

Deutschsprachige psychiatrische Versorgungsforschung – Was und wie wird berichtet?

Eine Analyse von Veröffentlichungen in der Psychiatrischen Praxis
1999 – 2002

Dirk Claassen
Stefan Priebe

German-Speaking Mental Health Services Research – What and How is Reported? An Analysis of Publishing in Psychiatrische Praxis 1999 – 2002

Zusammenfassung

Anliegen: Um die Ergebnisse psychiatrischer Versorgungsforschung interpretieren und nutzen zu können, müssen die untersuchten Versorgungsstrukturen und die Studienmethodik in Publikationen eindeutig und nachvollziehbar beschrieben werden. Diese Studie untersucht deshalb, was und wie in deutschsprachigen Publikationen über psychiatrische Versorgungsforschung berichtet wird. **Methode:** Alle Originalpublikationen über psychiatrische Versorgungsforschung in der Psychiatrischen Praxis von 1999–2002 wurden systematisch durchgesehen. Mithilfe einer strukturierten Klassifikation wurde analysiert, welche Versorgungsformen untersucht und welche Merkmale dieser Versorgung berichtet wurden. **Ergebnisse:** 54% (199) aller Originalarbeiten berichteten über Versorgungsforschung in weitem Sinne. Davon waren 8% qualitative Arbeiten. 58% der Studien untersuchten stationäre Versorgung, 20% übergreifende Versorgungssysteme, 4% die Versorgung durch niedergelassene Psychiater/Psychotherapeuten. Studien zu innovativen Versorgungsansätzen gab es kaum. In 51% der Arbeiten berichteten die Autoren über Untersuchungen der eigenen Einrichtung. In den meisten Berichten wurde das Klientel relativ detailliert beschrieben, während genaue Angaben über die untersuchte Einrichtung – z. B. zu Finanzierung, Mitarbeiterprofil und Organisationsstruktur – in der Regel fehlten. **Diskussion:** Ambulante und komplementäre Versorgung wird – immer noch – relativ wenig beforscht, d. h. eine angemessene „Enthospitalisierung“ der psychiatrischen Versorgungsforschung ist noch nicht erfolgt. Ansprüche an exakte und nachvollziehbare Beschreibungen der untersuchten Versorgungseinrichtungen werden selten erfüllt. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die deutschsprachige Versorgungsforschung von Studien, in denen die For-

Abstract

Objective: In mental health service research, the investigated services and care systems as well as the research methodology should be described in a precise and transparent fashion so that findings can be clearly interpreted and used. Therefore, this study investigates what is reported in German language publications on mental health service research. **Method:** All original papers on mental health service research, that were published in the Psychiatrische Praxis between 1999 and 2002, were systematically reviewed and, using a structured classification system, subjected to content analysis. In particular, it was assessed what forms of care had been studied and what characteristics of care were reported. **Results:** 54% (199) of all original publications reported mental health service research in a wide sense. Of these, 8% were qualitative studies. 58% of studies investigated in-patient treatment, 20% comprehensive care systems, and 4% services provided by psychiatrists or psychotherapists in private office practice. There were hardly any studies on innovative service models. In 51% of studies, authors had conducted investigations within their own service or care system. In most articles characteristics of the patient sample were exactly described, whilst precise information on the researched service – such as funding, staffing and organisation – was usually missing. **Discussion:** There – still – is relatively little research on outpatient services, and mental health service research is not yet appropriately based in the community. Requirements for exact and comprehensive descriptions of the researched services' and care systems are rarely met. In general, the findings suggest that mental health service research in German speaking countries might benefit from studies with researchers who are independent from the investigated service, the evaluation of innovative service models,

Institutsangaben

Unit for Social and Community Psychiatry, Barts and the Royal London School of Medicine, University of London

Korrespondenzadresse

Dr. Dirk Claassen · Academic Unit · Newham Centre for Mental Health · London E13 8SP, UK · E-mail: drdclaassen@aol.com

Bibliografie

Psychiat Prax 2003; 30: 414–423 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0303-4259

scher von der untersuchten Einrichtung unabhängig sind, der Evaluation innovativer Ansätze und – vor allem – standardisierter Beschreibungen der untersuchten Versorgung und des jeweiligen Kontextes profitieren könnte.

and – above all – a standardised description of the services and context in research studies.

Einleitung

In der psychiatrischen Forschung sind in den letzten Jahrzehnten die Ansprüche an die operationalisierte und standardisierte Beschreibung der untersuchten Variablen deutlich gestiegen. So ist es inzwischen üblich, Patientenmerkmale und Ergebnisparameter mit etablierter Methodik zu erfassen und in Publikationen zu berichten. Dies hat in der Versorgungsforschung aber bisher kaum dazu geführt, dass auch der Kontext und die Inhalte untersuchter Versorgungsansätze mit vergleichbarer Präzision beschrieben würden. Der Kontext einer Versorgungsintervention, ihre genaue Form und ihr Inhalt können für die Interpretation von Forschungsergebnissen aber wesentlich sein. Versorgungsforschung findet nicht im Labor, sondern in konkreten sozialen Situationen statt, deren Kenntnis unerlässlich ist, will man die Bedeutung von Befunden für die Forschung und die Planung von psychiatrischen Versorgungsstrukturen abschätzen [1–3]. Will man z. B. ein wissenschaftlich evaluiertes Versorgungsangebot ganz oder teilweise an anderer Stelle replizieren, sind exakte Angaben über den Kontext und das Angebot essenziell. Genaue Beschreibungen sind auch deshalb unverzichtbar, weil viele der in der Versorgungsforschung verwendeten Begriffe, wie z. B. „betreutes Wohnen“ oder „aufsuchender Dienst“, keine operationalisierte Definition haben. Während Medikamente über ihre chemische Struktur eindeutig definiert sind, sind solche verbindlichen Definitionen für komplexere Interventionen wie in der Psychotherapie schon schwieriger und für Versorgungseinrichtungen und -strukturen nahezu unmöglich. Burns u. Priebe [4] haben deshalb vorgeschlagen, Beschreibungen von Versorgungsansätzen in Publikationen nach einem einheitlichen Muster vorzunehmen, um Vergleiche von Studien und deren Interpretation zu erleichtern.

