

## Evaluation gemeindenaher Versorgung psychisch Kranker

### Ergebnisse von 4 Jahren wissenschaftlicher Begleitung der Aufbauphase des Mannheimer Modells\*

H. Häfner und W. an der Heiden

Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Postfach 5970, D-6800 Mannheim 1J5, Bundesrepublik Deutschland

#### Evaluating the Implementation Phase of a Community Mental Health Service

**Summary.** The implementation of a community mental health service in Mannheim (FRG), a city with 315,000 inhabitants, is being evaluated by means of the data of the Cumulative Psychiatric Case Register at the Central Institute of Mental Health. Within a four-year period of extending services for crisis intervention and emergency care, aftercare (sheltered apartments, homes, workshops) and of providing psychiatric beds in the city, the total number of treatment episodes has increased by more than 100% from about 1.1 to about 2.2 per 1000 inhabitants aged over 14, mainly at the out-patient level of care. Admissions to hospital showed an increase of about 40% whereas bed occupancy remained stable at a rate of about 1.7/1000—respectively 1.3/1000 if beds provided by a psychogeriatric nursing home are deducted.

This development can be attributed to various factors:

- (1) A true increase of morbidity may occur mainly in diagnostic groups I.C.D. No. 300, 301, 305-308, especially an increase in attempted suicides and in alcohol- and drug-related diseases.
- (2) The increased provision of help, mainly on the sector of crisis intervention and emergency care and — in diagnostic categories — mainly in minor neurotic disorders, crises, and affective psychoses, has resulted in a large rise in utilization.
- (3) The continuous decrease of long-term hospital stays, above all in schizophrenic patients, has led to an increased utilization of out- and in-patient services in the community when crises and relapses occurred.

A comparison of two cohorts of „old“ and „new“ patients, the latter having accumulated under the conditions of a community mental health service, has

\*) Ich danke Herrn Dipl.-Psych. J. Klug, ehemals Leiter des Kumulativen Psychiatrischen Fallregisters, für seine unermüdliche Hilfe bei der Auswertung der erforderlichen Daten, Herrn Dr. R. Welz und Herrn M. Pfeifer-Kurda für die Erstellung oder Überlassung je einer Tabelle.

shown that these patients are admitted for a long-term hospital stay considerably later and less frequently than formerly, mostly only after several attempts for rehabilitation. In the group of schizophrenic patients, only about 5% of all first admissions stayed in a psychiatric hospital for more than one year in 1979/80. About the year 1900, this group had still amounted to between 60% and 70%.

A comparison with evaluations of comprehensive community care systems in other countries shows that there are largely identical trends, although the initial rate for psychiatric beds was comparably lower in Mannheim.

**Key words:** Mental health services research – Community mental health service – Case register – Evaluation of mental health care systems – Changes in psychiatric morbidity

**Zusammenfassung.** Evaluation der Implementationsphase eines gemeindepsychiatrischen Dienstes in der ca. 315 000 Einwohner zählenden Stadt Mannheim (BRD) durch das Kumulative Psychiatrische Fallregister am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Innerhalb von vier Jahren des Ausbaus von Krisen- und Notfallversorgung, Nachsorgeeinrichtungen (beschützte Wohnungen, Heime, Werkstätten) und des Angebots psychiatrischer Betten innerhalb der Stadt, stieg die Gesamtzahl der Behandlungsepisoden um mehr als 100% von ca. 1,1 auf 1000 auf ca. 2,2 auf 1000 Einwohner über 14 Jahre, und zwar vorwiegend im ambulanten Sektor. Der Zuwachs an Krankenhausaufnahmen betrug ca. 40%, während die Rate belegter Betten bei ca. 1,7 pro 1000 – beziehungsweise 1,3 pro 1000 ohne Betten im psychogeriatrischen Krankenhaus – stabil blieb.

Diese Entwicklung ließ sich auf mehrere Faktoren zurückführen:

1. ein echter Anstieg der Krankheitshäufigkeit, vor allem bei schweren Krisen in den Diagnosegruppen ICD Nr. 300, 301, 305-308, insbesondere bei Suizidversuchen sowie bei alkohol- und medikamentenbedingten Erkrankungen.
2. Das verstärkte Angebot an Hilfe, besonders auf dem Sektor der Krisenintervention und der Notfallversorgung, in diagnostischen Kategorien betrachtet, vorwiegend bei leichten Neurosen, Krisen und affektiven Psychosen, hat ein erhebliches Wachstum der Inanspruchnahme ausgelöst.
3. Der kontinuierliche Ausbau langfristiger Krankenhausaufenthalte, vor allem bei Schizophrenen, führte zu einer verstärkten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Dienste in der Gemeinde bei Rückfällen und Krisen.

Ein Kohortenvergleich von alten und von neuen unter den Bedingungen eines gemeindepsychiatrischen Dienstes zuwachsenden chronischen Fällen ließ erkennen, daß langfristige Hospitalisierung wesentlich seltener und wesentlich später, meist nach mehreren Rehabilitationsversuchen erfolgt. In der Gruppe der Schizophrenen wurden 1979/80 in Mannheim nur ca. 5% der Erstaufnahmen länger als 1 Jahr im psychiatrischen Krankenhaus hospitalisiert (Klug et al. 1981). Um 1900 waren es noch zwischen 60 und 70%.

Der Vergleich mit methodisch ähnlich angelegten Evaluationsstudien über gemeindepsychiatrische Dienste im Ausland zeigt weitgehend identische Trends, wobei in Mannheim mit einer vergleichsweise niedrigen Rate psychiatrischer Betten auszukommen vermochte.

## Einleitung

Die Forderung nach gemeindenaher psychiatrischer Versorgung reicht weit zurück. Wilhelm Griesinger, der erste Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrie in Berlin und Begründer einer wissenschaftlichen Psychiatrie deutscher Sprache, forderte bereits 1845 die Errichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Seine Ziele waren:

- 1) Frühbehandlung akuter Erkrankungen in Zusammenarbeit mit den übrigen medizinischen Fächern und Nachsorge am Wohnort der Kranken.
- 2) Die Rückführung der psychiatrischen Forschung in den Schoß der gesamten Medizin

Bei unvoreingenommener Beurteilung sind dies heute noch zentrale Anliegen der Gemeindepsychiatrie. Mittlerweile sind die Grundsätze der Gemeindepsychiatrie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO Expert Committee on Mental Health 1950; Querido 1969; WHO 1973) und von der Sachverständigenkommision Psychiatrie der Deutschen Bundesregierung (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 1975) weiterentwickelt worden.

In heutiger Sicht können als wichtigste Prinzipien gelten:

- 1) die Integration der Psychiatrie in die Allgemeine Medizin mit folgenden Zielen:
  - enge Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und den übrigen medizinischen Fächern zur Sicherstellung der Qualität von Forschung und Krankenversorgung;
  - Anwendung von Erfahrungen des öffentlichen Gesundheitswesens auf die Organisation der Versorgung psychisch Kranker;
  - das Stigma der Isolierung psychisch Kranker in abgelegenen, vernachlässigten psychiatrischen Krankenhäusern abzubauen;
- 2) ein für alle zugängliches, bedarfsgerecht gegliedertes Versorgungsangebot am Ort des Bedarfs. Das bedeutet:
  - ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische Einrichtungen mit Notfallversorgung, die mit den entsprechenden Einrichtungen der Allgemeinen Medizin verbunden sind und dieselbe Region versorgen;
  - Nachsorge und komplementäre Einrichtungen (Heime, Werkstätten, Klubs etc.), die denjenigen chronisch Kranken, die langfristiger Betreuung, aber nicht 24stündiger ärztlicher Aufsicht bedürfen, adäquate Lebensmöglichkeiten in der Nähe ihrer Angehörigen gewährleisten;
  - Einrichtungen zur Krisenintervention, die mit den psychiatrischen, aber auch mit den sozialen Diensten verbunden sind.

Die Gemeindepsychiatrie hat sich nicht immer und überall auf diese funktionalen Ziele beschränkt (Bachrach 1976, dort auch eine Auflistung der funktionalen Ziele der Community Mental Health Care in den USA). Vor allem in den USA und Italien nahm die gemeindepsychiatrische Bewegung zeitweilig ideologische und politische Ziele auf. Man strebte über die Kompetenz des Fachgebiets hinaus, suchte "Antworten auf kulturelle und soziale Fragen der Zeit" (Yolles 1967), und manche glaubten sogar, durch Manipulation von Individuen und Gruppen eine bessere, von psychischen Krankheiten freie Gesellschaft schaffen zu können.

Die Folgen dieser Grenzüberschreitungen waren die Abwendung der Aufmerksamkeit von den Bedürfnissen der psychotisch Kranken (Mechanic 1975), die Isolierung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen vom bestehenden Versorgungssystem, die Auswanderung der Mediziner aus den gemeindepsychiatrischen Diensten, die Verschlechterung der Situation chronisch Kranker und alter Menschen und die Enttäuschung der Bevölkerung über nicht eingehaltene Versprechungen.

Die inzwischen eingetretene Ernüchterung hat in den USA zu einer Kurskorrektur geführt. Dennoch bleibt die Frage, was die Einführung der funktionalen Grundsätze gemeindenaher Versorgung in die Organisation psychiatrischer Versorgung tatsächlich an Veränderungen der Inanspruchnahme von Diensten und schließlich an Kosten und Nutzen für Patienten und Gesellschaft mit sich bringt.

