorgung in Tübingen mündeten schließlich in meiner Habilitation, die aus heutiger Sicht erstaunlich glatt über die Bühne ging. Im Januar 1972 konnte ich die Habilitationsschrift vorlegen. Zu Beginn des Sommersemesters legte Schulte sie auf Drängen Tölles, der zu diesem Zeitpunkt in Münster einen Lehrstuhl für Psychiatrie übernommen hatte, der Medizinischen Fakultät vor. Am 19. Dezember 1972 hielt ich vor der Fakultät meinen Probevortrag über Behandlung und Prognosen der Schizophrenie, am 13. Februar 1973, noch 32 Jahre alt, hielt ich meine Antrittsvorlesung über Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie und soziale Psychiatrie.

Untersuchungen zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden_Württemberg

Parallel zur Untersuchung der Versorgungssituation für den Kreis Tübingen führten wir eine Erhebung zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden Württemberg durch. Auch hier wurde die Datensammlung durch Doktoranden geleistet. Zusammengefasst wurden die Ergebnisse im Band 8 der Werksattschriften zur Sozialpsy-

chirurgie (Finzen u.a. 1973). Das Projekt wurde von der Weltgesundheitsorganisation und dem Bundesgesundheitsministerium gefördert.

Im Herbst 1970 hatte ich auf Vermittlung von Heinz Häfner an einer Tagung der Arbeitsgruppe der WHO-Arbeitsgruppe „On the Classification and Evaluation of Mental Health Services Activities“ (WHO-EURO 4200) teilzunehmen. Das Projekt hatte zum Ziel, Unterschiede und Ähnlichkeit der psychiatrischen Krankenversorgung in den europäischen Ländern zu erheben und miteinander zu vergleichen. Für die Bundesrepublik nahm Horst Dilling, das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, an dem Projekt teil. Er hatte zusammen mit D. von Zerssen Versorgungsdaten über das Bundesland Bayern vorgelegt (1969). Seine Ergebnisse waren nicht zuletzt deshalb interessant, weil sich herausstellte, dass es in Bayern neben den psychiatrischen Krankenhäusern zahlreichen Behandlungsplätze für chronisch psychisch Kranke gab, die in keiner offiziellen Statistik auftauchten. Damit wurde die Skepsis bestätigt, die meines Wissens Heinz Häfner als erster geäußert hatte, ob die offizielle Lesart und die Argumentation von Krankenhausträgern in Ministerien und Krankenhausdirektoren wirklich zutrifft, dass es in der Bundesrepublik zu wenig stationäre psychiatrische Behandlungsplätze gebe.

Wortführer dieser Argumentation war seit Anfang der 70er Jahre Rudolf Degkwitz, der zunächst in Ravensburg und dann in Freiburg wirkte. Er legte 1971 zusammen mit P. W. Schulte einen „Rahmenplan der DGPN zur Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik“ vor. Für Baden Württemberg hieß es, es seien lediglich 1,2 Betten auf tausend Einwohner verfügbar, benötigt würden aber doppelt so viele. In der Tat schien die Bettensituation in Baden Württemberg besonders prekär, wenn man sie etwa mit dem Rheinland verglich. Allerdings waren bei näherem Hinschauen auch ohne weitergehende Analysen Zweifel an der Vergleichbarkeit angebracht: Es war allgemein bekannt, dass im Rheinland, wo die geistig Behindertenversorgung weitgehend von den staatlichen psychiatrischen Großkrankenhäusern wahrgenommen wurde, während sie in Baden Württemberg bei frei gemeinnützigen, überwiegend konventionelle Träger lag. Kulenkampff gab mir damals Gelegenheit alles dies im Nervenarzt ausführlich zu diskutieren (Finzen 1971).

Für uns war das WHO-Projekt Anlass, die Bayern-Studie durch ein Teil-Projekt Baden Württemberg zu ergänzen, indem wir mit Erfolg versuchten, Aufschluss über

Zahl und Art der Behandlungsplätze in Kliniken und anderen stationären psychiatrischen Einrichtungen zu erheben, Aufschlüsse über die Personalsituation und die ambulante Versorgung zu gewinnen. Die finanzielle Unterstützung durch das Bundesgesundheitsministerium, die auch eine bescheidene Bezahlung der Doktoranden in der Phase des Datensammelns möglich machte, war geeignet, die Motivation zu fördern. Der Prozess der Erfassung von Einrichtungen außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser war mühsam. Große Hilfe leistete uns dabei das von C. Kulenkampff und E. Siebecke-Giese herausgegebene Gesamtverzeichnis der Einrichtung auf dem Gebiet der Psychiatrie in der Bundesrepublik, das vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge im Jahr 1969 veröffentlicht worden war.