Das Problem der unzureichenden Beschreibung versorgender Dienste wurde schon 1991 von der WHO erkannt und hat sich in der Veröffentlichung des ICMHC (International Classification of Mental Health Care) niedergeschlagen, die sich aber ausschließlich mit dem Inhalt von psychiatrischer Behandlung befasst [5], nicht aber mit der Beschreibung des Service selbst. In eine ähnliche Richtung geht die Entwicklung des ESMS (European Service Mapping Schedule), eines sehr detaillierten und aufwändigen Instruments zur Beschreibung der Servicekomponenten eines bestimmten Einzugsgebiets [6,7]. Dieses Instrument eignet sich insbesondere zum „Mapping“ eines bestimmten Versorgungsgebietes, jedoch nicht zur detaillierteren Beschreibung eines bestimmten Service. Eine intensive Literatursuche zu diesem Themenkomplex ergab darüber hinaus keine weiteren nachfolgenden Arbeiten.

Die vorliegende Studie versucht, anhand der Analyse von Veröffentlichungen der letzten vier Jahre in der Psychiatrischen Praxis (1999–2002) als der führenden deutschsprachigen sozialpsychiatrischen Zeitschrift [8] Charakteristika der deutschsprachigen

psychiatrischen Versorgungsforschung und deren Beschreibung in den letzten Jahren heraus zu arbeiten. Dazu wurde nach dem Vorschlag von Burns u. Priebe [4] ein strukturierter Fragenkatalog entwickelt, anhand dessen die vorhandene Literatur untersucht wurde. In Übereinstimmung mit Vorschlägen der WHO unterscheiden Burns u. Priebe drei Ebenen von Versorgung und damit auch Versorgungsforschung. Die Unterscheidung gilt im Übrigen für alle Gebiete gesundheitlicher Versorgung und nicht nur für die Psychiatrie: Die erste Ebene sind umschriebene diagnostische und therapeutische Interventionen, wie eine spezifische medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung. Die zweite Ebene bilden so genannte Behandlungsprogramme. In der Versorgungsrealität werden ja Behandlungsinterventionen kaum isoliert angewendet, sondern sind in der Regel Teil eines umfassenderen Behandlungsansatzes, d. h. ein Patient erhält in einer Klinik oder auch in einer Praxis nicht nur ein bestimmtes Medikament, sondern spricht auch mit Mitarbeitern und/oder Mitpatienten, nimmt vielleicht an anderen Angeboten teil, die zumindest potenziell einen therapeutischen Effekt haben können. Behandlungsprogramme sind oft identisch mit Einrichtungen. Alle Behandlungsprogramme – oder Einrichtungen – für eine definierte Zielgruppe in einem Versorgungsgebiet zusammengefasst plus die Art ihrer Koordinierung bilden dann ein Versorgungssystem, was die dritte Ebene darstellt.

Die Studie analysiert also, welche Merkmale der untersuchten Versorgung in Forschungspublikationen überhaupt beschrieben werden und wie eindeutig und damit nachvollziehbar diese Beschreibungen ausfallen. Die rein formale Beurteilung der Vollständigkeit von Forschungsberichten wäre aber ohne die Kenntnis dessen, was und wie überhaupt untersucht wurde, wenig aussagekräftig. Deshalb haben wir nicht nur die Qualität der Berichte analysiert, sondern sind auch folgenden inhaltlichen Fragen nachgegangen: Welche Forschungsthemen wurden untersucht? Welche Untersuchungsmethode wurde angewandt, z. B. hinsichtlich Studiendesign, der „unit of analysis“ und der Stichprobengröße? Welche Behandlungseinrichtungen und Versorgungssysteme wurden beforscht? Woher kommen die Autoren, und in welcher Beziehung stehen sie zu der untersuchten Einrichtung? Welche Service- und Systemvariablen wurden untersucht?

Methode

Zunächst wurden aus den Jahrgängen 1999–2002 der Psychiatrischen Praxis alle Arbeiten (ohne Briefe und Buchbesprechungen) durchgesehen (n = 368). Ausgeschlossen wurden Einzelfalldarstellungen (Kasuistiken), Arbeiten zu rein medikamentösen Themen, Zeitschriften- oder Literaturanalysen, Übersichten und Metaanalysen. Auch Artikel, die sich z. B. mit der Evaluierung eines Fragebogens oder anderen ausschließlich diagnostischen Themen beschäftigen, wurden nicht berücksichtigt. Arbeiten

zur Geschichte oder Zukunft der Psychiatrie wurden nur berücksichtigt, wenn es sich konkret um die Beschreibung einer therapeutischen Intervention, eines Programms/Service oder eines Systems handelte.

Von den verbliebenen Artikeln wurden die Arbeiten zur weiteren Analyse verwendet, die Ansätze und Ergebnisse psychiatrischer Versorgungsforschung im weiteren Sinne berichteten ($n = 199$, 54,1%). Dabei wurde unter psychiatrischer Versorgungsforschung (engl.: mental health service research) nach den Kriterien des European Psychiatric Care Assessment Teams (EPCAT) [6] verstanden, dass sich die betreffende Arbeit mit einer Einrichtung oder einem Dienst beschäftigt, der die Behandlung psychischer Erkrankungen oder damit verbundener klinischer und sozialer Probleme zum Ziel hat, unabhängig vom Anbieter oder der Finanzierung der Einrichtung. Diese relativ weite Definition von Versorgungsforschung schließt z.T. auch Arbeiten ein, die sich schwerpunktmäßig mit epidemiologischen oder diagnostischen Problemen beschäftigen, in denen aber Versorgungsgesichtspunkte angesprochen werden.

Die gefundenen Artikel wurden dann einer verfeinerten Analyse mithilfe eines an der Arbeit von Burns u. Priebe [4] orientierten strukturierten Katalogs unterzogen. Der Fragebogen enthält Variablen zur Ebene der untersuchten Versorgung, der Thematik der Arbeit, der untersuchten Population, der Methodik der Untersuchung, des Systems, in dem die Einrichtung arbeitet, und der beschriebenen Intervention.

Die drei Versorgungsebenen wurden unabhängig voneinander kodiert.

Ebene 1 (therapeutische/diagnostische Einzelbeschreibung) wurde kodiert, wenn eine epidemiologische, therapeutische oder diagnostische Untersuchung mit mehr als einem Patienten beschrieben wurde. Ebene 2 wurde kodiert, wenn der erbringende diagnostische oder therapeutische Dienst bzw. die Einrich-

tung im Sinne eines Programms näher beschrieben wurde. Ebene 3 wurde kodiert, wenn ein ganzes System, z.B. das psychiatrische Versorgungssystem einer Region, beschrieben wurde.

Die erhobenen Daten wurden mithilfe des Datenbanksystems Access 2002 aufgearbeitet und deskriptiv analysiert.