Wir haben 1973 begonnen, in Mannheim schrittweise ein gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem aufzubauen. Gleichzeitig versuchten wir, ein psychiatrisches Informationssystem zu schaffen, das eine kontinuierliche Abbildung der Inanspruchnahme dieses Systems und seiner Bestandteile erlaubt und in zunehmendem Maße auch eine Evaluation der Realisierung gesetzter Ziele und ihrer Kosten ermöglichen wird. Die uns bisher zur Verfügung stehenden Daten erlauben uns, einzelne quantitative Indikatoren der Veränderungen, die mit dem Aufbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung ausgelöst werden, und einzelne ihrer Ursachen sowie ihrer Vor- und Nachteile zu analysieren. Wir konzentrieren uns dabei auf folgende Fragen:

## Fragestellung

In welcher Weise beeinflußt der Aufbau eines gemeindebezogenen psychiatrischen Versorgungssystems die Inanspruchnahme der drei wichtigsten Versorgungsebenen:

1. ambulant
2. kurzfristig und
3. langfristig stationäre Aufenthalte

Die erwarteten Veränderungen werden zweifellos vom Angebot geplanter Dienste, aber auch von den Patienten als Nutzer sowie von den Anbietern, den beteiligten Ärzten und ihren Entscheidungen über die für erforderlich gehaltenen Maßnahmen mitbestimmt. Das bedeutet, daß die Kenntnisse und Einstellungen der Ärzte zur Indikation von Therapie- und Versorgungsmaßnahmen

einen wesentlichen Einfluß auf die Inanspruchnahme-Trends haben. Damit soll deutlich werden, daß wir es mit unterschiedlicher Bestimmbarkeit und Stabilität zu tun haben. Einige wichtige Faktoren, etwa die Belastung der Angehörigen durch die extramurale Versorgung chronisch Kranker, sind noch nicht beurteilbar, weil darüber aus der Bundesrepublik noch keine abgeschlossenen Untersuchungen vorliegen.

Innerhalb dieses Rahmens versuchen wir, folgende Hypothesen zu prüfen:

1. Eine extensivere Versorgung im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems führt zu einer vermehrten Inanspruchnahme.
2. Wenn die Gesamtinanspruchnahme in der Beobachtungszeit zugenommen hätte, ist der Frage nachzugehen, ob die Schwellen von der ambulanten zur stationären und von der kurzfristigen zur Langzeithospitalisierung insgesamt und hinsichtlich der wichtigsten Diagnosegruppen eine Veränderung erfahren haben.

In anderen Worten: Führt eine wachsende Zahl ambulanter Patienten auch zu einem wachsenden Bedarf an Betten für kurzfristige und schließlich auch für langfristige Krankenhausaufenthalte?

3. Auf der dritten Ebene, der Langzeitversorgung, gehen wir der Frage nach, ob, wie in anderen gemeindepsychiatrischen Diensten, eine Abnahme der alten von einer Ansammlung neuer chronischer Fälle gefolgt ist und ob sich die neuen unter den Bedingungen einer gemeindenahen Versorgung der langfristig Hospitalisierten von den alten unterscheiden.

## Material und Methode

### *Evaluation des Aufbaus einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in Mannheim*

Bei der empirischen Analyse dieser Fragen können wir von günstigen Voraussetzungen ausgehen: Das Kumulative Psychiatrische Fallregister am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZISG) umfaßt alle Kontakte von Einwohnern der Stadt Mannheim (Bevölkerungszahl am 1. 1. 1974 = 326 377, am 31. 12. 1977 = 308 975) mit allen (33) stationären, halbstationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen einschließlich 4 der damals 7 niedergelassenen Nervenärzten, die diese Stadt versorgen.

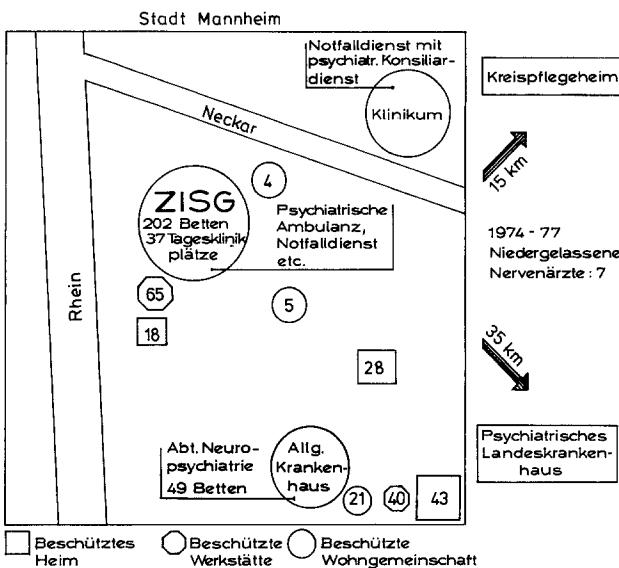
Dadurch wird es möglich, die Zugangs- und Entlassungswege aus der stationären Ebene von und zu den Versorgungsebenen abzubilden. Wir können damit die Dynamik der stationären Versorgung im Netz der übrigen psychiatrischen Dienste aufzeigen und Einflüsse analysieren, die von anderen Versorgungsebenen ausgehen und auf sie zurückwirken. Vergleichbare Untersuchungen zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme sind vor allem die Fallregisterstudien von Wing und Hailey (1972); Babigian (1977) in Monroe County; Fryers in Salford (1979); Strömgren et al. (1979) und von Dupont (1979) in Dänemark.

### *Demographische Veränderungen und Versorgungsangebot in Mannheim*

Die Beobachtungszeit beginnt am 30. 5. 1973 und endet am 31. 12. 1977. Am 31. 12. 1977 war dieser Aufbau, vor allem im komplementären Bereich, keineswegs abgeschlossen. Eine Verallgemeinerung der beim letzten Querschnitt gefundenen Raten ist deshalb nicht möglich. Die Trends jedoch, die sich unter dem Einfluß dieser Aufbauphase entwickelt haben, lassen gewisse Ausblicke zu.

Es ist jedoch zu bedenken, daß die Großstadt Mannheim mit 53% Industriearbeitern und 11,9% Ausländerbevölkerung (1977) – deren Jahresprävalenz (Inanspruchnahme psychia-

## Psychiatrische Dienste für die Bevölkerung Mannheims



### Zunahme von Diensten 1974 - 1977:

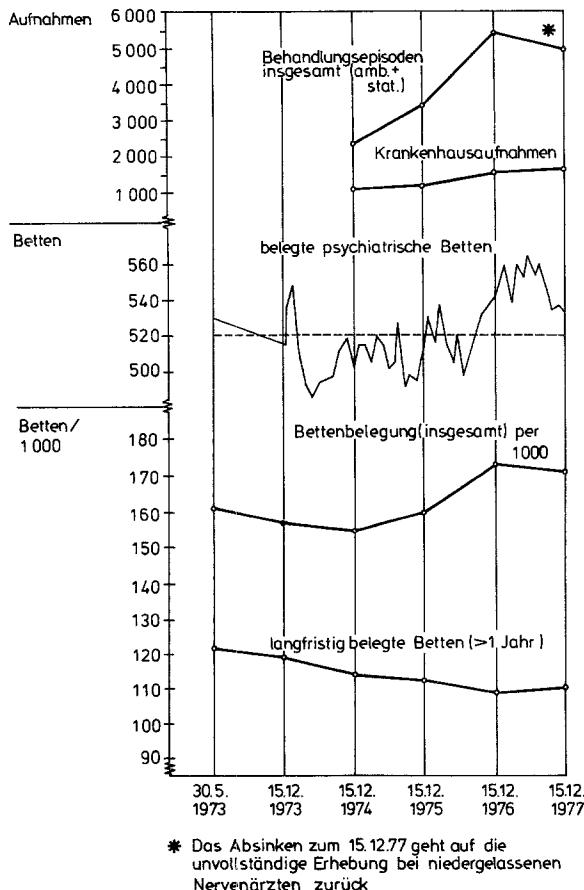
**Abb. 1.** Psychiatrische Dienste für die Bevölkerung Mannheims. Zunahme von Diensten 1974–1977:

trischer Dienste) in diesem Zeitabschnitt mit 6,4/1000 der über 14jährigen unter jener der deutschen erwachsenen Bevölkerung mit 13,1/1000 lag (Häfner 1980) – nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik ist. In vier Jahren, von Anfang 1974 bis Ende 1977 verzeichnete Mannheim einen Bevölkerungsrückgang um 5,7%. Dieser Rückgang ist hauptsächlich auf zwei Faktoren zurückzuführen:

hinch auf zwei Faktoren zurückzuführen:

- 1) auf den Geburtenrückgang. Die Reproduktionsrate betrug 1977:
  - 18,7/1000 für Deutsche
  - + 7,2/1000 für Ausländer
- 2) auf die Abwanderung vorwiegend junger Familien in die dörfliche Umgebung. Andererseits ist die absolute Zahl der über 64jährigen nicht zurückgegangen, die relative leicht angestiegen. Das bedeutet, daß sich die Risikobevölkerung für die stationäre Behandlung erwachsener psychisch Kranke trotz der Abnahme der Gesamtbevölkerung um verändert hat.

**Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen  
durch Einwohner Mannheims 1973 - 1977**



**Abb. 2. Inanspruchnahme Psychiatrischer Einrichtungen durch Einwohner Mannheims 1973-1977. \*)**  
Das Absinken zum 15.12.1977 geht auf die unvollständige Erhebung bei niedergelassenen Nervenärzten zurück.

*Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Mannheim*

Mannheim verfügte nach dem Zweiten Weltkrieg über keine eigene psychiatrische Klinik. Die stationäre psychiatrische Versorgung erfolgte in erster Linie durch das Psychiatrische Landeskrankenhaus in Wiesloch in rund 35 km und das Kreispflegeheim Weinheim in rund 15 km Entfernung von der Stadt (vgl. Abb. 1).

Der Ausbau der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung erfolgte in Zusammenarbeit mit der Stadt Mannheim, mit sozialen Organisationen, den Universitätskliniken und der Ärzteorganisation. Er gründet auf die Kooperation zwischen den existierenden Diensten, insbesondere den psychiatrischen Krankenhäusern, und den während der Beobachtungsperiode schrittweise in Betrieb genommenen Einrichtungen des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit.

Der Ausbau der Notfallversorgung und die wachsende Zahl psychiatrischer Betten und komplementärer Einrichtungen innerhalb der Stadt führte zu einer Aufteilung der Versorgungslast unter den beteiligten Einrichtungen und zu einer gewissen Spezialisierung ihrer Funktionen. Der Schwerpunkt dieser Untersuchung liegt jedoch nicht in der Darstellung solch differentieller Prozesse, über die wir an anderer Stelle berichtet haben (Häfner und Klug 1981), sondern in der Abbildung der Entwicklung des Systems als Ganzem.

