

Going home –

Anstaltskritik und Enthospitalisierungs-Bewegung in der Psychiatrie

**Ein Beitrag von
Stefan Frühwald und
Heinz Katschnig**

In dem im Jahre 1948 gedrehten, in einer psychiatrischen Anstalt spielenden Film »Die Schlangengrube«, erlebt man im Schlußteil eine rührende Szene, in der bei einem großen Anstaltsfest ein Lied mit dem Titel »Going home« gesungen wird. Keiner der Mitwirkenden an diesem Film hat wohl daran gedacht, daß dieses »Going home« für hunderttausende Patienten wenige Jahre später Wirklichkeit werden würde.

In den westlichen Industrienationen waren bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts die Bettenzahlen in psychiatrischen Großinstitutionen parallel zur Bevölkerungsentwicklung steil angestiegen. Betrug in den USA im Jahr 1900 die Zahl der psychiatrisch hospitalisierten Personen 100.000, waren es 1955 bereits 600.000. Ab diesem Zeitpunkt läßt sich dann eine dramatische Trendumkehr beobachten. Sowohl die Größe der einzelnen Institutionen als auch die Betten insgesamt sind stark rückläufig. 1990 waren es in den USA bereits wieder nur 100.000 psychiatrische Betten. In Abbildung 1 ist diese Entwicklung für England, wo zwischen 1991 und 1995 39 psychiatrische Krankenhäuser geschlossen wurden, dargestellt. In Österreich und Deutschland, wo es keine so lange Zeitreihen gibt, zeigte sich, allerdings mit 20 Jahren Verzögerung, ein ähnliches Bild. 1992 wurden in Deutschland 55.165 psychiatrische Betten gezählt, was einem Schlüssel von 0,94 Betten je 1.000 Einwohnern entspricht, wovon 4.322 Betten in kleinen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern lokalisiert waren. 1975 hatte dieser Schlüssel noch 1,6 je 1.000 Einwohnern betragen (Rössler und Mitarbeiter, 1996).

Gründe für die Enthospitalisierung

Die Einflußfaktoren, die zu dieser Entwicklung geführt haben, sind heute relativ klar. Eine

anstandsfeindliche Bewegung, die um den Klassiker der Kritik von Großinstitutionen Goffman (1961) entstanden ist, sich aber auch aus einer antipsychiatrischen Strömung gegen die Ausgrenzung abweichenden Verhaltens rekrutierte, war vermutlich genauso wichtig wie die Tatsache, daß genau zum Zeitpunkt der Trendumkehr (1955) ein neuer Psychopharmakotyp in die Klinik eingeführt wurde, die Neuroleptika, die gegen die besonders störenden Halluzinationen und Wahnideen psychisch Kranker wirksam sind. Es ist heute auch ganz klar belegt, daß in mehreren Ländern auch ökonomische Gründe die treibende Kraft waren, sind doch Krankenanstalten besonders teure Einrichtungen. Dies gilt besonders für England.

Bald nach Beginn der Enthospitalisierungsbewegung wurde offenkundig, daß das Abschaffen von psychiatrischen Betten und Krankenhäusern allein keine Lösung für das Problem der psychischen Krankheit darstellen kann. So einfach, wie es der italienische Psychiater Basaglia und seine Mitarbeiter in einer Aufschrift an der Anstaltsmauer der inzwischen abgeschafften psychiatrischen Anstalt San Giovanni in Triest darstellten (»die Freiheit ist die Therapie«), kann es nicht sein. »Gemeindeferne Psychiatrie« in psychiatrischen Großanstalten ist aus vielen Gründen unmenschlich, gemeindenaher Psychiatrie ohne entsprechende Unterstützung ist es genauso. Die obdachlosen psychisch Kranken in den großen Städten der USA zeugen davon ebenso wie der Protest von italienischen Angehörigenvereinigungen, da ihnen nun die Bürde der Sorge für ihre psychisch kranken Familienmitglieder aufgelastet wird.