Die Kooperationsbereitschaft der angeschriebenen Einrichtungen war erstaunlich. Am Schluss hatten wir neben den 13 796 Behandlungsplätzen in psychiatrischen Krankenhäusern 11 734 weitere stationäre Behandlungsplätze in sonstigen Einrichtungen einschließlich der badischen Kreispflegeheime erfasst. Das selbst diese Zahlen zu niedrig lagen haben wir im Rahmen eines Gutachtenauftrages des Landkreises Nordwürttemberg über die Erstellung einer psychiatrischen Krankenhausabteilung in Bad Mergentheim klar (die allerdings nicht realisiert wurde). Im Rahmen der Datenerhebungen konnten wir auf Angaben der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger zurückgreifen, die uns sonst nicht zugänglich waren. Dabei zeigte sich, dass sich in diesem Landkreis im Jahre 1972 177 Kranke bzw. Behinderter wegen psychischer Störungen auf Kosten der Sozialhilfe in psychiatrischer Behandlung waren, davon nur 64 in Krankenhäusern. Die übrigen waren in 46 Heimen und Pflegeeinrichtungen untergebracht, die über das ganze Land verstreut waren, z. T. aber auch außerhalb lagen. Bei zahlreichen Behinderten wurden Altersheime als Behandlungs- und Pflegeorte angegeben, obwohl ausdrücklich betont wird, die Patienten befänden sich in psychiatrischer Behandlung.

Das Ergebnis unserer Erhebung war mithin. Es gab im Land ausreichend Behandlungen und Pflegeplätze und andererseits gab es eine **Fehlplatzierung** und durch Mischung, die ein annähernd ausreichende Qualität der Versorgung nicht gewährleisten konnte. Mit anderen Worten: Nicht mehr Behandlungsplätze waren erforderlich, sondern andere an anderen Orten, zumal sich herausstellte, dass die Heime mit Ausnahme der badischen Kreis-Pflegeheime auch dezentraler an den ursprünglichen

Wohnorten der Patientinnen und Patienten lagen, als die psychiatrischen Krankenhäuser.

Zur Situation von ausländischen Arbeitnehmern in stationärer psychiatrischer Behandlung

Nur am Rande erwähnt sei ein Projekt der Untersuchung der psychiatrischen Behandlungssituation von ausländischen Arbeitnehmern am Beispiel der Tübinger Universitätsnervenklinik unter Mitarbeit von H. Esslinger und H. Rettig (1977). Ich erwähne das Projekt, weil es damals (Erhebungszeitraum 1973) kaum Daten zur psychiatrischen Behandlung von Gastarbeitern gab. Wir betraten also Neuland. In der epidemiologischen Untersuchung Esslinger (1977) stellt sich heraus, dass die ausländischen Patienten in der Klinik gegenüber ihrem Bevölkerungsanteil deutlich unterrepräsentiert waren. Im zweiten Teil der Studie (Rettig 1977) verwendeten wir nicht nur erstmals qualitative Methoden zur Erfassung der Situation. Wir zogen auch, was damals noch ungewöhnlich war, eine Vergleichsgruppe (Kontrollgruppe) von deutschen Patienten hinzu. Eine weitere Besonderheit der Untersuchung war, dass ihre wesentlichen Anteile sich nicht allein auf Krankengeschichten stützten, sondern prospektiv waren und deshalb mit Interviews der untersuchten Patienten verbunden werden konnten. Wir verstanden die beiden Arbeiten als Pilotstudien zur Generierung von Fragestellungen und Hypothesen. Mein Weggang nach Wunstorf setzte dem leider ein Ende.

Der Patientensuizid

Der Suizid eines Patienten während der Behandlung ist ein Schock für alle Beteiligte – für die Angehörigen, aber auch für die Behandelnden. Sie haben für den Zeitraum der Therapie die Verantwortung, insbesondere, wenn diese Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus stattfindet, womöglich gar auf einer geschlossenen Station. Der Tod gehört für die Medizin dazu wie das Leben. Nur in der Psychiatrie ist das anders. Psychisch Kranke sterben nicht – allenfalls in der Alterspsychiatrie. Aber wenn Patientinnen und Patienten in der psychiatrischen Klinik zu Tode kommen, ist es fast immer durch Suizid. Niemandem, der länger in der Psychiatrie arbeitet, bleibt diese Erfahrung erspart – eine Erfahrung, die zur inneren und äußeren Belastung wird, die, wenn sich Suizide häufen, kaum auszuhalten ist.