Die Abbildung 1 zeigt die Art, Kapazität und die topographische Lage der wichtigsten psychiatrischen Einrichtungen innerhalb und außerhalb der Stadt nach dem Stand 31.12.1980. Unter der Karte sind die Betten, Heim- und Werkstätten und das Personal aufgelistet, die in der Beobachtungsperiode von 1974 bis 1977 zugewachsen sind. Der wirksamste Schritt war die Eröffnung des ZISG inmitten der Stadt mit inzwischen 106 psychiatrischen Betten und jeweils 48 Betten einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer Psychosomatischen Klinik sowie verschiedener anderer Dienste.

## Ergebnisse

### *Trends der Inanspruchnahme auf drei Versorgungsebenen*

Die Abbildung 2 stellt auf drei Ebenen die Entwicklung der Gesamtzahl der Behandlungsepisoden dar: auf der obersten Ebene die absolute Zahl aller stationären und ambulanten Behandlungsepisoden, unmittelbar darunter die Anzahl stationärer Behandlungsepisoden (Krankenhausaufnahme). Auf der untersten Ebene sind die Raten der Gesamtzahl belegter psychiatrischer Betten und jener der langfristig, d.h. über ein Jahr belegten Betten je 100 000 Einwohner dargestellt.

Bei der Berechnung der Jahresraten für die Behandlungsprävalenz sind in dieser Studie stets im laufenden Jahr begonnene Behandlungsepisoden, nicht – wie es oft geschieht – am 1.1. eines Jahres in Behandlung befindliche und im laufenden Jahr aufgenommene Fälle zugrunde gelegt. Die letztgenannte Definition würde bei der Berechnung auf der Basis aufeinanderfolgender Jahre zu Mehrfachzählungen der zwei Jahresstichtage überschreitenden Behandlungsepisoden bzw. Krankenhausaufenthalte und damit zu einer erheblichen Überrepräsentation chronischer Fälle führen.

Als Fälle oder Episoden gezählt wurden nur Erwachsene – 15 Jahre und älter. Bei der Berechnung der Prävalenzrate wurde die Bevölkerung derselben Altersgruppen (15 und älter) zugrunde gelegt.

Die Gesamtzahl psychiatrisch behandelter Krankheitsepisoden ist also in der Beobachtungsphase von ca. 2500 um mehr als 100% auf über 5000 angestiegen. Dieser Anstieg ist zum größten Teil in ambulanten Notfalldiensten erfolgt. Bei den Krankenhausaufnahmen setzt er sich nur noch in Form eines geringfügigen Zuwachses von etwa 40% durch. Die Gesamtzahl der belegten Betten bleibt dagegen um 520 und einer Rate zwischen 1,6 und 1,7/1000 weitgehend stabil. Bei längerfristigen Krankenhausaufenthalten, die in Raten je 100 000 angegeben und der Rate belegter Betten gegenübergestellt sind, ist dagegen eine leicht sinkende Tendenz festzustellen.

### *Zuweisung und Entlassung in und aus stationären Einrichtungen*

Abbildung 3 zeigt, woher die Patienten der stationären Einrichtungen kommen und wohin sie entlassen werden. Sie bildet das Netz der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung quantitativ ab. Fast drei Viertel (72,4%) aller Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser kommen von medizinischen Diensten, d.h. vom Allgemeinkrankenhaus und dem dortigen psychiatrischen Dienst, von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten und aus der psychiatrischen Poliklinik. Alle

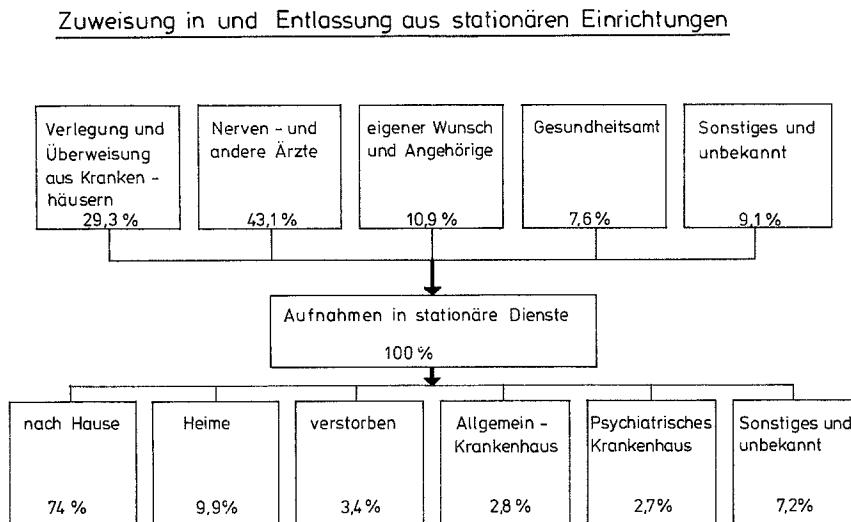


Abb.3. Zuweisung in und Entlassung aus Stationären Einrichtungen

anderen Zuweisungsquellen treten demgegenüber quantitativ zurück. Von den Entlassenen gehen drei Viertel nach Hause. Die Hälfte von ihnen wird von Allgemeinärzten, ein Drittel von niedergelassenen Psychiatern oder von der psychiatrischen Poliklinik weiterversorgt. Etwa 10% der Entlassenen – das ist ein relativ hoher Anteil – wurden in beschützende Heime einschließlich Altersheime verlegt.

#### *Trends der Inanspruchnahme für verschiedene Diagnosegruppen*

Gliedert man in sechs Diagnosegruppen, wie dies in Abbildung 4 mit der Gruppierung verwandter I.C.D.-Kategorien geschehen ist:

1. Affektive Psychosen und reaktive Depressionen I.C.D.-Nr 296; 300.4
2. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen etc. I.C.D.-Nr. 300; 300.0 – 300.3; 300.5 – 300.9; 300.9; 301; 305 – 308
3. Alkohol-, Medikamenten- u. Drogenbedingte Erkrankungen I.C.D.-Nr. 291; 303; 304
4. Schizophrenie und ähnliche Erkrankungen I.C.D.-Nr. 295; 297 – 299
5. Exogene Psychosen, Demenz etc. I.C.D.-Nr. 290; 292 – 294; 309
6. Geistige Behinderung I.C.D.-Nr. 310 – 315 (I.C.D. 8. Rev.),

dann zeigt sich, daß sie in sehr unterschiedlichem Maße zum Anstieg beigetragen haben. Die Gruppe der exogenen Psychosen und der chronischen Hirnsyn-  
drome (Demenz etc.) (Gruppe 5) zeigt nur einen geringfügigen Anstieg. Neuro-  
tische und psychosomatische Syndrome, Persönlichkeitsstörungen etc. (Gruppe  
2) und die depressiven Zustände (Gruppe 1, endogen und reaktiv) zeigen dage-  
gen einen weit über 100% hinausgehenden Zuwachs. Sie stellen mehr als zwei  
Drittel des gesamten Anstiegs der Behandlungsprävalenz in der Beobachtungs-  
zeit dar.

Behandlungsepisoden von Mannheimern in allen psychiatrischen Diensten 1974-77 aufgegliedert nach 6 Diagnosegruppen

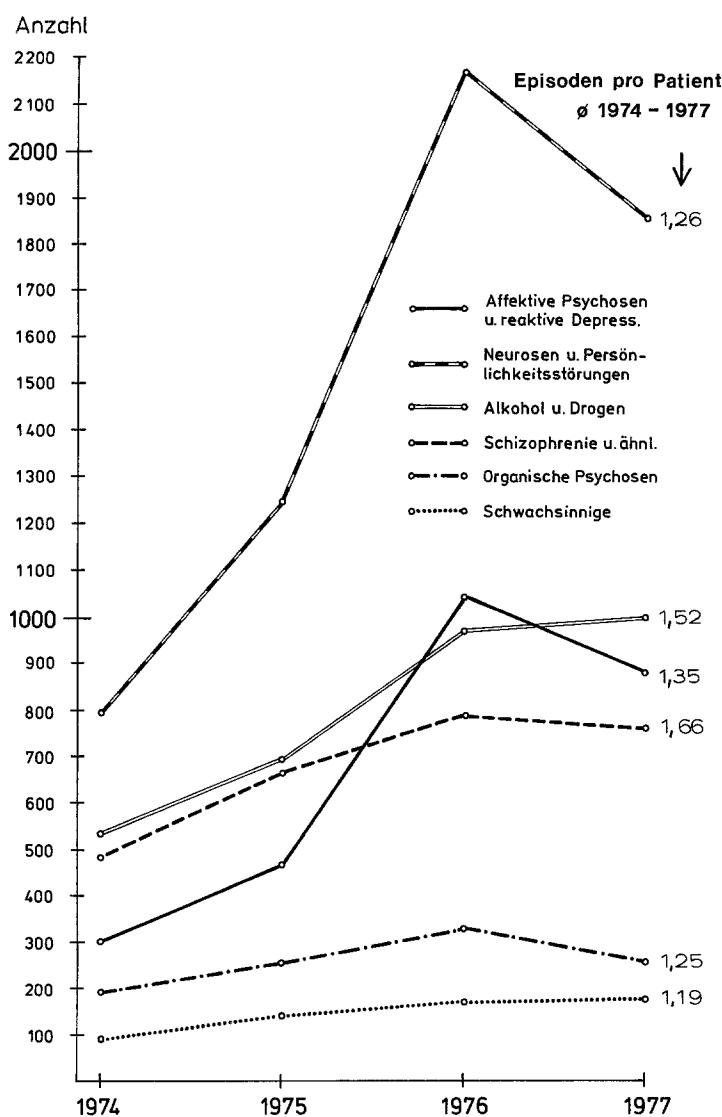


Abb. 4. Behandlungsepisoden von Mannheimern in allen Psychiatrischen Diensten 1974-1977 aufgegliedert nach 6 Diagnosegruppen

periode. Einen mittelstarken Anstieg, zwischen 40 und 80%, lässt die Gruppe 3, psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenmißbrauch, und die Gruppe 4, Schizophrenien und schizophrenieähnliche Diagnosen, erkennen.