Ergebnisse

Bei 54,1% ($n = 199$) der untersuchten Originalarbeiten ($n = 368$) handelte es sich um Versorgungsforschung im weiteren Sinn.

Tab. 1 zeigt im Überblick, welche Ebenen psychiatrischer Versorgung beschrieben werden. Die meisten der Arbeiten (72,9%) betrafen therapeutische oder diagnostische Teilaspekte der Versorgung, wobei in den gleichen Publikationen zum Teil auch andere Ebenen berührt wurden. Nur 36,2% beschrieben explizit Einrichtungen oder Behandlungsprogramme. Systemaspekte psychiatrischer Versorgung wurden nur in 32,2% der Arbeiten erwähnt. 52 Arbeiten (26,1%) behandelten die Ebenen 1 und 2, 21 Arbeiten (10,5%) die Ebenen 1 und 3, 19 Arbeiten (9,5%) die Ebenen 2 und 3, und immerhin 10 Arbeiten (5%) gingen auf alle 3 Ebenen ein.

Zur Bestimmung des Inhaltes der Arbeit folgten wir in Anlehnung an Angermeyer [8] einem intuitiven Schema mit dessen

Tab. 1 Versorgungsebenen, die von der jeweiligen Arbeit berührt werden (Mehrfachkategorisierungen möglich)

beschriebene Ebenen	n	%
Ebene 1 (diagnostische oder therapeutische Intervention)	145	72,8
Ebene 2 (Dienst/Programm)	72	36,2
Ebene 3 (System)	64	32,2

Tab. 2 Themen der analysierten Arbeiten zur Versorgungsforschung

Thema der Arbeit	E 1	E 2	E 3	n (ges)	% (ges)	zitierte Artikel
Epidemiologie psychischer Erkrankungen	10	4	1	12	6,0	[9–20]
Diagnostik psychischer Erkrankungen	17	5	3	17	8,5	[21–37]
Therapie psychischer Erkrankungen	34	27	10	45	22,7	[38–82]
Versorgungsforschung im engeren Sinn	10	9	19	24	12,1	[2, 7, 83–104]
Einstellungen/Haltungen zu psych. Erkrankungen/Zufriedenheit mit psych. Behandlung	40	12	3	42	21,2	[105–146]
theoretische Psychiatrie/Zukunftsvisionen	0	1	1	2	1,0	[147, 148]
neuere Versorgungskonzepte (z. B. Early Intervention, Home Treatment, Assertive Outreach)	0	0	0	0	0,0	
Suizid	12	2	1	14	7,0	[149–162]
Zwangseinweisung/Psych.KG	1	0	1	2	1,0	[163, 164]
Lebensqualität	6	1	1	6	3,0	[165–170]
Notfälle	4	4	2	6	3,0	[171–176]
Ökonomie der Psychiatrie	5	2	11	14	7,0	[3, 177–189]
Enthospitalisierung	5	5	11	14	7,0	[190–203]
gemischte, sonstige, unbekannt	1	0	0	1	0,5	[204]
Summen	145	72	64	199	100	

Hilfe eine Klassifikation fast aller Artikel nach dem abgehandelten Thema möglich war. Die Ergebnisse in Tab. 2 zeigen, dass Fragen zu Einstellungen und Haltungen zu psychischen Erkrankungen sowie die Themen Diagnostik und Therapie zusammen über 50% aller Artikel ausmachen. Bricht man dies weiter nach den erwähnten Ebenen auf, so kann man feststellen, dass wesentliche Programminhalte (Ebene 2) immerhin in 27/45 Artikeln zu therapeutischen Interventionen beschrieben werden. Der größte Teil der Systembeschreibungen dagegen findet sich zu den Themen Versorgungsforschung im engeren Sinne (insbesondere der Beschreibung größerer Versorgungsstrukturen von Ländern oder Staaten), Ökonomie der Psychiatrie und Enthospitalisierung (41 Artikel, 20,5%).

Bezüglich der Methodik machen Quer- und Längsschnitterhebungen 56,5% aller Arbeiten aus. Kohortenstudien und Fall-Kontroll-Studien sind seltener (zus. 14,5%). Immerhin 8% der Arbeiten waren qualitative Untersuchungen. Randomisierte Kontrollstudien und Multizenterstudien fehlten ganz.

Hinsichtlich der „unit of analysis“, d. h. wessen Merkmale in der Arbeit untersucht wurden, wurden am häufigsten die Merkmale von Patienten (44,5%) und Angehörigen (10,5%) analysiert. Vergleiche zwischen Gruppen von Individuen (Patienten, Angehörige, prof. Helfer) waren immerhin in 6,5% der Fälle zu finden. Ein beachtlicher Teil von Analysen bezog sich auf Einrichtungen oder ganzen Systeme (zusammen 17%).

Tab. 3 zeigt, wer die Untersuchungen durchgeführt hat. 51% der Forscher untersuchten die eigene Einrichtung, 62% aller Untersuchungen wurden von universitären Einrichtungen durchgeführt. In der Hälfte davon, nämlich 32% der Arbeiten, wurden dabei nichtuniversitären Einrichtungen untersucht.

Bei der Frage, wie die untersuchten Patienten zugewiesen worden waren (d. h. ob es sich um ein Regelversorgungsangebot handelte oder eine elektive Aufnahme), fanden sich häufig keine verwertbaren Angaben: In 31% der Fälle konnte (z. B. bei einem LKH) oder aufgrund der Angaben im Artikel eine Primäraufnahme angenommen werden. Nur in 5% der Fälle wurde ausdrücklich eine elektive Aufnahme erwähnt. In gut einem Viertel der Fälle fand sich gar keine Angabe zum Aufnahmemodus.

Die Analyse des Untersuchungsorts (bezogen auf das untersuchte Klientel, nicht die veröffentlichende Einrichtung) ergab folgendes Bild: Über die Hälfte aller Arbeiten (54,5%) bezog sich auf Klientel in den alten Bundesländern, 14,5% auf Klientel in den neuen Bundesländer, „gesamtdeutsche“ Arbeiten waren kaum vorhanden. Fast ein Viertel der Arbeiten kamen aus Österreich oder der Schweiz.

Die meisten Untersuchungen erfolgten in groß- und mittelstädtischen Einzugsbereichen (69%). Erstaunlich viele Studien (13,5%) beschäftigten sich mit der Analyse staatlicher oder panstaatlicher Systeme.