Die Beteiligten sind betroffen durch den plötzlichen abrupten Beziehungsabbruch von Seiten ihrer Patienten, je mehr, je länger eine therapeutische Beziehung gedauert hat. Sie haben unweigerlich Schuldgefühle. Sie fragen sich, was sie möglicherweise versäumt haben und sie finden immer etwas; und sie können nie wissen, ob ein solches Versäumnis oder ein Fehler etwas mit dem Suizid zu tun hat oder nicht. Wahrscheinlich ist eher, dass es nichts damit zu tun hat; aber wie gesagt, sie können es nie wissen. Dazu kommen offene oder versteckte Schuldzuweisungen. Sie müssen sich gegenüber ihren Vorgesetzten rechtfertigen, die wiederum gegenüber einer Aufsichtsbehörde Stellung nehmen. Da ein Suizid rechtlich ein unnatürlicher Tod ist, muss die Staatsanwaltschaft ein Todesermittlungsverfahren einleiten, und es kommt vor, dass daraus eine Anklage oder her selten ein Gerichtsverfahren wird. Dabei besteht allgemeine Übereinstimmung darüber, dass nicht jeder Suizid verhindert werden kann, auch nicht bei psychisch Kranken während der Behandlung. Andererseits ist es schwer, sich damit abzufinden. Das gilt insbesondere, wenn Kranke wegen Suizidgefährdung in die psychiatrische Klinik gekommen oder eingewiesen worden sind. Trotzdem ist lange Zeit wenig über die Umstände, die Konstellationen und die Voraussetzungen des Patientensuizids bekannt gewesen. Lange Zeit hat eine Tendenz bestanden, den Suizid eher zu verdrängen oder zu verstecken als ihn zu erforschen.

Noch in den 80er Jahren bestand die Weltliteratur – soweit zugänglich- aus wenig mehr als 100 Titeln. Es waren viel weniger, als ich mich nach einem Suizid im Wachsaal der geschlossenen Männerstation in der Tübinger Klinik erstmals damit befasste – aus Betroffenheit. Der junge Mann starb unter den Augen der Mitarbeiter. Kurz danach, während ich in meiner Londoner Zeit fing ich an, die Literatur zu Thema systematisch zu sichten und zu sammeln. Das funktionierte damals so, dass ich in den Jahrgangsbänden des Index Medicus im Londoner Institute of Psychiatry nach den zugehörigen Stichworten durchforstete und die gefundenen Quellen über den internationalen Leihverkehr bestellte. Daraus wurde bald nach meiner Rückkehr ein Forschungsprojekt.

Damals konnte ich nicht wissen, dass mich das Thema während meines ganzen weiteren beruflichen Lebens gefangen halten und beschäftigen sollte. Wie bei meinen anderen Projekten auch, arbeitete ich mit Doktoranden. Siegfried Grandel (1978)

untersuchte die Selbsttötungen während der stationären Behandlung in der Tübinger Klinik zwischen 1964 und 1973. Doris Müller erforschte den Suizid ehemaliger Klinikpatientinnen und Patienten innerhalb eines Jahres nach der Entlassung und Werner Pieper(1977) unternahm eine epidemiologische Untersuchung mit der Fragestellung, welcher Anteil an den **Suizidentinnen** und Suizidenten im Kreis Tübingen während des genannten 10-Jahres-Zeitraums möglicherweise bzw. wahrscheinlich psychisch krank war.

Wir konnten damals auf die Todesermittlungsakten der Landespolizeidirektion Baden Württemberg zurückgreifen. Fragen des Datenschutzes wurden damals nicht so streng gesehen, wie das heute der Fall ist. Durch einen mühsamen Kreuzvergleich der polizeibekanntem Suizide mit der Patientenkartei der Klinik war es möglich, über den genannten Zeitraum 40 Suizide während stationärer Behandlung, 60 innerhalb des Einjahreszeitraums nach der Entlassung und 250 Suizide im Landkreis Tübingen festzustellen. Auf die Ergebnisse soll hier nur am Rande eingegangen werden. Wichtig war, dass Suizide im Zeitraum nach der Entlassung häufiger vorkommen als während der stationären Behandlung und dass solche Suizide in den ersten drei Monaten nach der Krankenhausentlassung besonders häufig sind.

Aus den epidemiologischen Befunden schließlich ließ sich ableiten, dass fast ein Drittel der Suizidentinnen und Suizidenten in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen war, und dass ein weiteres Fünftel mit Alkoholproblemen zu kämpfen hatte. Alle drei Dissertationen wurden in den Werkstattschriften veröffentlicht. Erst viel später (1983) zusammengefasst in der Suizidprophylaxe. Insbesondere die Arbeiten von Grandel und Müller wurden über mehr als ein Jahrzehnt zu den wichtigsten Referenzarbeiten der Untersuchungen über den Patientensuizid bzw. den Kliniksui- zid, wie er an den meisten Orten genannt wurde. Ernst in Zürich, Modestin in Bern, Wolfersdorf und die Baden Württembergische Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung des Suizids im Psychiatrischen Krankenhaus leisten wesentliche Beiträge zur Erforschung des Problems. Das Tübinger Projekt, das noch nicht abgeschlossen war, als ich die Klinik verließ, begleitete mich nach Wunstorf und wurde später zur Grundlage meiner Wunstorfer Forschungen und für meine beiden Monographien zum Thema (1988,1989). Nach einer Unterbrechung von einigen Jahren nahm ich es in den 90er Jahren in Basel wieder auf.