## Jährlicher Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol

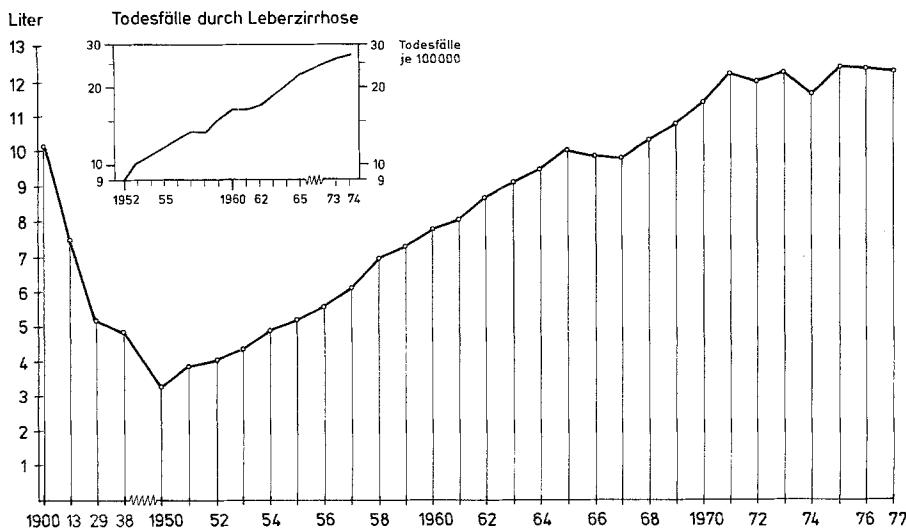


Abb. 5. Jährlicher Pro-Kopf-Verbrauch an Reinem Alkohol

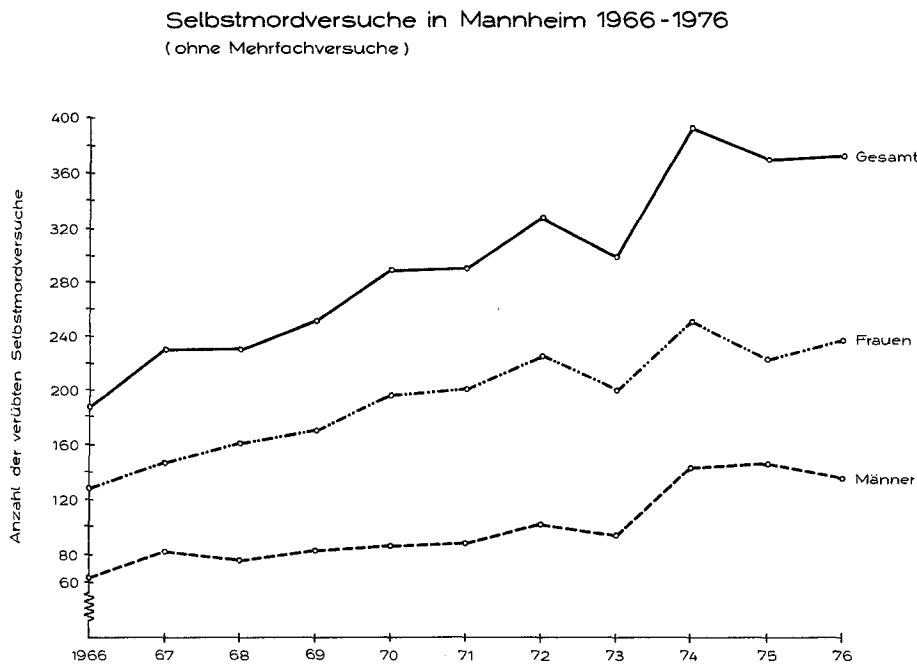
## Erklärungshypothesen

Wenn wir zunächst nach Erklärungen für diese differenzierte Entwicklung der Behandlungsprävalenz während der Aufbauphase des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems suchen, dann bieten sich folgende Hypothesen an:

1. *Eine echte Zunahme der Krankheitshäufigkeit* scheint bei den alkohol- und drogenbedingten Erkrankungen (Gruppe 3) erfolgt zu sein. Dieser Sachverhalt wird durch den Anstieg charakteristischer Indikatoren, etwa der Todesfälle durch Leberzirrhose, auf nationaler Ebene nahegelegt. Zuverlässige Aussagen über Veränderungen der Morbidität erlauben jedoch nur eine über Inanspruchnahmedaten hinausgehende epidemiologische Untersuchung. Unser Mitarbeiter R. Welz hat deshalb in Mannheim eine Studie durchgeführt, die alle Informationsquellen (medizinische Versorgung, kriminalpolizeiliche Erfassung etc.) einschließt, und nachweisen können, daß, ähnlich wie in anderen Ländern, Drogenabhängigkeit und vergleichbare Störungen in Mannheim während der Beobachtungszeit tatsächlich in mäßigem Ausmaß angestiegen sind (Welz 1981). Für alkoholbedingte Störungen liegen uns epidemiologische Daten noch nicht vor.

Der Anstieg der Fallzahl in unseren Inanspruchnahmedaten um mehr als 80% bei einer mittleren Episodenfrequenz (Behandlungsepisoden pro Jahr und Patient) von 1,5 kann auf gleiche Weise interpretiert werden.

Auch bei der Gruppe 2 – neurotische und psychosomatische Syndrome, Persönlichkeitsstörungen und kurzfristige Auffälligkeiten – steigt die Fallzahl steil an. Die jährliche Episodenfrequenz liegt mit 1,25 sehr niedrig und zeigt einen hohen Anteil von Einmalbehandlungen ohne Wiederaufnahme an. Dies ist



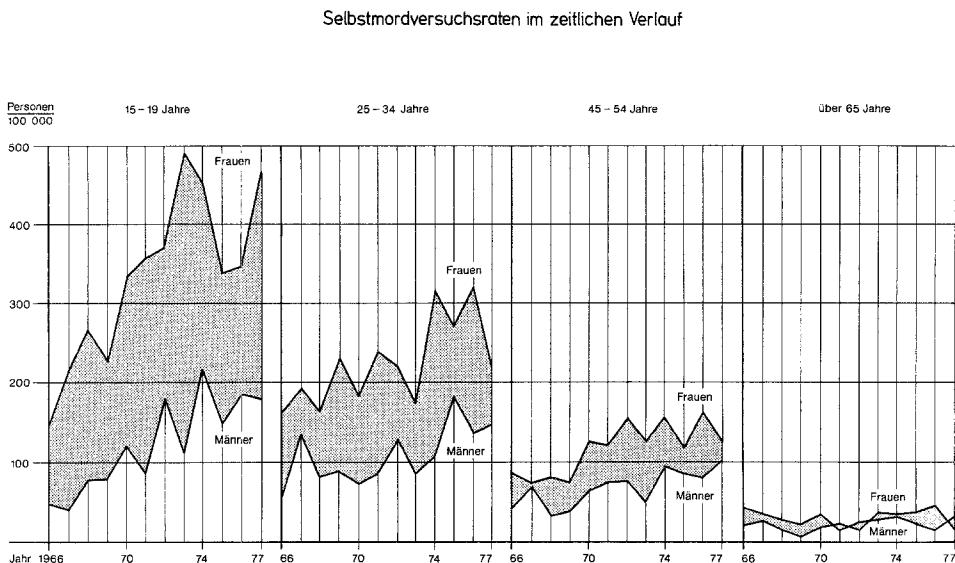
**Abb. 6.** Selbstmordversuche in Mannheim 1966-1976 (ohne Mehrfachversuche). Quelle: R. Welz (1978) Gesellschaftliche Einflußgrößen auf die Selbstmordhandlung. In: H. Pohlmeier (Hrsg) Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung. Keil Verlag, Bonn 1978

zunächst einmal durch eine beträchtliche Zahl neuer Fälle bedingt, die nur zu einer einmaligen Intervention kommen.

Eine Erklärung könnte wiederum in einem echten Anstieg der Krankheitshäufigkeit gesucht werden. Tatsächlich hat Godber (1972) in Camberwell während der Aufbauphase des dortigen Community Mental Health Service am Vergleich zweier Patientenkollektive von 1965 und 1968 nachgewiesen, daß der Zuwachs psychiatrischer Krankenhausaufnahmen vorwiegend durch nichtpsychotische Störungen mit dem Merkmal hoher sozialer Desorganisation erfolgte. In Mannheim hat unser Mitarbeiter R. Welz eine epidemiologische Längsschnittstudie über zehn Jahre (1967 bis 1976) an Suizidversuchern durchgeführt. Das Ergebnis zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Suizidversuchshäufigkeit um ca. 100% und belegt damit, daß in diesem Bereich ein echter Morbiditätszuwachs erfolgt ist (Welz 1979). Der Anteil der Suizidversuche an der Inanspruchnahmepopulation der Diagnosengruppe 2 liegt jedoch etwas unter 20%.

Der Anstieg der Suizidhäufigkeit ist übrigens, ähnlich wie Vergleichsuntersuchungen in Großbritannien, Australien und den USA zeigten, über Alter und Geschlecht sehr ungleich verteilt:

Er weist ein Maximum bei jungen Frauen zwischen 15 und 18 Jahren auf und verschwindet bei über 15jährigen beiderlei Geschlechts vollständig. Wir versuchen gegenwärtig in einer vertieften Studie den Faktoren nachzugehen, die



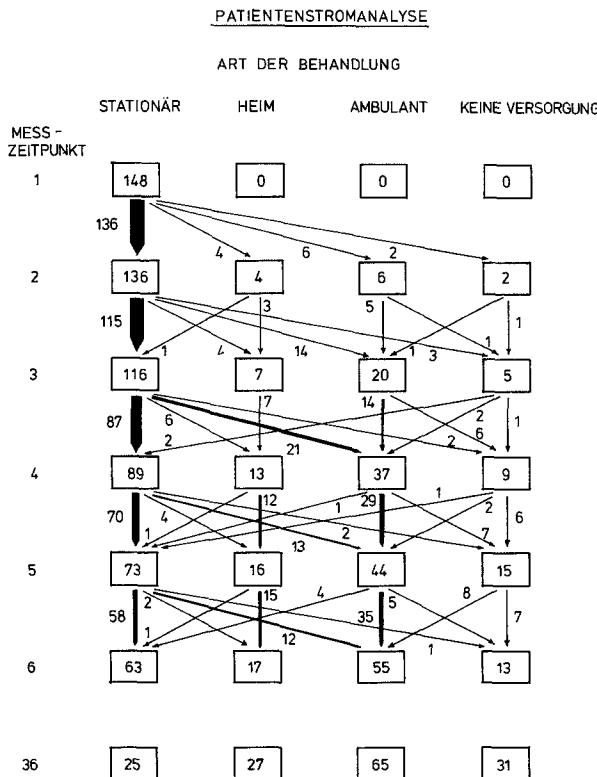
**Abb. 7.** Selbstmordversuchsraten im Zeitlichen Verlauf. *Quelle:* Welz R. (1982) Räumliche Verteilung von Selbstmordversuchen in einer städtischen Region. Forschungsartefakte, Aggregierungseffekte und Clusterbildung. In: Vascovics L. (Hrsg) Raumbezogenheit sozialer Probleme. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 250-270

zur Ausbreitung der Suizidversuchsmotivation in bestimmten Gruppen der Bevölkerung führen.