Was waren die Zielgruppen der untersuchten Versorgung? 62% der Untersuchungen bezogen sich auf das Klientel der schwerer erkrankten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie. Untersuchungen gerontopsychiatrischer Patienten machten 15% und

Tab. 3 Institutionelle Herkunft der Autoren und Beziehung zur untersuchten Einrichtung

Wer hat Studie durchgeführt?	n	%
Universität: eigene Einrichtung	57	28,5
Universität: fremde Einrichtung	66	33,5
nichtuniversitäre Einrichtung: eigene Einrichtung	45	22,5
nichtuniversitäre Einrichtung: fremde Einrichtung	19	9,5
Kostenträger (z. B. KK, RV)	3	1,5
andere	3	1,5
nicht anzuwenden	1	0,5
unbekannt	5	2,5
Summen	199	100

Tab. 4 Untersuchte Einrichtungen (Mehrfachkategorisierungen möglich)

Einrichtung	n	%
Institutsambulanz	21	10,5
sozialpsychiatrischer Dienst	19	9,5
niedergel. Nervenarzt, Psychiater, Psychotherapeut	8	4
Beratungsstelle/Spezialsprechstunde	14	7
stationäre Versorgung: Universität	63	31,5
stationäre Versorgung: BKH/LKH/sonstige	53	26,5
stationäre Versorgung: KH Abteilung	35	17,5
forensische Einrichtung	6	3
Tagesklinik	14	7
öffentliche Einrichtung	2	1
Selbsthilfegruppen	2	1
betreutes Wohnen/WG	16	8
psychiatrische Wohnheime	20	10
andere	31	15,5
nicht zuzuordnen	36	18
keine Angaben	15	7,5
Summen	355	177,5

die von abhangigkeitserkrankten Patienten noch 8% aus. Bei dieser Variable handelte es sich um eine der am besten dokumentierten.

Tab. 4 listet bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen auf, in welchen Einrichtungen sich die untersuchten Probanden befanden. Bei 116 von 199 (58%) aller Untersuchungen wurde das Klientel stationärer Einrichtungen befragt. Ambulante oder teilstationäre psychiatrische Einrichtungen (Tagesklinik) wurden nur in 42 (21%) aller Fälle untersucht, Wohneinrichtungen nur in 21 Fällen (10,5%).

Bei fast einem Drittel aller Arbeiten war die durchgeführte Therapie nicht dokumentiert (n = 63, 32%). War die Therapie beschrieben, dominierten medizinisch-somatische oder gemischte Verfahren, Studien zu dezidierten psychotherapeutischen Techniken fehlten fast ganz.

Bei der Frage nach der Anzahl der Mitarbeiter in der beforschten Einrichtung fiel auf, dass nur in 12 von 199 Fällen (6%) diese überhaupt dokumentiert wurden. Zur Berufsgruppe oder Qualifikation der Mitarbeiter wurden in über der Hälfte der Fälle keine Angaben gemacht. Wenn dies doch geschah (in 40 von 199 Fällen, 20%) handelte es sich überwiegend um die sozialpsychiatrischen Kernberufsgruppen.

Die Anzahl der Behandlungsplätze der beforschten Einrichtung wurde nur in 37 von 199 (18,5%) beschrieben, sie schwankte dann zwischen 8 und 6783 Betten/Plätzen.

Diskussion

Die vorliegende Literaturstudie versuchte zu ermitteln, was und wie in Publikationen zu deutschsprachiger psychiatrischer Versorgungsforschung berichtet wird. Die Methode, Originalarbeiten in der Psychiatrischen Praxis durchzusehen und auszuwerten, gibt vermutlich einen guten Überblick, hat aber auch Nachteile. So wurden Arbeiten in anderen Zeitschriften nicht berücksichtigt, und es kann durchaus sein, dass die Autoren z. B. in englischen Journalen oder in deutschen Zeitschriften ohne Peer-Begutachtungsverfahren anders berichten. Auch bleibt solcher Analyse von Publikationen einer Zeitschrift stets die Frage, was die Art der Berichte überhaupt reflektiert: Die Tendenzen der Autoren, bestimmte Dinge zu berichten und andere nicht, die Haltungen der unabhängigen Gutachter, auf bestimmten Informationen zu bestehen und andere für weniger wichtig zu erachten, oder die Vorlieben und den Stil der Herausgeber? So ist z. B. unklar, welche Angaben zur untersuchten Versorgung aus Platzgründen gestrichen werden mussten.

Im Einklang mit früheren Analysen [205] betrafen gut die Hälfte der veröffentlichten Artikel (n = 199 von 368 Artikeln, 54,1%) Versorgungsforschung in einem weit definierten Sinne.

Die Ebenen der Behandlungsprogramme und Versorgungssysteme, d. h. die Ebenen 2 und 3 wurden nur in 36,2 bzw. 32,2% untersucht, während die meisten Untersuchungen sich mit diagnostischen oder therapeutischen Teilaspekten der Versorgung befassten. Dies folgt der Tradition medizinischen Denkens, in der einzelne Behandlungen im Vordergrund stehen, während der soziale und ökonomische Kontext, in denen Versorgung geleistet wird, und die Dynamik komplexer Organisationsstrukturen oft unberücksichtigt bleiben. 58% der Arbeiten befassten sich mit stationärer Versorgung. Ambulante und komplementäre Einrichtungen sind viel seltener Gegenstand von Untersuchungen. Zur Versorgung durch niedergelassene Psychiater und Psychologen, die bekanntermaßen weit mehr Patienten nutzen als in stationäre Behandlung kommen, finden sich kaum Arbeiten. Man mag daraus schließen, dass psychiatrische Versorgungsforschung noch immer nicht „enthospitalisiert“ ist und neuer Organisationsstrukturen bedarf, die für die Erforschung ambulanter Settings besser geeignet sind als an traditionellen Universitätskliniken angesiedelte Forschungseinrichtungen. Dass ein Großteil der Autoren die eigene Einrichtung beforscht hat, mag aus Kosten- und Praktikabilitätsgründen verständlich sein, wirft aber die Frage der Unabhängigkeit der Forschung auf. Interessenskonflikte werden oft im Zusammenhang mit pharmakologi-

schen Untersuchungen diskutiert, sind aber auch in der Versorgungsforschung denkbar. Es stellt sich die Frage, ob der Leser auf die Möglichkeit solcher Konflikte explizit hingewiesen werden sollte.