Untersuchungen zur Compliance

Die Nichteinnahme vom Arzt verordneter Medikamente war das letzte unserer wichtigeren Tübinger Forschungsprojekte. Wie alle anderen hat auch dieses seinen Ursprung in Alltagsbeobachtungen und –Problemen. Das begann bereits früh während der Arbeit auf den Stationen. In der Tagesklinik war die Frage, nehmen die Patienten die Medikamente, die wir ihnen verordnen, überhaupt ein, zum Dauerbrenner. Die Anregung, das zu untersuchen, hatte ich wie viele andere auch aus London mitgebracht. Dort hatte ich damit begonnen, die Literatur zu sichten. Wichtiger war vielleicht eine Anekdote, die der früh verstorbene Phillip May 1969 beim Weltkongress für Sozialpsychiatrie in einem Vortrag zur Compliance zum Besten gab:

An der Küste von New England sei Mitte der Fünfzigerjahre eine bislang unbekannte Möwen-Krankheit aufgetreten. Hunderte der Vögel fielen plötzlich durch Unsicherheit im Flug auf. Sie doppelten in der Luft, stürzten schließlich ab und konnten sich auch am Boden kaum bewegen. Die neue Krankheit sorgte für große Aufregung bei den Anwohnern. Die toxikologische Untersuchung der Tiere ergab schließlich, dass sie voller Chlorpromazin steckten. Des Rätsels Lösung: in unmittelbarer Nähe zur Küste befand sich eine psychiatrische Privatklinik, in der man gerade die Therapie mit den brandneuen Neuroleptika eingeführt hatte. Die Non-Compliance einiger Patienten hatte nicht nur drastische Folgen. Sie schrieb auch Psychatriegeschichte. Die Kranken entsorgten ihn nicht eingenommenen Medikamente, indem sie sie vom Balkon ihrer Zimmer - absichtlich oder nicht absichtlich – den Möwen zuwarfen, die sie auffingen und schluckten.

Von ähnlichen Vorkommnissen blieben wir glücklicherweise verschont, obwohl die Lage der Tagesklinik am Neckar beste Voraussetzungen dafür geboten hätte. Trotzdem wollten wir mehr darüber wissen. Als erstes befragten wir unsere Kolleginnen und Kollegen auf den Stationen, wie sie die Situation einschätzten (Finzen 1975). Die Ergebnisse waren niederschmetternd: die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – Ärzte und Pflegepersonal – der geschlossenen Stationen waren zu immerhin 90 % davon überzeugt, dass die von ihm verordneten Medikamente eingenommen wurden; auf dem offenen Station waren es zwei Drittel; in der Tagesklinik gerade mal die Hälfte. Im Hinblick auf die ambulante Behandlung schätzten 60 % aller Befragten die Compliance negativ ein. Dieses Misstrauen war einer der Gründe, weshalb wieder in der

Tübinger Tagesklinik bald auf eine „Depot-Ambulanz als soziale Nachsorgeeinrichtung“ setzten (Finzen, Schädle-Deininger 1975). Aus heutiger Sicht mag man das als zynisch empfinden. Aber damals war das unsere Überzeugung. Immerhin haben wir niedrig dosiert. Und mir war nicht zufrieden mit den Ergebnissen unserer Meinungsbefragungen. Wir verzichteten zwar wegen methodologischer Zweifel zunächst auf Patientenbefragungen. Wir hatten das vor. Zunächst wollten wir aber die Literatur sichten lassen.

Dieter Naumann (1977) und Michael Drews (1977) unterzogen sich dieser Fronarbeit in ihren Dissertationen. Naumann promovierte über „die Nichteinnahme vom Arzt verordnete Medikamente“, indem er anhand von annähernd 400 empirischer Untersuchungen eine Begriffs- und Methodenanalyse vornahm und das Ausmaß einzuschätzen versuchte. Dabei beschränkte er sich der keineswegs auf die Psychiatrie. Beförderte dabei reichhaltig empirisches Material zu Tage. Zum Abschluss blieb ihm aber nichts übrig, als die geringe Reichweite der meisten Untersuchungen zu beklagen. Weitere Forschung war also nötig; und das war letzten Endes das Ergebnis, das wir uns erhofft hatten.