Daß bei sinkender Bettenzahl die Aufnahmezahlen nicht nur nicht abfielen sondern sogar anstiegen, deutet darauf hin, daß hier noch etwas nicht stimmen kann. Für dieses Phänomen – Patienten werden nach relativ kurzer Zeit aus Psychiatrischen Krankenhäusern entlassen, erleiden aber bald wieder Rückfälle, kommen zurück, werden wieder entlassen etc. – wurde sogar ein eigener Begriff, nämlich der der »Drehtürpsychiatrie« geprägt.

Der Versuch, die Drehtürpsychiatrie durch die Einrichtung gemeindenaher psychiatrischer Dienste auf einer sektorisierten Basis einzudämmen, war nur zum Teil von Erfolg gekrönt.

Die oft technokratischen Versuche, Tageskliniken, Wohnheime, Arbeitsrehabilitationszentren zu schaffen, um Patienten wieder einzugliedern, schlugen vielfach fehl. Ein Hauptgrund dafür ist aus unserer Sicht das Nichtbeachten der sozialen Netzwerke, in die psychisch Kranke zurückkehren.

Aus heutiger Sicht lassen sich drei Phasen der gemeindenahen Psychiatrie unterscheiden: die der Anstaltskritik, die der sektorisierten Psychiatrie und die der Netzwerkpsychiatrie. Unsere These ist, daß sich bei einer entsprechenden Unterstützung des sozialen Netzwerkes, in denen Patienten mit ihren Arbeitskollegen, Freunden und Angehörigen leben, der Teufelskreis der Drehtürpsychiatrie durchbrechen läßt.

Es ist unbestreitbar, daß die Kritik an den psychiatrischen Großanstalten den entscheidenden Anstoß für die Enthospitalisierungswelle

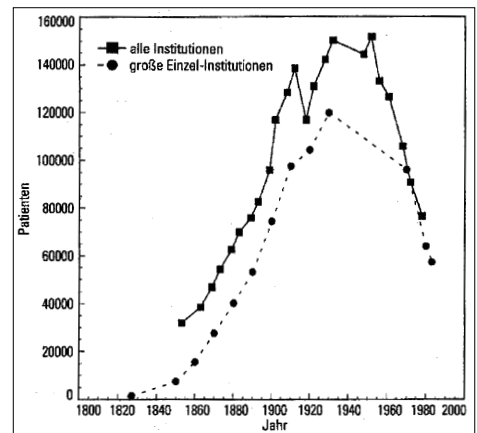


Abbildung 1:
Patientenzahlen in stationären Einrichtungen
für psychiatrisch Kranke 1827 – 1983

(Quellen: 1827 – 1910 Lunacy Commission;
1914 – 1930 Board of Control;
gedruckt mit Genehmigung des
S. Roderer Verlag, Regensburg).

gegeben hat. Wir wollen uns hier schwerpunktmäßig mit dieser Anstaltskritik, die sich ja im wesentlichen darauf bezieht, daß durch besonders lange Aufenthalte in »totalitären Institutio-

nen« Sekundärschäden entstehen, beschäftigen. Dabei ist aber sofort festzuhalten, daß in der heutigen Bewegung der »gemeindenahen Psychiatrie« die Kritik an den Großinstitutionen nur mehr einen geringen Stellenwert einnimmt und heute die positiven Aspekte des Eingebundenseins in ein soziales Netzwerk entscheidendes Motiv dafür sind, daß Psychiatriepläne entwickelt werden, die davon ausgehen, daß jeder psychisch Kranke möglichst lange außerhalb einer stationären Behandlung bleibt und alternative Einrichtungen zu Krankenanstalten geschaffen werden sollen. Das positive Konzept der »Lebensqualität« spielt in diesem Zusammenhang zunehmend eine Rolle.