Während also ein kleiner Teil des großen Zuwachses der Behandlungsprävalenz auf den echten Anstieg der Erkrankungshäufigkeit für schwere neurotische oder soziale Krisen zurückgeht, dürfte der weitaus größere Teil dieses Anstiegs im Bereich der psychogenen Erkrankungen andere Ursachen haben.

2. Wir vermuten, daß die Erklärung hierfür in einem *veränderten Hilfesuchverhalten bei unveränderter Krankheitshäufigkeit* zu suchen ist. Die erhebliche Zunahme auch leichterer neurotischdepressiver und situativer Störungen dürfte mit wachsenden Bedürfnissen der Bevölkerung zusammenhängen, auch bei weniger schwerem seelischen Leid sachverständigen Rat und Hilfe zu suchen. Dieses Bedürfnis scheint mit dem Angebot an Diensten mitzuwachsen, was beispielsweise durch die extrem niedrigen Inanspruchnahmeraten für leichtere psychische Störungen in Entwicklungsländern nahegelegt wird. Die Befriedigung der vitalen Bedürfnisse in einem Wohlfahrtsstaat und die extensive medizinische Versorgung auf allen übrigen Sektoren des Gesundheitswesens dürfen zu dieser Entwicklung im Bereich der psychischen Störungen beigetragen haben. Auch die kostenlose Gewährung psychiatrischer Dienste in der Bundesrepublik trägt wahrscheinlich zur Herabsetzung der Schwelle für die Inanspruchnahme bei.

3. Die dritte Hypothese erklärt eine *steigende Inanspruchnahme bei unveränderter oder leicht veränderter Erkrankungshäufigkeit durch Veränderung im Versorgungssystem*. Sie trifft vermutlich auf die Gruppe der schizophrenen Erkrank-



**Abb. 8.** Patientenstromanalyse.  
Quelle: an der Heiden W,  
Klug J (1980)

kungen zu. Bei relativ hoher Episoden-Fall-Relation von 1,65 steigt die Zahl jährlich behandelter Episoden ungleich steiler an als jene der Patienten. Dahinter verbirgt sich ein hoher Anteil an Mehrfachbehandlungen, d. h. an Rückfällen bei chronischen Verläufen. Der starke Rückgang langfristiger Krankenhausaufenthalte hat dazu geführt, daß eine wesentlich größere Zahl Schizophrener in der Gemeinde lebt und deshalb häufiger zur Nachbehandlung oder bei Rückfällen psychiatrische Dienste in Anspruch nimmt.

In einer inzwischen über 36 Monate fortgeführten Kohortenstudie an 148 während des Jahres 1977 stationär aufgenommenen Schizophrenen aus Mannheim sind unsere Mitarbeiter Klug und an der Heiden dieser Frage nachgegangen.

Abbildung 8 zeigt auf der linken Säule den schrumpfenden Anteil der noch im Krankenhaus behandelten Kranken. Sie bildet mit den Pfeilen des Übergangs zu anderen Diensten die komplexe Versorgungssituation der entlassenen Schizophrenen in der Gemeinde ab. Entlassene Schizophrene, das wird aus dieser Studie deutlich, nehmen zum großen Teil mehr als einen Nachsorgedienst in Anspruch. Zwischen den dargestellten Formen von Versorgung – Krankenhaus, Heim, ambulant, keine Versorgung – finden viele Übergänge statt. Das Fließdiagramm bestätigt jedoch auch, daß der größte Teil der ehemalig längerfristig hospitalisierten Schizophrenen nunmehr in der Gemeinde lebt und von den Versorgungsangeboten sehr starken Gebrauch macht.

**Tabelle 1.** Krankenhaus-  
betten für psychisch  
Kranke pro 1000 Einwohner  
in 1970

Irland	5,8
Schweden	4,9
Norwegen	4,8
Schweiz	2,9
Bundesrepublik Deutschland	1,6 <sup>a</sup>
Österreich	1,6
CSSR	1,9
England und Wales	1,8 <sup>b</sup>
Türkei	0,2
Algerien	0,5

<sup>a</sup> 1973

<sup>b</sup> 1977

Quelle: May A.R. (1976) Mental health services in Europe. A review of data collected in response to a WHO questionnaire. World Health Organization Geneva.

An der meist sinnvollen Kombination verschiedener Versorgungsangeboten und am häufigen Wechsel wird besonders deutlich, daß die Gruppe der chronisch psychisch Kranken nicht nur ein gegliedertes, sondern auch ein sehr flexibles Nachsorgeangebot benötigt. Die Annahme eines starken Anstiegs der Behandlungsepisoden durch diese Form extramuraler Versorgung im Vergleich mit der traditionell intramuralen wird dadurch nachdrücklich bestätigt.

Zum Anstieg der Behandlungsprävalenz schizophren Erkrankter hat jedoch auch ein etwa 100% betragender Zuwachs an Fällen beigetragen. Wir vermuten daß es hier um die Ausschöpfung bisher nicht befriedigter Behandlungsbedürfnisse durch ein extensiveres Versorgungsangebot geht, denn für einen Anstieg der Krankheitshäufigkeit aus verändertem Morbiditätsrisiko haben wir keinen Grund. Aus demographischen Gründen – ein geringfügiger Zuwachs der Altersklassen mit dem höchsten Morbiditätsrisiko – lassen sich nur weniger als 10% herleiten.

Eine ähnliche Erklärungshypothese bietet sich für den geringfügigen Zuwachs der Gruppe 5 – Hirnsyndrome (Demenzen) und exogene Psychosen – an: Die Zahl der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko – Menschen über 60 Jahre – ist in der Beobachtungszeit leicht angestiegen und verursachte so einen leichten, *demographisch bedingten Zuwachs an Krankheitshäufigkeit*. Darüber hinaus gibt es, wie bei den Schizophrenen, Hinweise auf einen Zuwachs der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste durch das extensivere Angebot.

#### *Veränderungen in der Zusammensetzung psychiatrischer Betten*

Die durchschnittliche Belegung psychiatrischer Betten blieb, wie die Abbildung 2 zeigte, trotz erheblicher Zunahme der ambulanten Inanspruchnahme und des Ausbaus der Nachsorge bei etwa 520 auffallend stabil. Bei den daraus errechne-

**Tabelle 2.** Verweildauer in stationären Einrichtungen

Verweildauer	30.05.1973	15.05.1974	15.05.1975	15.05.1976	15.05.1977
	%	%	%	%	%
Bis 2 Mon.	10,5	8,9	9,1	14,8	15,6
2 Mon. bis 1 Jahr	15,4	17,2	20,8	19,0	23,5
1 Jahr und mehr	73,9	73,9	70,1	66,2	60,9
Total	100	100	100	100	100

ten Raten, Betten je 1000, trat ein leichter Anstieg von 1,6 auf 1,7 ein, der sich rechnerisch aus dem Bevölkerungsrückgang ergibt. Da sich der Rückgang fast ausschließlich bei Altersgruppen ohne oder mit sehr niedrigem Risiko für psychiatrische Krankenhausbehandlung vollzog – sinkende Geburtsrate und Wegzug junger Familien aus der Stadt –, können wir folgern, daß der Gesamtbedarf an psychiatrischen Betten stabil geblieben ist. Die Rate von 1,7 ist, zumal für eine Großstadtbevölkerung, im Vergleich mit anderen Industrieländern relativ niedrig.

#### *Veränderungen in der Zusammensetzung der stationären Patienten*

Die Verweildauer im psychiatrischen Krankenhaus ist ein Indikator für die Entlassungspolitik. Natürlich ist eine Politik von Frühentlassung und extramuraler Versorgung chronisch Kranter immer dann vertretbar, wenn ein Netz komplementärer Dienste für die alternative Versorgung in der Gemeinde zur Verfügung steht.

#### *Verweildauer*

Die langfristigen Verweildauern nehmen über fünf Jahresstichtage, wie die Tabelle 2 zeigt, von 74 auf 61% der belegten Betten ab, die kurzen steigen von 11 auf 16%, die mittleren von 15 auf 24% an. Das bedeutet einerseits, daß mit der gleichen Bettenzahl deutlich mehr Behandlungsepisoden versorgt werden konnten. Das bedeutet andererseits, daß auch am Ende der Berichtsperiode noch 61% der Betten durch chronisch Kranke mit Aufenthaltsdauer über 1 Jahr belegt waren.

#### *Diagnosenverteilung in stationären Einrichtungen*

Die Veränderungen der Diagnosegruppen verlaufen über fünf Jahresstichtage hinweg teilweise gegensätzlich: Dem leichten Rückgang bei der Gruppe der schizophrenen Erkrankungen um 34 Betten (=-14%) und bei der Gruppe der exogenen Syndrome (Psychosen und Demenz) um 16 Betten (=-20%) steht eine deutliche Zunahme der Gruppe neurotischer Erkrankungen um 35 Betten (=+90%) gegenüber. Die gefundenen Trends spiegeln die Entwicklung der dia-

**Tabelle 3.** Diagnosenverteilung in stationären Einrichtungen an 5 aufeinanderfolgenden Stichtagen

Diagnosen	30.05.1973	15.05.1974	15.05.1975	15.05.1976	15.05.1977	
1 Affektive Psychosen						
+ reaktive Depress.	48	39	35	54	50	—
2 Neurosen						
+ Persönlichkeitsstör.	39	39	46	64	74	+ 90%
3 Alkohol + Drogen	42	43	58	57	61	+ 45%
4 Schizophr. + Ähnl.	243	214	218	195	209	— 14%
5 Organ. Psychosen	82	84	78	69	66	— 20%
6 Schwachs	77	75	80	67	67	— 13%
Total	531	494	515	506	527	

gnostischen Gruppen innerhalb der Gesamtprävalenz wider. Die veränderte Verteilung der Diagnosenzusammensetzung hat sich damit über die erhöhte Schwelle für Krankenhausaufnahmen hinweg in abgeschwächter Weise in die Ebene der Krankenhausbehandlung hinein fortgesetzt.