Michael Drews untersuchte in seiner Arbeit die „Einflüsse auf die Nichteinhaltung der vom Arzt verordneten Medikamententherapie (Drug Defaulting)“. Er konnte einige bemerkenswerte Ergebnisse herausarbeiten, die auch heute noch von Interesse sind. Im Mittelpunkt stand der positive beziehungsweise negative Einfluss der Arzt-Patientenbeziehung! Im Folgenden will ich einige seiner Befunde zitieren – und sei es nur, um zu zeigen, dass es auch heute noch lohnt, sich mit älterer Literatur auseinanderzusetzen:

„Es konnten in der Literatur für folgende Hypothesen keine signifikanten Bestätigungen gefunden werden:

1. Ältere Patienten sind schlechtere „Complier“ als jüngere.
2. Gutsausgebildete oder wohlhabende Oder aus hohen Schichten sich rekrutieren Patienten oder Patientinnen mit sozial hoch stehenden Berufen sind bessere Complier.

3. Der Non-Complier ist ein Patient mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen.
4. Pharmazeutische und pharmakologische Charakteristika (wie Dosis, Form, Größe, Farbe der Medikamente, Art des Wirkstoffs, Geschmack, Konsistenz, Nebenwirkungen) zeigen signifikante Beziehungen zu Compliance oder Non-Compliance.

Folgende Hypothesen fanden in der Literatur Unterstützung:

1. In einem beobachteten Zeitraum nimmt das Non-Compliance-Verhalten zu.
2. Je komplizierter die Verordnung des Arztes ist, desto mehr Non-Complier sind zu erwarten.
3. Diese objektive Beurteilung und Wahrnehmung des Patienten von Krankheit und Therapie beeinflusst signifikant das Patienten-Verhalten.
4. Die Arzt-Patient-Interaktion ist für das Verhalten bedeutsam.
 - 4.1 Freundliche Interaktion des Arztes wirkt Ertrichtung Compliance.
 - 4.2 Das Zeit nehmen für nicht medizinische Unterhaltung ist positiv mit Compliance verbunden.
 - 4.3 Das freie vom Arzt selber ausgehende Angebot von Informationen führt zu besserer Kooperation.
 - 4.4 Interaktion entweder des Arztes oder des Patienten oder von beiden mit vielen negativen Gefühlen mindert die Compliance.
 - 4.5 Nachfragen des Arztes, ohne dass er erklärt, warum man fragt, führt zu Nicht-Kooperation.
 - 4.6 Ein großer Anteil der Interaktion durch Meinungsäußerungen des Patienten führt zur Verminderung der Kooperation.
 - 4.7 Nichterfüllung der Erwartung des Patienten an die Arzt-Patienten-Interaktion führt zur Nicht-Kooperation.

4.8 Die Wahrnehmung der Interaktion sowohl vom Arzt wie vom Patienten beeinflusst die Kooperation:

- Positives Selbstbild des Arztes oder des Patienten beziehungsweise ein positives reflexives Bild des Arztes ist mit Kooperation verbunden.
- Negatives Fremdbild des Arztes oder des Patienten beziehungsweise negatives reflexives Selbstbild des Arztes ist mit fehlender Kooperation verbunden.“

Eine Reihe dieser Faktoren sind nicht ganz einfach zu verstehen. Das ist auch einer der Gründe besser riechen zweiten Teil des Zitates den Begriff der Kooperation an die Stelle der Compliance gesetzt habe. Das könnte man auch durchgängig tun. Manche der Ergebnisse sind durchaus diskutabel. Es sei daran erinnert, dass es sich um Schlussfolgerungen aus der Literatur handelt. Dafür dass sie 35 Jahre alt sind und sich auf Literatur beziehen, die bis zu 50 Jahre alt ist, sind diese Schlussfolgerungen allerdings erstaunlich aktuell.

Auch dieses Projekt konnte nicht abgeschlossen werden, bevor ich Tübingen verließ. Wie so vieles andere, ging es über den konkreten Herausforderungen der Umgestaltung einer psychiatrischen Anstalt unter. Allerdings haben mich die Fragen, die hier gestellt wurden, über die Zeit begleitet.

Zum Schluss

Im Rückblick erfasst mich Bedauern, ja eine gewisse Traurigkeit, dass wir so viele viel versprechende Ansätze nicht weitergeführt haben. Ich kann mich noch erinnern, dass ich mich gegenüber manchen Doktoranden als eine Art „Hochverräter“ gefühlt habe, als ich weg ging. Aber auch aus heutiger Sicht sind überzeugt davon, dass der Abschied von Tübingen notwendig war und dass sich dafür einiges in Kauf nehmen musste. Anders sehe ich aus heutiger Sicht in die Gestaltung der Beziehungen zur Tübinger Sozialpädagogik. Es hätte gewiss beiden Seiten gut getan, wenn ich den Anfeindungen von Seiten einiger medizinischer Kollegen widerstanden hätte und einer Sozialpädagogik festgehalten hätte. Das hätte es mir leichter gemacht, um nicht zu sagen möglich gemacht, meine soziologische Seite weiter und besser zu pflegen. Rückblickend bedaure ich natürlich auch, dass wir unsere Ergebnisse kaum in den

etablierten wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht haben. Wir waren in vieler Hinsicht vielleicht nicht die ersten. Aber wir waren im Bereich der Versorgungs- Forschung in Deutschland Pioniere. Andererseits blieb mir da nichts übrig, als mich zwischen der Mitarbeit an der Psychiatrie-Enquete und den Herausforderungen von Wunstorf auf der einen Seite und meinen wissenschaftlichen Interessen zu entscheiden. Und das habe ich getan.