Im Übrigen spiegeln die untersuchten Arbeiten die Landschaft deutschsprachiger Versorgungsforschung und zum Teil auch der Versorgung selbst wider. So werden in der Versorgungsforschung kaum randomisierte kontrollierte Studien und Multizenteruntersuchungen durchgeführt, und innovative Dienste werden selten aufgebaut und noch seltener evaluiert. Gerade für Innovationen könnte eine stärkere Versorgungsforschung eventuell Impulse geben. Die gesundheitspolitische Diskussion um Veränderungen der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen kann nicht von klaren und wissenschaftlich begründeten Zukunftsvorstellungen – z. B. über ambulante Akutbehandlung oder intensive multiprofessionelle Langzeitbehandlung in der Gemeinde – geleitet werden, wenn entsprechende Modelle gar nicht wissenschaftlich untersucht und evaluiert werden.

Unter der Rubrik „Methode“ ist es inzwischen üblich geworden, die statistischen Methoden und das verwendete Programmpaket, ja sogar teilweise die verwendeten Computer, genauer zu beschreiben. Auch berichten die Autoren relativ genau über Merkmale der untersuchten Patienten. Die Angaben zu den untersuchten Versorgungseinrichtungen und -strukturen sind aber spärlich und unsystematisch. Die Interpretation der Ergebnisse ist durch diesen Informationsmangel sicher erschwert. So ist die Abschätzung der unspezifischen und soziotherapeutischen Effekte in einer untersuchten Einrichtung nahezu unmöglich, wenn z. B. Personalausstattung, Berufsgruppenzusammensetzung, finanzielle Voraussetzungen und Managementstrukturen in der jeweiligen Einrichtung dem Leser unbekannt sind, und die mögliche Generalisierbarkeit der Befunde bleibt reine Spekulation.

Möglicherweise folgen manche Autoren den Gewohnheiten und Regeln von Publikationen über Medikamentenstudien, die in vielen psychiatrischen Zeitschriften und auch akademischen Diskussionen dominieren, und überprüfen nicht, inwieweit dies für den Gegenstand der Versorgungsforschung adäquat ist. Vielleicht fehlt aber auch einfach ein Beschreibungs- und Klassifikationssystem, das Angaben zu Versorgungseinrichtungen und -systemen vorgibt und vereinfacht. Ein solches System muss sprachliche Besonderheiten, nationale Denkweisen und Versorgungstraditionen berücksichtigen. Die Entwicklung eines solchen Systems für den deutschsprachigen Raum könnte eine lohnende Aufgabe darstellen, die entsprechende Forschung eventuell stimulieren und sicher die Publikation und Interpretation von Resultaten der Versorgungsforschung erleichtern.

Literatur

- ¹ Beecham J, Munizza C. Introduction: Assessing mental health in Europe. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102, Sonderheft 405: 5 – 7
- ² Rössler W. Psychiatrische Versorgungsforschung – ein Instrument der Bedarfsplanung. *Psychiatr Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S44 – S48
- ³ Salize HJ. Die Kosten der Schizophrenie – was wissen wir (nicht)? *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 1: S21 – S28