#### *Entwicklung des Bettenbedarfs für langfristige Hospitalisierte*

Die Möglichkeit der Verminderung langfristiger Krankenhausaufenthalte wurde auf dem Höhepunkt der optimistischen Beurteilung gemeindenaher psychiatrischer Versorgung und derzeit auch in Italien überschätzt. Unter dem Eindruck rasch zurückgehender Bettenraten waren einige Autoren (z. B. Tooth und Brooke 1961) sogar zu der Annahme gekommen, daß man psychiatrische Krankenhäuser für langfristige Aufenthalte chronisch Kranker zu einem voraussehbaren Zeitpunkt überhaupt nicht mehr benötigen würde.

Die Evaluation gut entwickelter gemeindepsychiatrischer Dienste mit Hilfe von Fallregistern (Wing und Hailey 1972; Fryers 1974 und 1979; Babigian 1977) hat jedoch gezeigt, daß man weiter mit einem allerdings reduzierten Bedarf an Krankenhausbetten für langfristige Aufenthalte rechnen muß. Entlassungen des sogenannten "harten Kerns" der krankenhausbedürftigen chronisch Kranken hatten, wie einige Studien vor allem in den USA ergaben, vermehrtes Leid bei den Betroffenen und ihren Familienangehörigen zur Folge. Die Einschätzung der Grenze, bis zu welchem Schweregrad oder Behinderungsprofil eine 24stündige ärztliche und pflegerische Aufsicht notwendig oder mindestens besser als jedes weniger intensive Versorgungsangebot in der Gemeinde ist, bedarf allerdings noch differenzierterer Untersuchungen.

Die Gesamtzahl der über ein Jahr belegten Betten sinkt kontinuierlich um durchschnittlich 13 pro Jahr ab. dies entspricht einer Abnahme von 4-5 Betten pro 100.000 Einwohner. Ein Vergleich mit den gemeindepsychiatrischen Diensten in Camberwell und Salford lehrt, daß der Trend in Mannheim gleich verläuft, obwohl hier die Ausgangswerte langfristig belegter psychiatrischer Betten

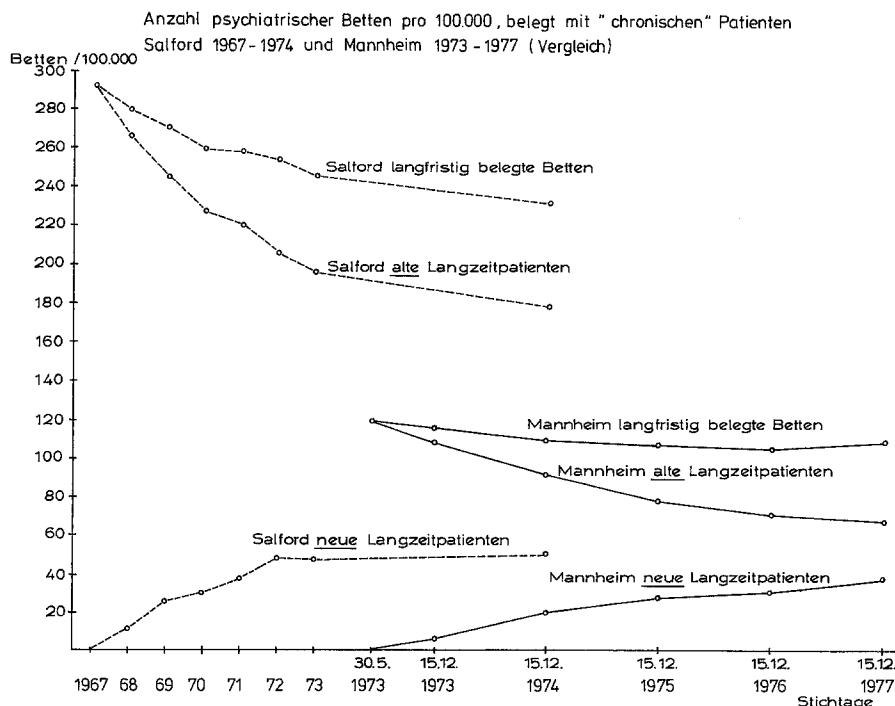


Abb. 9. Anzahl psychiatrischer Betten pro 100 000 belegt mit „chronischen“ Patienten Salford 1967-1974 und Mannheim 1973-1977 (Vergleich)

erheblich niedriger lagen. Dies lassen vor allem die in Abbildung 9 eingezeichneten Kurven von Salford, woher die jüngsten Daten vorliegen, deutlich erkennen.

Wir folgern daraus, daß in Mannheim ein größerer und wohl noch zunehmender Anteil chronisch psychisch Kranker, vor allem Schizophrener, außerhalb des Krankenhauses versorgt wird. Die vorerst vergleichsweise niedrige Heimkapazität läßt, belegt durch die Ergebnisse der bereits zitierten Kohortenstudie von Klug et al. (1981) annehmen, daß der größte Teil dieser teilweise schwer gestörten chronisch Kranken außerhalb psychiatrischer Einrichtungen lebt und ambulant versorgt wird.

Unter den über 1 Jahr hospitalisierten Patienten befanden sich zu Beginn unserer Beobachtungsphase 393 (=118/100 000) über ein Jahr Hospitalisierter in Behandlung. Durch Entlassungen, Verlegungen und Todesfälle verringerte sich diese Kohorte innerhalb von vier Jahren, bis zum 15. 5. 1977, auf 222 (=72/100 000). Im Durchschnitt wurden damit jährlich ca. 38 (= ca. 13/100 000) Betten frei. Die geringfügige Nichtübereinstimmung der Rate jährlich freiwerdender Betten je 100 000 Einwohner und der tatsächlich in vier Jahren freigewordenen Anzahl von Betten je 100 000 Einwohner erklärt sich durch unterschiedliche Nenner im Zusammenhang mit der kontinuierlichen Abnahme der Einwohnerzahl.

Gleichzeitig mit dem Abbau der alten wuchs jedoch bisher in allen gemeindespsychiatrischen Versorgungsregionen eine kleine Gruppe neuer langfristig

krankenhausebedürftiger Patienten heran (Magnus 1967; Hailey 1974; Mann und Cree 1975; Wing und Fryers 1976; Fryers 1979). Diese Entwicklung zeichnet sich auch in Mannheim ab. Seit dem 30. 5. 1973 ist eine Kohorte neuer Langzeitpatienten zunächst kontinuierlich angewachsen, um ein Maximum von 122 Patienten (= 39/100 000) am 15. 12. 1977 zu erreichen. Die durchschnittliche jährliche Zunahme beträgt 7-8/100 000 Einwohner. Wesentlich ist, daß der Abbau der „alten“ derzeit noch etwas schneller verläuft als der Aufbau der „neuen“. Wann der Ausgleich und damit eine stabile Bettenzahl für langfristige Aufenthalte erreicht sein wird, läßt sich nicht zuverlässig voraussagen.

#### *Kohortenvergleich zwischen „alten“ und „neuen“ langfristig krankenhausebedürftigen Patienten*

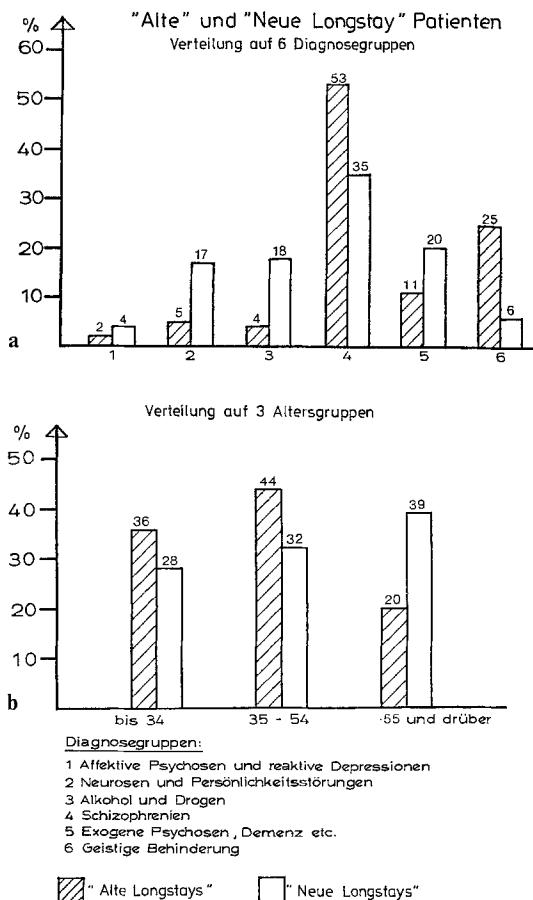
Eine der interessantesten Fragen gilt der Zusammensetzung derjenigen Gruppen von Patienten, die auch unter den Bedingungen eines extensiven gemeindepsychiatrischen Dienstes noch einer langfristigen Hospitalisierung bedürfen. Das Wissen zu diesem Fragenkomplex ist bislang unvollständig. Differenziertere Informationen über die Zusammensetzung der „neuen“ Langzeitpatienten nach klinischen Kategorien haben bisher u. a. Magnus (1967); Fryers (1974); Hailey (1974); Mann und Cree (1975) und Weeke und Strömgren (1978) gegeben.