Einige der frühen Themen habe ich Wunstorf wieder aufgenommen; andere sind untergegangen. Dazu gehörte die Versorgungsforschung nicht. Die Psychiatrie-Enquete hatte mancher unserer frühen Fragestellungen überholt. Man für die Untersuchung anderer fehlten uns die Ressourcen. Im Übrigen werden sich meine Schwerpunkte verlagert. Die Arbeit an dem Buch über die Tagesklinik hatte meine Interessen verlagert. Ähnliches galt für die Umstrukturierung und die Ziele dieser Arbeit in Wunstorf. Die Frage „was ist Therapie“ stellte sich mit allem Nachdruck. Aber mir fehlten die Mittel sind zunächst auch die Kenntnisse, dem weiter nachzugehen. Eine Teilantwort, die mich sehr beeindruckt hat, lieferten Thomas und Christa Fengler (1980) in ihrer Untersuchung „Alltag in der Anstalt“, diesem Beispiel von Wunstorf nach fast zweijähriger teilnehmender Beobachtung verfasst hatten: Therapie ist Bewegung. Leider ist dieser Teil ihres Buches ein Fragment geblieben. Ich bin überzeugt davon, dass sie hier einen ganz wichtigen Nerv psychiatrischer Therapie getroffen haben, der bis heute weiterer Erforschung harrt. Im Zusammenhang mit meinem Buch über die Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen habe ich ansatzweise auch die Frage der Medikamenteneinnahme wieder angerissen. Aber das Projekt hat einen anderen Schwerpunkt und blieb in den Ansätzen stecken.

Einzig die Auseinandersetzung mit dem Patienten-Suizid habe ich bewusst und gezielt wieder aufgenommen – aus Betroffenheit zunächst; aber auch aus der Erkenntnis heraus, dass ich wenn ich überhaupt wissenschaftlich arbeiten wollte, im Thema wählen musste, das ich neben meinem beruflichen Verpflichtungen überschauen konnte. Dazu drängte sich die Suizidproblematik geradezu auf. Speziell zum Suizid während der psychiatrischen Behandlung und zum Suizid psychisch Kranker gab es nur wenig ernst zu nehmende Literatur. Hier war noch viel zu tun. Andere Themen, wie die Auseinandersetzung mit der Nazi-Euthanasie drängten sich ebenfalls auf, als ich mit der Vergangenheit meines Krankenhauses konfrontiert wurde. Daraus wurde

ein zweiter wissenschaftlicher Schwerpunkt in neuerer Psychatriegeschichte. Die meisten anderen wissenschaftlichen Fragen jener Jahre beschränkten sich auf die Reflektion von psychiatrischer Therapie und ihre Auswirkungen sowie auf ethisch-moralische Fragen im Zusammenhang mit Unterbringung, Zwangsmedikation und Gewalt von psychisch Kranken, sowie auf die grundsätzliche Frage, was wir mit unserer Behandlung für die Patienten überhaupt bewirken – eine gefährliche Frage für jemanden, der die Verantwortung für eine Institution trägt.

Während ich dies diktiere, fällt mir auf, dass meine Erinnerung nicht mit den Themen der frühen Forschung übereinstimmt. Sie sagt, wir haben damals doch viel breiter gedacht, nicht so eingeeengt auf die Projekte, die wir bearbeitet haben. Ich kann mir nur vorstellen, dass das damit zusammenhängt, dass die Diskussion über die kontroversen Themen von damals und die Themen der Lehre für Mediziner und Sozialpädagogen in Medizinsoziologie und Sozialpsychiatrie ein anderes Spektrum hatten. Ich will darüber nachdenken, ob es lohnt, in eigenes Kapitel darüber zu schreiben: was sich in der Erinnerung darüber niedergeschlagen hat, was sich über meine Lehrveranstaltungen von damals dokumentiert habe und welche Bücher ich damals gelesen habe: die meisten davon stehen heute noch in meinem Bücherregal.