Die Entstehung der psychiatrischen Großanstalten

Nach Heraustrennung der psychisch Kranken aus der großen Menge der in Zucht- und Tollhäusern festgehaltenen Diebe und Bettler, Schurken und Narren entwickelte die Anstaltspsychiatrie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts um den Erbauer der »Ersten Deutschen relativ Verbundenen Heil- und Irrenanstalt Illenau« Christian Friedrich Wilhelm Roller, ihre eigene Ideologie. Die »Heilkraft der Isolierung« war das Motto, unter dem große Anstalten fernab jeglicher Zivilisation mitten im Grünen erbaut wurden. Die Idee der »Heilung« kam aber mit dem Wachstum der Anstalten, die durch Einlieferung der Fall- und Tobsichtigen, Geistesgestörten, ruhiger und unruhiger Wahn- und sonstiger Irrer bald übertoll waren, bald in Vergessenheit (Jetter, 1981).

Dadurch entwickelte sich jene triste, unpersönliche und hoffnungslose Situation, die viele Anstalten bis weit in unser Jahrhundert hinein prägte. In den Anstalten war der gesellschaftliche Auftrag, möglichst kostensparend und effizient zu verwahren, maßgeblich für die »Betreuung«: Zahlenmäßig geringes und billiges Personal sorgte für Aufstehen, Ankleiden, Füttern, Baden und Zu-Bettgehen der Insassen, in der Zeit dazwischen durften die dazu fähigen Patienten als billige Arbeitskräfte bei verschiedenen Arbeiten helfen. Dies alles in der vagen Hoffnung auf Eintritt einer Spontanheilung der Verhaltensabweichung, die zur Entlassung führen könnte.

Das schon dargestellte Wachstum der Anstalten hing sowohl mit dem Wachstum der Bevölkerung aber auch damit zusammen, daß sich viele psychisch Kranke, die als unheilbar angesehen wurden, in diesen Anstalten ansammelten und ihr ganzes Leben darin verbrachten. Dies galt besonders für diejenigen, die in jungem Alter erkrankten und körperlich gesund waren, vorwiegend also geistig Behinderte und schizophrene Patienten. In der Regel machen auch heute noch diese beiden diagnostischen Gruppen über zwei Drittel aller Insassen aus.

Totale Institution, Hospitalismus und Institutionalismus

In der schon skizzierten Aufbruchsstimmung in den fünfziger und sechziger Jahren konzentrierte sich die Forschung – neben der Entwicklung neuer therapeutischer Methoden – unter dem Titel »Hospitalismus« und »Institutionalismus« auf die Folgen langdauernder stationärer Aufenthalte in Anstalten oder anderen geschlossenen Institutionen. Nachhaltig geprägt wurde die Diskussion über Hospitalismus unter anderem durch Beiträge von Barton (1959), der Hospitalismusfolgen als »institutional neurosis« bezeichnete, Goffman (1961), der den Begriff der »totalen Institution« prägte, wie auch Wing & Brown (1970), die verschiedene psychiatrische Anstalten und die Lebensbedingungen langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten beschrieben und Assoziationen zwischen anrengungsarmen Umgebungsbedingungen und dem Ausprägungsgrad klinischer Hospitalissymptome (affektive Abstumpfung, Sprachverarmung, sozialer Rückzug) fanden.

Goffman (1961), der als Assistent des Physiotherapeuten längere Zeit am St. Elisabeth Hospital, der psychiatrischen Großanstalt für Washington, DC, mit mehreren tausend Betten verbrachte, entwickelte auf Grund dieser Erfahrungen die Theorie, daß verschiedene Institutionen, deren Kennzeichen die Einschränkung des freien Zu- und Abgangs, verminderte Kommunikationsmöglichkeit mit der Außenwelt und streng strukturiertes Reglement im Inneren sind, prägenden Einfluß auf die Persönlichkeit der dort längere Zeit befindlichen Personen haben. So war durch den stets gleichen Tagesablauf am selben Ort unter der Aufsicht derselben Personen, durch die strenge Reglementierung aller Tätigkeiten und Ereignisse für alle Patienten, sowie durch den Wegfall der normalerweise vorhandenen Trennung verschiedener Lebensbereiche (z.B. Wohnen, Schlafen, Arbeiten, Freizeit) letztlich eine generelle Abnahme der Fähigkeit zur individuellen persönlichen Lebensgestaltung festzustellen. Er meinte, solche prägenden Eigenschaften von Institutionen außer in der von ihm studierten psychiatrischen Anstalt auch im System von Gefängnissen, Konzentrations- und Militärlagern, Waisen- und Altersheimen, Internaten und Klöstern finden zu können.