- 4 Burns T, Priebe S. Mental Health Care Systems and their characteristics: a proposal. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 381–385
- 5 Jong A de. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102, Sonderheft 405: 8–13
- 6 Johnson S, Kuhlmann R. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102, Sonderheft 405: 14–23
- 7 Böcker FM, Jeschke F, Brieger P. Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem „European Services Mapping Schedule“ ESMS. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 393–401
- 8 Angermeyer MC, Winkler I. Wer, was, wie viel, wo? Eine Analyse der Publikationen deutscher Autoren zu sozialpsychiatrischen Themen in wissenschaftlichen Zeitungen. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 368–375
- 9 Eher R, Windhaber J, Rau H, Schmitt M, Kellner E. Umgang mit Partnerkonflikten bei Panikpatienten, Alkoholikern, Rheumatikern und Gesunden. Eine clusteranalytische Studie. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 189–194
- 10 Fichter M, Quadflieg N, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Wolz J, Koegel P et al. Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 76–84
- 11 Jungbauer J, Bischkopf J, Angermeyer MC. „Die Krankheit hat unser Leben total verändert“ – Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 133–138
- 12 Kellinghaus C, Lowens S, Eikermann B, Reker T. Wohnungslose Männer in stationär psychiatrischer Behandlung – Eine kontrollierte Studie. Teil 1: Gesundheitszustand und Selbstwahrnehmung bei Aufnahme. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 19–23
- 13 Längle G, Kaiser N, Renner G, Waschulewski H. Führt eine veränderte Dokumentation zur Reduktion von Zwangsmedikationen? *Psychiatr Prax* 2000; 27: 243–247
- 14 Mörchen G, Pieters V, Weickert A, Niederle C, Fähndrich E, Voigtlander W. Armut und soziale Unterversorgung bei stationär behandelten psychisch Kranken. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 295–300
- 15 Müller-Thomsen T, Meins W, Manecke S. Psychiatrische Störungen im Alter und deren psychosoziale Hintergründe. Eine Untersuchung an stationären geriatrischen Patienten. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 267–272
- 16 Neumann O. Über die Sucht telefonieren zu müssen oder ein struktureller Ansatz in der Krisenintervention zum besseren Umgang mit Dauernutzern. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 411–416
- 17 Ruesch P, Meyer PC, Graf J, Hell D. Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 68–75
- 18 Valdes-Stauber J, Nissle K, Cranach M von. Veränderungen der Inanspruchnahme stationärer Behandlung nach Einführung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 289–293
- 19 Verthein U, Degkwitz P, Krausz M. Psychische Störungen und Verlauf der Opiatabhängigkeit. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 77–85
- 20 Wancata J, Meise U, Sachs G. Prävalenz seelischer Erkrankungen unter älteren Patienten an internen und chirurgischen Stationen. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 170–175
- 21 Amstutz MC, Neuenschwander M, Modestin J. Burnout bei psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Resultate einer empirischen Untersuchung. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 163–167
- 22 Löhner F, Albers M. Biologische Suchtmittel – gibt es ein neues Konsumverhalten bei jungen Abhängigen? *Psychiatr Prax* 1999; 26: 199–201
- 23 Erlinger U, Kampf C. Dezentrale Gerontopsychiatrie. Erfahrungen und Auswertungen beim Aufbau einer Gedächtnissprechstunde an einem Regionalspital. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 201–203
- 24 Fräsch K, Bretschneider S, Bullacher C, Hess R, Wittek R, Neumann NU. Remittieren kognitive Defizite bei depressiven Störungen? *Psychiatr Prax* 2000; 27: 291–295
- 25 Frei A, Rehm J. Komorbidität: Psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 251–257
- 26 Gebhardt RP, Konrad M. Vergleich des Hilfebedarfs von Patienten in stationärer und ambulanter psychiatrischer Pflege. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 233–237
- 27 Grube M, Weigand-Tomiuk H. Befragung zu sexuellen Störungen bei psychiatrisch Erkrankten. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 194–200
- 28 Haasen C, Sardashti H. Zusammenhang zwischen Depression und psychosozialer Belastung bei iranischen Migranten. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 74–76
- 29 Meyer T, Franz M, Gallhofer B. Subgruppen und Prognose besonders schwer zu enthospitalisierender schizophrener Langzeitpatienten: Eine Differenzierung des „harten Kerns“. Teil 2 der Hessischen Entospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 301–305
- 30 Rainer M, Mucke HA, Masching A, Haushofer M. Nichtkognitive Symptomprofile bei Demenzpatienten. Erfahrungen aus Psychiatrie, Ambulanz und Memory-Clinic. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 71–75
- 31 Rittmannsberger H. Betreute Wohnplätze und regionale Zugehörigkeit. Migration von Patienten im psychiatrischen Versorgungssystem. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 29–33
- 32 Schneider B, Weber B, Maurer K, Frölich L. Problematik der Beurteilung depressiver Symptome Demenzkranker. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 76–82
- 33 Schüren A, Kleinschmidt S, Müßigbrodt H, Schürmann A. Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 163–166
- 34 Sollberger D. Ich-Identität und Ich-Störung: Zu Identitätsproblemen von Kindern psychosekranker Eltern. Ergebnisse einer qualitativen Querschnittsuntersuchung. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 128–132
- 35 Stoppe G, Koller M, Lund I, Hornig C, Sandholzer H, Staedt J. Gerontopsychiatrische Behandlung im Vergleich zwischen integrierter Versorgung an einer Universität und separierter Versorgung an einem Landeskrankenhaus. Teil 2: Diagnosen und Behandlung. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 283–288
- 36 Wolfersdorf M, Schiller M, Mauerer C, Keller F, Wurst FM. Drogentote in Bayern – Entwicklung von 1990 bis einschließlich 2000. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 18–21
- 37 Yagdiran O, Haasen C, Krausz M. Psychotisches Erleben im transkulturellen Spannungsfeld. Eine kasuistische Analyse der Bedeutung der Zweitsprache für den therapeutischen Prozess. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 380–382
- 38 Bauer M. Institutsambulanzen – It was a long way to Tipperary. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 255–256
- 39 Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Schmitz M. Inanspruchnahme psychischer Behandlung. Wer bricht ab, wer kommt wieder und wer bleibt? *Psychiatr Prax* 2000; 27: 372–377
- 40 Biermann A, Giesen AD. Projekt HOPEs – Hilfen und Orientierung für psychisch erkrankte Studierende. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 41–44
- 41 Brandes U, Held E, Brummer-Hesters M, Gerdes C. Klinik? – Aber nicht ohne mein Kind! *Psychiatr Prax* 2001; 28: 147–151
- 42 Condrau M, Müller C, Eichenberger A, Gossweiler L, Rössler W. Integration psychisch Kranker in die Arbeitswelt. Evaluation des Berufsförderungskurses Zürich. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 270–274
- 43 Della PE, Fischer R. Psychoedukation während stationärer Behandlung. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 351–353
- 44 Erazo N, Lee T van der, Greil W. Zum plastischen Gestalten in der Kunsttherapie. Ein Bildhauerprojekt an einer Psychiatrischen Klinik. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 35–39
- 45 Erfurth A, Loew M, Wendler G, Floreanu A. Depressive Störungen in der neurologischen Rehabilitation: Therapie mit Paroxetin. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 43–44
- 46 Fähndrich E, Kempf M, Kieser C, Schütze S. Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 115–117
- 47 Garlipp P, Seidler KP, Amini K, Machleidt W, Haltenhof H. Behandlungsabbruch in der Psychiatrischen Tagesklinik. Plädoyer für eine differenzierte Betrachtungsweise. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 262–266
- 48 Golombek U. Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung – empirische Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 402–404
- 49 Grube M. Evaluation eines Verbundprojektes zur Behandlung psychisch kranker türkischer Migranten. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 81–83
- 50 Grube M. Ambiguitätstoleranz und kreative Therapieverfahren bei psychiatrischen Erkrankungen. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 431–437
- 51 Harter C, Kick J, Rave-Schwank M. Psychoedukative Gruppen für depressive Patienten und ihre Angehörigen. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 160–163
- 52 Hoffmann H. Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? *Psychiatr Prax* 1999; 26: 211–217