Querverweise

Leben und arbeiten in Tübingen 1970 bis 1974

1970. Das Jahr der Tagungen

Schreiben, Übersetzen, Herausgeben und Redigieren

Die Psychiatrie-Enquete

Literatur

Balke, A.; Hinz, H. (1974): Der Weg in die psychiatrische Institution. Bruchteile und Meinungen von psychisch Kranken über Psychiatrie und psychische Krankheit. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 10, Tübingen.

Bauer, D. (1974): Vergleichende Untersuchungen über psychiatrische Aufnahmen in der Universitätsnervenklinik Tübingen mit Wohnort im Kreis Tübingen und mit Wohn-

ort in mehr als 50 km Entfernung. Inaugural-Dissertation, Tübingen.

Beuttenmüller, U. (1972): Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten einer psychiatrisch-neurologischen Poliklinik. Inaugural-Dissertation, Tübingen.

Calov, B. (1973): Verlegungen aus der Universitätsnervenklinik Tübingen in psychiatrischer Landeskrankenhäuser (1967-69). Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 9, Tübingen.

Cumming, E.; Cumming, J. (1957): Closed Ranks. An Experiment in Mental Health Education. Harvard, University Press.

Dilling, H.; von Zerssen, D. (1969): Erhebungen und Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung Bayerns. München, MPI.

Dilling, H. (1970): gemeindenaher Psychiatrie und Rehabilitation in England. In: Der Nervenarzt 41, S. 277–286.

Dilling, H. (1974): Beziehungen zwischen Dauer des stationären Aufenthaltes und der Größe der Aufnahmegebiete bayrischer Nervenkrankenhäuser. In: Der Nervenarzt 45, S. 73–75.

Drews, M. (1977): Compliance – Noncompliance. Einflüsse auf die Nichteinhaltung der vom Arzt verordneten Medikamententherapie (Drug Defaulting). Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 18, Wunstorf.

Enderli, H. P. (1992): Macht Distanz psychisch Kranke chronisch? Inaugural-Dissertation, Bern.

Esslinger, H. (1977): Klinische, soziale und demographische Daten über ausländische Arbeitnehmer in stationärer psychiatrischer und neurologischer Behandlung. Inaugural-Dissertation, Tübingen.

Fengler, T., Fengler, C. (1980): Alltag in der Anstalt. Psychiatrie Verlag, Wunstorf.

Finzen, A. (1968): Die Stellung des Kranken und die Berufsethik der Ärzte im frühen Griechenland. Inaugurationsdissertation, Kiel.

Finzen, A. (1969): Arzt Patient und Gesellschaft. Die Orientierung der ärztlichen Be-

rufsrolle an der sozialen Wirklichkeit. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Finzen, A. (1970): Ergebnisse einer Umfrage bei Tübinger Medizinstudenten über ihre Einstellung zur Psychiatrie und zum psychiatrischen Unterricht. In: Der Nervenarzt 41, S. 299–300.

Finzen, A. (1970): Zur Lage der Medizin-Soziologie in der Bundesrepublik. In: Hippokrates 41, S. 539–540.

Finzen, A. (1971): Die ärztliche Berufsrolle in der modernen Gesellschaft. In: Engelmeier, M. (Hg.): Leitbilder des modernen Arztes. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 51–59.

Finzen, A. (1971): Die Psychiatrie in England. In: Archiv für Sozialwissenschaften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 146–156.

Finzen, A. (1971): Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung – notwendige Strukturreform oder „unrealistisches Wunschdenken“? In: Der Nervenarzt 42, S. 37–44.

Finzen, A. (1973): Die Bedeutung der geographischen Lage psychiatrischer Landeskrankenhäuser Baden-Württembergs für eine gemeindenahere Psychiatrie. In: Finzen u.a. 1970, S. 1–16 (Ansatzmöglichkeiten ...). 3. Auflage.

Finzen, A. (1975): Psychiatrische Dienste in der Gemeinde und Schlüsselpersonen. In: Kisker, K. P.; Meyer, J. E. u.a.: Psychiatrie der Gegenwart, 2. Auflage, Band 3. Springer, Heidelberg, S. 297–325.

Finzen, A. (1975): Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten. Psychiatrie-Enquete II, S. 1130–1139. Drucksache 7/4201, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode.

Finzen, A. (1975): Nehmen psychiatrischer Patienten ihre Medikamente: die Sichtweise des Personals. In: Psychiatrische Praxis 2, S. 183–88.

Finzen, A. (1975): Zugänglichkeit für alle: Die Bedeutung der geographischen Lage psychiatrischer Krankenhäuser für Aufnahmezeiten und Verweildauer. In: Nach dem Arzt 46, S. 591–599.