Barton (1959) faßte eine Reihe von bei institutionalisierten Patienten beobachtbaren Eigenschaften und Verhaltensweisen unter dem Begriff »institutional neurosis« zusammen. Dazu gehörten Apathie, Initiative- und Interessenlosigkeit, Unfähigkeit vorzusuplanen, Verwahrlosung hinsichtlich persönlicher Gepflogenheiten, Körperpflege und Selbstverantwortlichkeit. Zusätzlich seien Abbau der Individualität und Resignation, was die persönlichen Lebensumstände bzw. ihre Verbesserung betrifft, beob-

achtbar. Selbst in der Körperhaltung zeige sich diese »Entpersönlichung« durch vornübergebeugtes Stehen mit hängenden Schultern und kleinschrittigem Gang, was Barton in seinem Buch durch Fotografien illustrierte. Diese Phänomene seien keineswegs als prozeßhafter Verlauf jener vorbestehenden Krankheit anzusehen, die zur Einweisung geführt hätten, sondern als Auswirkung verschiedener, geschlossene Institutionen kennzeichnenden Faktoren: Kontaktverlust mit der Außenwelt, erzwungene Anpassung, Untätigkeit, Brutalität und gewaltsame Übergriffe mancher Betreuungspersonen, Verlust von persönlichen Habseligkeiten, Freunden und neuen Erlebnissen, tristes Äußeres der Station ohne sinnesanregende Elemente der Einrichtung, Medikamenten(neben)wirkungen und Verlust von Perspektiven des Lebens in der Außenwelt.

Während die Publikationen Goffmans und Bartons auf der reflektierten Beobachtung des Lebens in psychiatrischen Großanstalten beruhten, führten Wing und Brown (1970) eine große, hohen methodischen Ansprüchen genügende empirische Studie zur Frage der schädlichen Auswirkung des Lebens in psychiatrischen Großanstalten durch. Ein wohl durchdachter und akribischer Vergleich dreier psychiatrischer Anstalten in Großbritannien, die sich hinsichtlich der sozialen Lebensbedingungen der Patienten und der Organisationsstrukturen wesentlich voneinander unterschieden, führte zu weitreichenden Schlußfolgerungen. Eine der Anstalten war besonders restriktiv und ähnelte am ehesten der »totalen Institution« Goffmans, eine andere hatte sich nach außen geöffnet und auch innerhalb der Anstalt neue Strukturen für die Anregung des Lebens der Patienten geschaffen. Eine dritte Anstalt war in der Mitte zwischen diesen beiden einzuordnen.

Wo das soziale Milieu der Patientinnen anrengungsarm war, d.h. wenige Kontakte zur »Außenwelt« bestanden, wenige persönliche Habseligkeiten zur täglichen Verfügung standen, kaum sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden waren und daher große Teile des Tages mit Nichtstun verbracht wurden, und wo die prognostische Einschätzung des betreuenden Pflegepersonals pessimistisch war, dort waren auch die Institutionalisierungsschäden deutlich ausgeprägter. Sozialer Rückzug, Verringerung der Kontaktaufnahme zu Pflegepersonen und Mitpatientinnen bis hin zur völligen Abkapselung erwiesen sich als ebenso abhängig von der sozialen Umgebung wie Affektverflachung, sprachliche Verarmung und andere »Negativsymptome« der Schizophrenie. Je anrengungsärmer die Station und je länger der stationäre Aufenthalt, umso ausgeprägter waren die beobachteten Schäden.