- ⁵³ Keller F, Schuler B. Angehörigengruppen in der stationären Depressionsbehandlung. Ergebnisse und Erfahrungen mit einem personenzentrierten Ansatz. *Psychiat Prax* 2002; 29: 130–135
- ⁵⁴ Kempf M, Brockhaus S, Helber-Bohlen H, Fährndrich E. Mutter-Kind-Behandlungen im Rahmen gemeindepsychiatrischer Pflichtversorgung. Klinisches Behandlungskonzept und Erfahrungen während fünf Jahren. *Psychiat Prax* 2001; 28: 123–127
- ⁵⁵ Kilian A. Konzepte von Gesprächsgruppen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung – ein individuelles „Bastelwerk“? Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. *Psychiat Prax* 2001; 28: 383–387
- ⁵⁶ Kilian R, Lindenbach I, Angermeyer MC. „(...) manchmal zweifle ich an mir, wenn es mir nicht gut geht“. Die Wirkung eines ambulanten psychoedukativen Gruppenprogramms aus der subjektiven Perspektive von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. *Psychiat Prax* 2001; 28: 168–173
- ⁵⁷ Konrad N, Missoni L. Psychiatrische Behandlung von Gefangenen in allgemeinpsychiatrischen Einrichtungen am Beispiel von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. *Psychiat Prax* 2001; 28: 35–42
- ⁵⁸ Längle G, Köster M, Mayenberger M, Günthner A. Der therapeutische Arbeitsversuch. *Psychiat Prax* 2000; 27: 176–182
- ⁵⁹ Lowens S, Kellinghaus C, Eikermann B, Reker T. Wohnungslose Männer in stationär psychiatrischer Behandlung – Eine kontrollierte Studie. Teil 2: Behandlungseffekte. *Psychiat Prax* 2000; 27: 24–27
- ⁶⁰ Lüpkes HA. Berufliche Reintegration von psychisch Behinderten in den Arbeitsmarkt. *Psychiat Prax* 1999; 26, Sonderheft 1: S16–S20
- ⁶¹ Mecklenburg H. Zwölf Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter. *Psychiat Prax* 1999; 26: 227–232
- ⁶² Mönking HS, Buchkremer G, Hornung WP. Zusammenhang zwischen der Arbeitsintegration schizophrener Patienten und mittelfristigem Krankheitsverlauf. Ergebnisse einer 8-Jahres-Katamnese. *Psychiat Prax* 1999; 26: 224–226
- ⁶³ Müller P, Nerenz H, Schaefer E. Rehospitalisierungsrisiko unter atypischen Neuroleptika und typischen Depotneuroleptika – ein Beitrag zur Differenzialindikation. *Psychiat Prax* 2002; 29: 388–391
- ⁶⁴ Müller R, Kissling W, Kockott G. „Weniger ist mehr“: Eine retrospektive Untersuchung der Haloperidoldosierungen bei akut erkrankten schizophrenen Patienten. *Psychiat Prax* 2000; 27: 69–73
- ⁶⁵ Priebe S. Welche Ziele hat psychiatrische Rehabilitation, und welche erreicht sie? *Psychiat Prax* 1999; 26, Sonderheft 1: S36–S40
- ⁶⁶ Reinert T, Reymann G. Über die Notwendigkeit einer suchtmittelmedizinisch qualifizierten stationären Akutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. *Psychiat Prax* 1999; 26: 294–298
- ⁶⁷ Reker T, Eikermann B. Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Psychiat Prax* 1999; 26: 218–223
- ⁶⁸ Reker T. Psychiatrische Arbeitstherapie – Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. *Psychiat Prax* 1999; 26, Sonderheft 1: S12–S15
- ⁶⁹ Riecken A, Wiedl KH, Weig W. Die Bedeutung der „Deutschkenntnisse“ für die Entwicklung und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen. *Psychiat Prax* 2001; 28: 275–277
- ⁷⁰ Riedel-Heller SG, Stelzner G, Schork A, Angermeyer MC. Gerontopsychiatrische Kompetenz ist gefragt. Die aktuelle psychopharmakologische Behandlungspraxis in Alten- und Altenpflegeheimen. *Psychiat Prax* 1999; 26: 273–276
- ⁷¹ Röttgers HR, Nedjat S. Die „Lex Kendra“ im US-Bundesstaat New York. Ein Tötungsdelikt, die „Drehtürpsychiatrie“ und die politische Antwort. *Psychiat Prax* 2001; 28: 84–87
- ⁷² Schalast N. Zur Frage der Behandlungsmotivation bei Patienten des Maßregelvollzugs gemäß Paragraph 64 StGB. *Psychiat Prax* 2000; 27: 270–276
- ⁷³ Scholz M, Asen E, Gantchev K, Schell B, Süß U. Familientagesklinik in der Kinderpsychiatrie. Das Dresdner Modell – Konzepte und erste Erfahrungen. *Psychiat Prax* 2002; 29: 125–129
- ⁷⁴ Schreiber W, Pilz W, Becker T, Krieg JC. Das Tätigkeitsprofil der Sozialarbeit in der stationären Psychotherapie. Klinische Arbeitsfelder und sozialrechtliche Implikationen. *Psychiat Prax* 2000; 27: 383–388
- ⁷⁵ Steiner E, Alexander E, Hofer C, Schaffer K. Darstellung eines Wiederbestellungssystems zur Sicherung der Betreuungskontinuität im sozialpsychiatrischen Ambulatorium Wien-Landstraße. *Psychiat Prax* 2001; 28: 278–283
- ⁷⁶ Stengler-Wenzke K, Angermeyer MC. Ambulante Gruppentherapie für Patienten mit Zwangserkrankungen und deren Angehörige. Erste Erfahrungen mit einem neuen Konzept. *Psychiat Prax* 2002; 29: 136–141
- ⁷⁷ Stoppe G, Koller M, Hornig C, Lund I, Sandholzer H, Staedt J. Gerontopsychiatrische Behandlung im Vergleich zwischen integrierter Versorgung an einer Universität und separierter Versorgung an einem Landeskrankenhaus. Teil 1: Patientencharakteristik. *Psychiat Prax* 1999; 26: 277–282
- ⁷⁸ Waschkowski H, Bailer J, Fischer S, Lederle K. „REGRATIO“ – ein berufliches Reintegrationsprojekt für psychisch Kranke. *Psychiat Prax* 2002; 29: 93–96
- ⁷⁹ Weber C, Haltenhof H. Welche Patienten nehmen an der Bewegungstherapie teil? Eine empirische Untersuchung in einer psychiatrischen Klinik. *Psychiat Prax* 1999; 2: 143–144
- ⁸⁰ Wetterling T, Junghanns K. Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst. *Psychiat Prax* 2002; 29: 311–314
- ⁸¹ Wöfle M, Onnen V, Vollmer E, Steinert T. Wissenschaftlicher Standard der Schizophreniebehandlung und Psych-PV. Möglichkeiten und Grenzen. *Psychiat Prax* 1999; 26: 238–241
- ⁸² Wormstall H, Günthner A, Balg S, Schwärzler F. Video – Ein milieu-therapeutisches Medium? *Psychiat Prax* 2000; 27: 235–238
- ⁸³ Böcker FM. Einrichtung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutsambulanz: Umfrage zur Bedarfsermittlung. *Psychiat Prax* 1999; 26: 299–302
- ⁸⁴ Dielentheis TF, Priebe S. Patientenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell. Eine Analyse über 23 Jahre. *Psychiat Prax* 2002; 29: 186–193
- ⁸⁵ Geisler H. Psychiatrische Versorgung im Freistaat Sachsen. *Psychiat Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S77–S82
- ⁸⁶ Gil FP, Luderer HJ. Reform der Psychiatrie in Spanien. *Psychiat Prax* 2000; 27: 378–382
- ⁸⁷ Hertrich R, Lutz S. Über die Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Alkoholabhängigen. *Psychiat Prax* 2002; 29: 34–40
- ⁸⁸ Jung C, Rave-Schwank M. Der „Runde Tisch Karlsruhe“. Den Gemeindepsychiatrischen Verbund mit Leben füllen. *Psychiat Prax* 2002; 29: 90–92
- ⁸⁹ Kallert TW, Schützwohl M, Leiß M, Becker T, Kluge H, Kilian R et al. Dokumentationssystem für den komplementären psychiatrischen Versorgungsbereich. Entwicklung und Erprobung im Freistaat Sachsen. *Psychiat Prax* 2000; 27: 86–91
- ⁹⁰ Ketelsen R, Zechert C, Klimitz H, Rauwald C. Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen drei psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen am Beispiel der Fixierungsdokumentation. *Psychiat Prax* 2001; 28: 69–74
- ⁹¹ Kluge H, Kulke C, Waldmann A, Werge-Reichenberger A, Steffens A, Kallert TW, Becker T. High utilizer in Sozialpsychiatrischen Diensten. *Psychiat Prax* 2002; 29: 374–380
- ⁹² Krautgartner M, Scherer M, Katschnig H. Psychiatrische Krankenhaustage: Wer konsumiert die meisten? Eine Record-Linkage Studie über fünf Jahre in einem österreichischen Bundesland. *Psychiat Prax* 2002; 29: 355–363
- ⁹³ Längle G, Waschulewski H, Renner G, Roesger U, Günthner A. Auswirkungen der regionalen Versorgungsverpflichtung am Beispiel einer Universitätsklinik. *Psychiat Prax* 1999; 26: 128–132
- ⁹⁴ Priebe S. Die deutsche Psychiatrie – aus London gesehen. *Psychiat Prax* 2001; 28: 361–364
- ⁹⁵ Richter D, Venzke A, Sattelmayer J, Reker T. Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung – „Heavy User“ oder chronisch Kranke? *Psychiat Prax* 2002; 29: 364–368
- ⁹⁶ Richter RA, Nollau M. Perspektiven psychiatrischer Versorgung in Leipzig. Deinstitutionalisierung aus der Sicht des Niedergelassenen Nervenarztes und die Arbeit des Verbundes Gemeinde-nahe Psychiatrie. *Psychiat Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S95–S99
- ⁹⁷ Riedel-Heller SG. Sind wir auf die steigende Zahl psychisch kranker älterer Menschen vorbereitet? *Psychiat Prax* 1999; 26: 265–266
- ⁹⁸ Roick C, Heider D, Kilian R, Angermeyer MC. Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von Krankenkassendaten aus der Sicht der Stadt Leipzig. *Psychiat Prax* 2002; 29: 343–349
- ⁹⁹ Salize HJ, Bullenkamp J, Alscher I, Wolf I. Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Ein standardisiertes Verfahren für die regionale Versorgungsdokumentation und -steuerung. *Psychiat Prax* 2000; 27: 92–98