Um die Auswirkungen der Veränderungen des Versorgungssystems auf die Zusammensetzung dieser Gruppe untersuchen zu können, haben wir zwei Kohorten miteinander verglichen:

- 1) die sogenannte „alten“ Langzeitpatienten: 222 Einwohner Mannheims, die am 30. Mai 1973 bereits mehr als 1 Jahr hospitalisiert waren.
- 2) die „neuen“ Langzeitpatienten: 99 Einwohner Mannheims, die vom 30. Mai 1973 an bis zu 15. Mai 1977 für länger als 1 Jahr hospitalisiert worden waren.

Der statistisch unerwünschte Größenunterschied ist unvermeidlich. Da es zunächst einmal auf Krankheits- und andere Variable zum Zeitpunkt der Entscheidung über die langfristige Unterbringung ankommt, haben wir bei jedem Patienten den Beginn des langfristigen Aufenthalts als Querschnitt für die Ermittlung der zu vergleichenden Merkmale gewählt. Da Fallregisterdaten für einen solchen Vergleich noch nicht weit genug zurückreichen, mußten wir die Merkmale fallbezogen und retrospektiv dort ermitteln, wo die Kranken zu Beginn ihres langfristigen Aufenthalts aufgenommen worden waren. Aus dem gleichen Grunde mußten wir uns auch auf einigermaßen verlässlich zu erfassende Merkmale (Alter, Geschlecht, Diagnosegruppe) beschränken. Alle in den Vergleich aufgenommenen Merkmale gelten für den definierten Zeitpunkt: Beginn der langfristigen Hospitalisierungsperiode. Wir sind uns bewußt, daß wir einen weiteren Faktor, den Einfluß später erfolgender Entlassungen, auf die Zusammensetzung der Kohorte der „alten“ langfristigen Patienten nicht kontrollieren können. Insoweit sind unsere Ergebnisse auch nur begrenzt aussagekräftig.

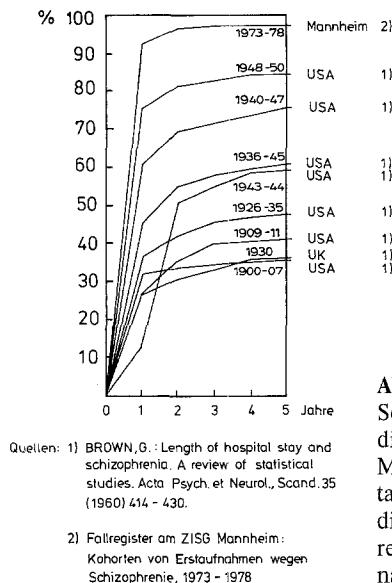
In der diagnostischen Zusammensetzung hat sich eine deutliche Veränderung vollzogen. Die Gruppe der Schizophrenen (4), die mit ca. 53% die Majorität



**Abb. 10. (a)** „Alte“ und „Neue Longstay“ Patienten Verteilung auf 6 Diagnosegruppen.  
**(b)** Verteilung auf 3 Altersgruppen. Diagnosegruppen:  
 1 Affektive Psychosen und reaktive Depressionen  
 2 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen  
 3 Alkohol und Drogen  
 4 Schizophrenien  
 5 Exogene Psychosen, Demenz, etc.  
 6 Geistige Behinderung. ( ) „Alte Longstays“ ( ) „Neue Longstays“

unter den „alten“ gestellt hat, ist in der Kohorte der „neuen“ auf 35% abgesunken. Aber auch unter den Bedingungen eines gemeindenahen psychiatrischen Systems stellt sie noch die stärkste diagnostische Gruppe der nach Gesamtzahl und Zuwachsraten wesentlich kleineren Kohorte der – neuen – langfristig krankenhausbedürftigen Patienten. Klinisch handelt es sich hier um eine Kerngruppe chronischer Verläufe, die wegen therapeutisch nur unzureichend beherrschbarer Aktivitäten des Krankheitsprozesses, wegen hoher Vulnerabilität, Fremd- oder Selbstgefährdung fortlaufender ärztlicher und pflegerischer Aufsicht bedarf.

Anteil der entlassenen Erstaufnahmen wegen Schizophrenie innerhalb von 5 Jahresperioden (aus 7 Studien in den USA, 1 Studie in London und 1 Studie in Mannheim)



**Abb. 11.** Anteil der entlassenen Erstaufnahmen wegen Schizophrenie innerhalb 5 Jahresperioden (aus 7 Studien in den USA, 1 Studie in London und 1 Studie in Mannheim). Quelle: 1. Brown G (1960) Length of hospital stay and schizophrenia. A review of statistical studies. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 35 : 414-430. 2. Fallregister am ZISG Mannheim: Kohorten von Erstaufnahmen wegen Schizophrenie, 1973-1978

Der starke Rückgang erwachsener geistig Behinderter (Gruppe 6) von etwa 25% der alten auf ca. 6% der neuen langfristig behandelten Fälle spiegelt ebenfalls den Erfolg einer beabsichtigten Entwicklung wider. Für die Versorgung der Region Mannheim stehen inzwischen ausreichende Heimkapazitäten zur Verfügung. Geistig Behinderte sind deshalb nur noch ausnahmsweise als Langzeitpatienten im psychiatrischen Krankenhaus, und zwar dann, wenn gleichzeitig eine behandlungsbedürftige psychische Krankheit besteht.

Die Anzahl depressiver Langzeitpatienten (Gruppe 1) ist, trotz des hohen Zuwachses bei der Gesamtprävalenz, sehr niedrig geblieben. Exogene Syndrome, einschließlich Demenz (Gruppe 5), sind unter den langfristigen Aufenthalten weniger als nach der demographischen Entwicklung zu erwarten, gestiegen. Der Grund ist darin zu suchen, daß ein großer Teil der unter schwerer Demenz und vergleichbaren Störungen leidenden Mannheimer in Krankenhäusern und Altenheimen versorgt wird (Kelleher und Benner 1981; Martini 1979).

Deutlich signifikant angestiegen mit 17 bzw. 18% sind dagegen die Gruppen der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (Gruppe 2) einerseits, der alkohol- und drogenbedingten Erkrankungen (Gruppe 3) andererseits. Im Hinblick auf die vergleichsweise niedrigeren Gesamtakkumulationsraten für langfristig Krankenhausbedürftige insgesamt ist daraus noch nicht auf eine echte Zunahme der Jahresraten für diese Diagnosegruppe zu schließen. Wegen der Häufigkeitszunahme schwerer cerebraler Folgeerkrankungen von Alkoholismus ist jedoch ein weiterer Anstieg der zweiten Gruppe zu vermuten.

In der sehr großen Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen gibt es, wie schon von Wing (1979) berichtet, eine sehr kleine Zahl von Patienten, die wegen der Schwere ihrer Störungen langfristiger Krankenhausbehandlung bedürfen. Diese Patienten reagieren entweder aus extremer Vulnerabilität auf geringfügige Traumen und Alltagsbelastungen oder sie weisen, wie die maligne Hysterie, permanent eine schwere Symptomatik auf.

### *Altersverteilung*

Auch in der Verteilung auf drei Altersgruppen – jüngeres, mittleres und höheres Lebensalter – bestehen zwischen beiden Kohorten signifikante Unterschiede. Unter den neuen sind die über 55jährigen, stärker als bei Unabhängigkeit zu erwarten wäre, angestiegen. Unter den alten langfristig Hospitalisierten sind die beiden jüngeren Gruppen überrepräsentiert. Obwohl diese Unterschiede nicht sehr groß sind, sprechen sie doch dafür, daß chronisch Kranke in der gemeinde-psychiatrischen Periode längere Zeit außerhalb des Krankenhauses versorgt worden waren, bevor sie zu Langzeitpatienten wurden. Diese Annahme wird dadurch gestützt, daß sich der Rückgang der jüngsten Altersgruppe auf die geistig Behinderten und Schizophrenen konzentriert, jene Krankheitsgruppe, für die seit 1973 in erster Linie komplementäre Einrichtungen entstanden sind.

Unter der Frage, ob sich im Vergleich beider Gruppen signifikante Unterschiede hinsichtlich der dreidimensionalen Merkmalskombinationen finden, haben wir eine Konfigurationsfrequenzanalyse vorgenommen (Krauth und Lienert 1973; Rey et al. 1978). Nach ihrem Ergebnis hat die extensive Versorgung die Wahrscheinlichkeit langfristiger Krankenhausunterbringung bei jüngeren Frauen mit Schizophrenie und bei geistig behinderten Männern des jüngeren und mittleren Lebensalters am deutlichsten vermindert. Bei älteren Menschen beiderlei Geschlechts mit exogenen Syndromen (Demenz etc.) ist erwartungsgemäß keine Reduzierung eingetreten. Sie sind in der Gruppe der neuen Langfristigen vergleichsweise überrepräsentiert.

### **Schlußfolgerungen**

Der seit 1973 vorangetriebene Aufbau eines in die vorhandenen medizinischen und sozialen Dienste integrierten gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems mit wachsendem Angebot der Krisen- und Notfallversorgung und an ambulanten, stationären und komplementären Diensten innerhalb der Stadt hat zu einem 100% überschreitenden Anwachsen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste geführt. Auf der Ebene der stationären Versorgung setzte sich dieser Prozeß, dank einer relativ hohen Aufnahmeschwelle, nur in Gestalt eines leichten, ca. 40% ausmachenden Anstiegs der Aufnahmeraten fort. Wegen des zugleich ablaufenden Rückgangs langfristig belegter Betten blieb der Gesamtbedarf an psychiatrischen Krankenhausbetten bei ca. 1,7/1000 stabil.

Ein vergleichbarer Trend wurde auch in anderen Ländern beim Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste beobachtet, etwa in Kanada (Smith 1975), Dänemark (Strömgren 1980; Kastrup 1980) oder in den USA, wo von 1950 bis 1970

die Anzahl der ambulanten Behandlungsepisoden von Mio. 1,6 auf Mio. 2,1 anstieg und die Rate belegter psychiatrischer Betten von 4,6/1000 auf 3,4/1000 – inzwischen bereits auf 1,7/1000 – zurückging (Nimh 1977; Babigian 1977).