Freilich ist dieser Befund aus heutiger Sicht nicht eindeutig interpretierbar. In einer kürzlich geführten Diskussion im angesehenen British Journal of Psychiatry (Curson und Mitar-

beiter, 1992; Wing, 1992), die auf einem Replikationsversuch der ursprünglichen Studie von Wing und Brown (1970) basiert, wird von Wing betont, daß es tatsächlich schwer entscheidbar ist, welcher Anteil am »poverty syndrome«, wie das Anstaltssyndrom recht einprägsam genannt wird, eher ein »clinical poverty syndrome« oder ein »social poverty syndrome« ist. Es ist belegt, daß ein gewisser Prozentsatz schizophrener Patienten, auch ohne in einer Anstalt zu leben, Antriebsarmut, Affektverflachung und Rückzugstendenzen entwickelt, Phänomene, die innerhalb der Psychiatrie als »negative Symptome« bezeichnet werden. Im Zeitalter der »gemeindenahen Psychiatrie«, in dem die Psychiatrischen Krankenhäuser verkleinert werden, ist damit zu rechnen, daß die leichter gestörten Patienten früher entlassen werden und Patienten, die schon von ihrer Krankheit her schwerer gestört sind, in der Anstalt zurückbleiben.

Wing (1992) betont aber in der Diskussion, daß es ihm gar nicht um diese Unterscheidung gegangen sei, sondern um einen ganz anderen Aspekt. In der ursprünglichen Untersuchung von Wing und Brown (1970) war beschrieben worden, daß es für Patienten mit steigender Dauer des Lebens in der Anstalt auch immer schwieriger vorstellbar wurde, einmal entlassen zu werden. Dies war weder vom Alter noch von anderen Einflußfaktoren abhängig, sondern wies auf einen sich mit steigender Länge des Aufenthalts in geschlossenen Institutionen regelmäßig zeigenden Gesinnungswandel einer immer negativeren Selbsteinschätzung hin, die mit einer immer geringer werdenden Fähigkeit zu autonomer Lebensführung korreliert ist. Die Entwicklung eines negativen Selbstbildes, wohl im Zusammenhang mit der »entpersönlichen« und das Verlernen von sozialen und Alltagsfertigkeiten begünstigenden Umgebung ist der entscheidende Aspekt am »Institutionalismus«.

Es ist unschwer vorstellbar, daß alle genannten Faktoren einschließlich des Abreißens der Kontakte nach außen (es ist ein klassischer Befund, daß die Aufenthaltsdauer in Psychiatrischen Krankenhäuser direkt mit der Entfernung vom Wohnort korreliert ist), daß die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, die Strenge der Reglementierung des täglichen Lebens und damit die Abnahme der Möglichkeit zu Eigeninitiative und autonomer Entscheidung über die Tagesgestaltung zur Entwicklung dieses negativen Selbstbildes beitragen. Die Einstellungen der Betreuer, die in die gleiche Richtung gingen, förderten naturgemäß dieses negative Selbstbild.

Es ist interessant, daß es bereits in den zwanziger Jahren, also schon lange vor diesen Befunden, Versuche gegeben hat, das Leben in den Anstalten entsprechend zu verändern. Simon (1929) hat in Gütersloh die »Arbeitstherapie« eingeführt, die durch die Strukturierung

des Alltags gegen das, was aus heutiger Sicht Hospitalisierungsschäden genannt werden muß, anzukämpfen versuchte. Das Prinzip der »therapeutischen Gemeinschaft« (Jones, 1952) ist genauso als eine frühe Anti-Hospitalismusstrategie zu sehen wie die Einführung der verhaltenstherapeutisch orientierten »token economy« Systeme durch Psychologen, die auf den chronischen Stationen, den »back wards« großer psychiatrischer Anstalten durch relativ einfache Maßnahmen der Belohnung gewünschten aktiven Verhaltens Leben in die lethargische Atmosphäre brachten.

Ausblick

Dieser Beitrag schränkt sich bewußt auf die heute in der Psychiatrie nur mehr eine relativ geringe Rolle spielende Diskussion von »Hospitalisierungsschäden«. Große Deinstitutionalisierungsprogramme haben zu einem indirekten Beweis dafür geführt, daß das Leben in der Gemeinde für chronisch psychisch Kranke mit einer höheren Lebensqualität einhergeht als in den psychiatrischen Großkrankenhäusern. Bei einem mit rigorosen empirischen Methoden durchgeführten Vorher-Nachher-Vergleich von Patienten, die bei der Schließung eines psychiatrischen Großkrankenhauses in England »in die Gemeinde« entlassen wurden, zeigte sich durchweg, daß es den Patienten nach der Entlassung besser ging – nicht im psychiatrischen Sinn, da Wahn und Halluzinationen und Angstsymptome sich nicht veränderten und teilweise sogar zunahen; wohl aber im Sinne der »Lebensqualität«: Vernachlässigung, Vereinsamung und Verelendung und Delinquenz konnten nicht beobachtet werden. Die vermehrte Bewegungsfreiheit und Autonomie, die Zunahme sozialer Kontakte wurden von den entlassenen Patienten in hohem Maße geschätzt (TAPS-Projekt, Leff, 1993; Becker, 1995).