- Finzen, A. (1988): Der Patientensuizid. Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Finzen, A. (1989): Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Psychiatrie Verlag, Bonn, 4. Auflage 1997.
- Finzen, A.; Tölle, R. (1970): Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung in der Nervenheilkunde. In: Medizinische Klinik 65, S. 689–693.
- Finzen, A.; Pörksen, N.; Roesger (1970): Studentische Laienarbeit einer Nervenklinik. In: Nervenarzt 41, S. 397–400.
- Finzen, A.; Grünewald, F.; Jantzen, F.; Wiethölter, H. (1974): Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahere Psychiatrie und die Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie 1, Tübingen 1970/72, dritte Auflage mit B. Rempp 1974.
- Finzen, A.; Wiethölter, H. (1971): Studentische Laienarbeit als langfristig wirksamer Form der psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit. In: Meyer H. E.; Lauter, H. (Hg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 111–116.
- Finzen, A.; Beck, W.; Becker, I.; Nebert, U. (1973): Materialien zur psychiatrischen Krankenversorgung in Baden-Württemberg – Behandlungsplätze, Personal, ambulante Versorgung. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 8., Tübingen.
- Finzen, A. (1973): Argumente für eine gemeindenahere Psychiatrie. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 13. Tübingen, dritte Auflage Psychiatrie Verlag: Wunstorf 1979.
- Finzen, A.; Schädle-Deininger, H. (1975): Dauermedikation und Sozialtherapie: Eine Depot-Ambulanz als soziale Nachsorgeeinrichtung. In: Psychiatrische Praxis 219-123.
- Freudenberg, R. K.; Bennet, D.; May, A. R. (1957): The relative Importance of physical and Community Methods in the Treatment of Schizophrenics. Congr. Int. Psychiatry. Madrid, Vol. I, S. 157–178.
- Freudenberg, R. K. (1969): Mündliche Mitteilung.

Goffman, E. (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigte Identität. Suhrkamp, Frankfurt (amerikanisches Original 1963).

Grandel S. (1978): Selbstmord und psychiatrischer Behandlung. Suizide in psychiatrischen Krankenhäusern. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie Band 21. Wunstorf.

Jaeckel, M.; Wieser, S. (1970): Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Stuttgart.

Klinksiek, F. (1973): Klinische und soziale Merkmale von psychiatrischen Patienten mit extrem kurzer Hospitalisierungsdauer in der Universitätsfrauenklinik Tübingen und dem Landeskrankenhaus Zwiefalten. Inaugural-Dissertation. Tübingen.

Kulenkampff, C.; Siebecke-Giese, E. (1969): Gesamtverzeichnis der Einrichtungen auf dem Gebiet der Psychiatrie. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Müller, D. (1978): Selbstmord und psychiatrische Behandlung. Zum Suizid psychisch Kranker nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung. **Marktwirtschaft** zur Sozialpsychiatrie 20. Wunstorf.

Nauman, D. (1977): Compliance und Noncompliance I. Die Nichtteilnahme vom Arzt verordnete Medikamente. Begriffe, Methoden, Ausmaß. Eine Analyse empirischer Untersuchungen. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 17. Wunstorf.

Nunnally, J. C. (1961): Popular Conceptions of Mental Health. New York.

Pieper, W.: Selbstmord in Tübingen. Zur Epidemiologie des Siegs im Kreis Tübingen. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Band 19. Wunstorf.

Reimann, H. (1969): Die Gesellschaft und der Geisteskranke. **Sozialpsychiatrie** 4, S. 87–94.

Rempp, B. (1972): Zur stationären Versorgung des Kreises Tübingen. Inaugural-Dissertation. Tübingen.

Rettig, H. (1977): Zur Situation von ausländischen Arbeitnehmern in stationärer Behandlung einer neurologisch-psychiatrischen Klinik. Inaugural-Dissertation. Tübingen.

gen.

Schulte, W.; Finzen, A. (1970): Die Reorganisation der Nerven-Krankenhäuser Lohr am Main und Schloss Werneck. Gutachten für die Bezirksregierung von Unterfranken.

Schulte, W.; Finzen, A. (1973): Ein Gutachten zur Einrichtung eines Heimes für geistig behinderte Jugendliche: „Bedeutet die Einrichtung eines Wohnheimes in Musberg eine Gefahr für die Nachbarschaft?“ In: Sozialpsychiatrische Informationen 3, 16, S. 7–24.

Star, S. A. (1955): Public Ideas about Mental Illness. National Opinion Research Center. Hektogr. Chicago.

Stumme, W. (1975): Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung. Urban und Schwarzenberg, München.

Stumme, W. (1971): Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken – Vorurteil oder Urteil? In: Meyer, J. E.; Lauter, H. (Hg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 43–50.

Wildner, B. (1972): Untersuchungen zur stationären psychiatrischen Versorgung des Kreises Tübingen. Nicht abgeschlossene Dissertation. Tübingen.

WHO (1971): Health Project Formulation. A Manual of Concepts and Procedures. Genf.