Der eindrucksvolle Anstieg der Versorgungslast wirkt im Hinblick auf die Kostenentwicklung, besorgniserregend, wollte man annehmen, daß er sich in die Zukunft hinein ungebrochen fortsetzen wird. Wir müssen demgegenüber festhalten, daß die kostenintensivste Form der Versorgung, der Bedarf an Krankenhausbetten, keine Zunahme erfahren hat. Wir hoffen, daß die Zuwachsraten im ambulanten Bereich bald durch einen Sättigungseffekt abgeflacht werden. Diese Annahme wird durch längerfristige Beobachtungen der Inanspruchnahme gemeindepsychiatrischer Angebote gestützt (Nielsen und Nielsen 1979; Nielsen et al., 1980; Fryers 1979).

Nicht nur die Nachfragenden, sondern auch die Anbieter, die im Versorgungssystem tätigen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter usw., haben in gewissem Umfang Einfluß auf die Entwicklung des Bedarfs. Sie tragen durchaus Mitverantwortung, auch für die Kostenentwicklung.

In diesem Zusammenhang wird die Aktivierung des Selbsthilfepotentials der Gemeinschaft, der Aufbau und die Übernahme komplementärer Dienste, etwa von Patientenklubs durch geeignete Laienvereinigungen und Selbsthilfegruppen, zu einer wichtigen Begleitaufgabe im weiteren Ausbau gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme.

Bei den langfristig hospitalisierten Kranken steht dem Rückgang der alten ein Zuwachs neuer langfristig krankenhausbedürftiger Patienten gegenüber, der bisher durch die beste gemeindepsychiatrische Versorgung nicht verhindert werden konnte. Diese Kranken werden im Vergleich zu früher deutlich später langfristig untergebracht; ihr Zuwachs liegt immer noch niedriger als die Abnahme der „Alten“ Langzeitpatienten. Auch ihre diagnostische Zusammensetzung hat sich deutlich verändert. Schizophrene sind weniger geworden; stattdessen sind Neurosen und alkoholbedingte Erkrankungen etwas angewachsen.

Zum Schluß läßt sich an einer wichtigen Gruppe psychisch Kranker – den Schizophrenen – aufweisen, daß nicht nur die gemeindepsychiatrische Organisation der Versorgung, sondern bereits die früheren Reformen mit Open-Door-System, Frühentlassung und Einführung der Nachsorge eindrucksvolle Änderungen bewirkt haben.

Die letzte Abbildung (Nr. 11) zeigt eine Zusammenstellung von Erstaufnahmestudien aus den USA und England durch Brown (1960). Wir haben in diese Zusammenstellung die Ergebnisse eigener Untersuchungen an repräsentativen Erstaufnahmekohorten Schizophrener der Zeitspanne 1973–1978 aus Mannheim eingetragen\*. Daran zeigt sich, daß die Wahrscheinlichkeit für einen erstmals im psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen Schizophrenen, nach einem Jahr entlassen zu werden, von ca. 30% um 1980 auf ca. 70% nach 1940 und auf ca. 93% in 1973–1978 angestiegen ist. Dieses Ergebnis ist ein Indikator dafür, daß die Anstrengungen um die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und um eine gemeindenahme Psychiatrie nicht bloß höhere Kosten, sondern auch eindrucksvolle Veränderungen im Schicksal schwer und chronisch Kranker

\* siehe Seite 1

bringen können, vorausgesetzt daß für diese psychisch Behinderten das Leben in der Gemeinde besser eingerichtet ist als in den Abteilungen für chronisch Kranke psychiatrischer Krankenhäuser.

## Literatur

Babigian HM (1979) The impact of Community Mental Health Centers on the utilization of services. *Arch Gen Psychiatry* 34:385-394

Bachrach LL (1976) Deinstitutionalization: An analytical review and socialological perspective. National Institute of Mental Health, DHEW Publication No. (ADM) 76-351, Superintendent of Documents. US Government Printing Office Washington, D.C. 20402

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, Drs. 7/4200, 7/4201, Bonn 1975

Brown GW (1960) Length of hospital stay and schizophrenia. A review of statistical studies. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 35: 414-430

Dupont A (1979) Psychiatric case registers. In: Häfner H (ed) *Estimating needs for mental health care*. Springer Berlin, Heidelberg, New York, pp, 43-51

Fryers T (1974) Psychiatric in-patient in 1982 – how many beds? *Psychol Med* 4: 196-211

Fryers T (1979) Estimation of need on the basis of case register studies: British case register data. In: Häfner H (ed) *Estimating needs for mental health care*. Springer Berlin, Heidelberg, New York, pp 52-63

Griesinger W (1845) *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Krabbe Stuttgart

Godber C (1972) Reasons for the increase in admissions. In: Wing JK, Hailey AM (eds) *Evaluating a community psychiatric service: The Camberwell register 1964-1971*. Oxford University Press London, New York, Toronto 189-197

Häfner H (1980) Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. Epidemiologische Analyse einer Inanspruchnahmepopulation. *Nervenarzt* 51: 672-683

Häfner H, Klug J (1981) Wissenschaftliche Begleitung der Entwicklung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in Mannheim. In: Haase HJ (Hrsg) *Bürgernahe Psychiatrie im Wirkungsbereich des psychiatrischen Krankenhauses*. Perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft, Erlangen, pp 23-58

Hailey AM (1974) The new chronic psychiatric population. *Br J Prev Soc Med* 28: 180-186

an der Heiden W, Klug J (1980) An integrated record system for the observation of the demand for medical and social aftercare as a basis for organizing extramural services. In: Strömgren E, Dupont A, Nielsen JA (eds) *Epidemiological research as basis for the organization of extramural psychiatry*. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 285, Vol 62, pp 54-59

Kastrup M (1980) A nation-wide census of psychiatric out-patients in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 61: 245-255

Kelleher MJ, Benner C (1981) Die Lebenssituation der Bewohner in Alteneinrichtungen: ihre Bedürfnisse und ihre Versorgung. In: Häfner H, Heimann H (Hrsg) *Gerontopsychiatrie. Aktuelle Psychiatrie 3*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, pp 21-38

Klug J, an der Heiden W, Scheel R, Kistner KH (1981) Inanspruchnahme psychosozialer Einrichtungen durch schizophrene Patienten im Langzeitverlauf. In: Beckmann H (Hrsg) *Fortschritte der Psychiatrie*. Huber, Bern, pp 80-85

Krauth J, Lienert GA (1973) *Die Konfigurationsfrequenzanalyse und ihre Anwendung in Psychologie und Medizin*. Verlag Karl Alber, Freiburg, München

Magnus RV (1967) The new chronics. *Br J Psychiatr* 113: 555-556

Mann S, Cree W (1975) The new "long-stay" in mental hospitals. *Br J Hosp Med* July 1975, pp 55-63

Martini H (1979) Altenheime in Mannheim, Stadt Mannheim, Mai 1979

May AR (1976) Mental health services in Europe. A review of data collected in response to a WHO questionnaire. World Health Organization, Geneva

Mechanic D (1979) Alternatives to mental hospital treatment: a sociological perspective. Presented at the Conference on Alternatives to Mental Hospital Treatment, University of Wisconsin, Madison, WI, October 1975

National Institute of Mental Health (1977) Psychiatric services and the changing institutional scene, 1950-1985. DHEW Publication No. (ADM) 77-433, Superintendent of Documents US Government Printing Office Washington D.C. 20402

Nielsen J, Nielsen JA (1979) Incidence of first contacts and need of staff and beds in a community psychiatric service. In: Häfner H (ed) *Estimating needs for mental health care*. Springer Berlin, Heidelberg, New York, pp 125-130

Nielsen JA, Børn-Henriksen T, Nielsen J (1980) Psychiatric illness and use of psychotropic drugs in a geographically delimited population. *Acta Psychiatr Scand, Suppl 285* 62: 96-102

Querido A (1969) Mental health and public health in the planning of mental health services (and discussion of this paper). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Rey ER, Klug J, Welz R (1978) The application of Lienert's configuration frequency analysis in psychiatric epidemiology. *Soc Psychiatry* 13: 53-60

Smith CM (1975) Psychiatrische Versorgung in Canada – System oder Nichtsystem? In: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, Drs. 7/4201, Bonn, pp 715-748

Strömgren E (1980) Who takes care how and where and why? In: Epidemiological research as a basis for the organization of extramural psychiatry. *Acta Psychiatr Scand, (Suppl 285)* 62: 9-14

Strömgren E, Kyst E, Ryberg I, Weeke A (1979) Estimation of need on the basis of field survey findings. In: Häfner H (ed) *Estimating needs for mental health care*. Springer Berlin, Heidelberg, New York, pp 37-42

Tooth GC, Brooke EM (1961) Trends in the mental hospital population. *Lancet* 1: 710-713

Weeke A, Strömgren E (1978) Fifteen years later. A comparison of patients in Danish psychiatric institutions in 1957, 1962, 1967, and 1972. *Acta Psychiatr Scand* 57: 129-144

Welz R (1979) Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten. Eine epidemiologische, ökologische und mehrbenenanalytische Untersuchung über Häufigkeit und regionale Verteilung von Selbstmordversuchen in Mannheim. Beltz-Verlag, Mannheim

Welz R (1981) Drogenabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Häufigkeit, Verbreitung und weitere Entwicklung. In: Häfner H, Welz R (Hrsg) *Aktion Psychisch Kranke, Drogenabhängigkeit und Alkoholismus*. Rheinland Verlag, Köln, pp 27-41

Wing JK (1979) Trends in the care of the chronically mentally disabled. In: Wing JK, Olsen R (eds) *Community care for the mentally disabled*. Oxford University Press, Oxford, pp 1-13

Wing JK, Fryers T (eds) (1976) *Psychiatric services in Camberwell and Salford psychiatric registers, 1964-1974*. M.R.C.Soc. Psychiatr Unit, London, and Department Comm Med University of Manchester

Wing JK, Hailey AM (eds) (1972) *Evaluating a community psychiatric service: The Camberwell register, 1964-1971*. Oxford University Press, London, New York, Toronto

World Health Organization (1951) Expert Committee on Mental Health. Report on the Second Session (Geneva, 1950). Technical Report Series, No. 31,

World Health Organization (1973) Regional Office for Europe: The Development of comprehensive mental health services in the community. Report on a conference, Peebles, Scotland, 24-30 May 1972. EURO 5414 I Copenhagen

Yolles SF (1967) Community mental health services: The view from 1967. *Am J Psychiatr* 124: 1-7