Daß auch nach besonders langen Hospitalisierungen eine Entlassung und Rehabilitation in der Gemeinde erfolgreich sein kann, haben kürzlich Okin und Mitarbeiter (1995) gezeigt. Von 73 chronisch psychisch Kranken, die im Schnitt elfeinhalb Jahre ununterbrochen in einem großen psychiatrischen Anstalt aufgenommen gewesen waren, waren siebeneinhalb Jahre nach einer geplanten Entlassung in betreute Wohngemeinschaften 57 % noch in diesen Wohngemeinschaften wohnhaft, 28 % waren in freie Wohnsettings übersiedelt und nur 16 % waren in das psychiatrische Großkrankenhaus zurückgekehrt. In einer kürzlich durchgeführten Befragungsstudie in zwei großen Psychiatrischen Krankenhäusern in Österreich wurde vom Betreuungspersonal für 75 % aller Patienten festgestellt, daß bei Vorhandensein entsprechender betreuter oder unbetreuter Wohnmöglichkeiten eine Entlassung möglich sei.

Langsam werden auch außerhalb der psychiatrischen Anstalten und Krankenhäuser die Strukturen geschaffen, die es den an einer chronischen psychischen Krankheit leidenden Personen ermöglichen, »in der Gemeinde« zu leben, und zwar nicht nur zu überleben, sondern auch mit einer guten Lebensqualität zu leben (Katschnig, 1994). Die Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft ist unumkehrbar.

*Prof. Dr. Heinz Katschnig und
Prof. Dr. Stefan Frühwald
arbeiten als Ärzte an der Klinischen Abteilung
für Sozialpsychiatrie und Evaluations-
forschung der Universitätsklinik
für Psychiatrie in Wien*

Literatur

- Barton, R. (1959): Institutional Neurosis. Third Edition. Bristol: John Wright & Sons Ltd.
- Becker, T. (1995): Die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser in England: Evaluation durch das TAPS-Projekt – Ein Literaturbericht. Psychiat.Prax. 22:50-54
- Curson, D.A., Pantelis, C., Ward, J., Barnes, T.R.E. (1992): Institutionalism and schizophrenia 30 years on. Clinical poverty and the social environment in three British mental hospitals in 1960 compared with a fourth in 1990. Br.J.Psychiat. 160:230-241
- Goffman, E. (1961): Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Doubleday Anchor.
- Jetter, D. (1981): Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Jones, M. (1952): Social Psychiatry. London: Tavistock
- Katschnig, H. (1994): Wie läßt sich die Lebensqualität bei psychischen Krankheiten erfassen? In: Katschnig, H., P.König (Hrsg.): Schizophrenie und Lebensqualität. Wien New York: Springer-Verlag, S.1-13
- Leff, J. (ed.) (1993): The TAPS project: evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. Br.J.Psychiatry 162:Suppl.19
- Okin, R.L., Boruns, J.F., Baer, L., Jones, A.L. (1995): Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. Psychiatric Services 46:73-78
- Rössler, W., Salize, H.J., Bauer, M. (1996): Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern – Stand der Entwicklung in Deutschland. Psychiat.Prax. 23:4-9
- Simon, H. (1929): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin und Leipzig: Walter de Gruyter & Co.
- Wing, J. (1992): Comment on institutionalism and schizophrenia 30 years on. Br.J.Psychiat. 160:241-243
- Wing, J.K., Brown, G.W. (1970): Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals 1960-1968. London: Cambridge University Press