- ¹⁰⁰ Schanda H. Probleme bei der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher – ein Problem der Allgemeinpsychiatrie? *Psychiatr Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S72 – S76
- ¹⁰¹ Semmler W. Zeiteffizienz im Gemeindepsychiatrischen Verbund – Utopie und Wirklichkeit der Vernetzung. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 67 – 70
- ¹⁰² Seyde T. Sozialhilfeträger in den Betreuung chronisch psychisch Kranker. Wo sind die Grenzen von Deinstitutionalisierungsprozessen? *Psychiatr Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S89 – S94
- ¹⁰³ Silberbauer C, Rittmannsberger H. Konsequenzen der Regionalisierung anhand einer psychiatrischen Abteilung im oberösterreichischen Salzkammergut. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 424 – 430
- ¹⁰⁴ Spießl H, Hübner-Liebermann B, Binder H, Cording C. „Heavy Users“ in einer psychiatrischen Klinik – Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 350 – 354
- ¹⁰⁵ Angermeyer MC, Matschinger H. Neuroleptika im Urteil der Angehörigen. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 171 – 174
- ¹⁰⁶ Angermeyer MC, Boitz K, Löffler W, Müller P, Priebe S. Clozapin im Urteil der Angehörigen. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 181 – 187
- ¹⁰⁷ Angermeyer MC, Matschinger H. Neuroleptika und Lebensqualität. Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 64 – 68
- ¹⁰⁸ Angermeyer MC. Das Bild von der Psychiatrie in der Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den neuen Bundesländern. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 327 – 329
- ¹⁰⁹ Angermeyer MC, Ehmann M, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Vorstellungen in der Altenbevölkerung über die Ursachen von Gedächtnisstörungen. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 91 – 93
- ¹¹⁰ Berghofer G, Lang A, Schmitz M, Rudas S. Was erwarten sich psychisch Kranke von ambulanter und stationärer Behandlung? *Psychiatr Prax* 2000; 27: 228 – 234
- ¹¹¹ Boitz K, Angermeyer MC, Löffler W, Müller P, Priebe S. „Lieber dick und geistig da...“. Patienten beurteilen Clozapin. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 88 – 193
- ¹¹² Böker H, Northoff G, Lenz C, Schmeling C von, Eppel A, Härtling F et al. Die Rekonstruktion der Sprachlosigkeit. Untersuchungen des subjektiven Erlebens ehemals katatoner PatientInnen mittels modifizierter Landfield-Kategorien. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 389 – 396
- ¹¹³ Bramesfeld A, Adler G, Brassen S, Schnitzler M, Cullik F. Ergebnisqualität teilstationärer gerontopsychiatrischer Behandlung: Veränderungen der Lebenszufriedenheit. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 165 – 169
- ¹¹⁴ Fährdrich E, Pieters V. Wie beurteilen gerontopsychiatrische Patienten ihren Aufenthalt in einer psychiatrischen Fachabteilung im Allgemeinkrankenhaus? *Psychiatr Prax* 2001; 28: 94 – 97
- ¹¹⁵ Franz M, Meyer T, Gallhofer B. Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten. Teil 3 der Hessischen Entospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 306 – 310
- ¹¹⁶ Gebhardt RP, Steinert T. Schwierige Patienten konzentrieren oder verteilen? Auswirkungen von innerer Sektorisierung, partieller Stationsöffnung und Geschlechtermischung auf das Behandlungsmilieu. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 61 – 66
- ¹¹⁷ Gutierrez-Lobos K, Holzinger A. Psychisch krank und gefährlich? Einstellungen von JournalistInnen und Medizinstudenten. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 336 – 339
- ¹¹⁸ Hofer E, Wancata J, Amering M. „Ich bin ein unverstandenes Wesen auf Erden“. Krankheitskonzepte von Patientinnen mit der Diagnose Schizophrenie vor und nach Psychoedukation. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 287 – 291
- ¹¹⁹ Holzinger A, Müller P, Priebe S, Angermeyer MC. Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Patienten. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 174 – 179
- ¹²⁰ Holzinger A, Müller P, Priebe S, Angermeyer MC. Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Angehörigen. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 139 – 143
- ¹²¹ Holzinger A, Müller P, Priebe S, Angermeyer MC. Die Prognose der Schizophrenie aus der Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen. Eine explorative Studie. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 154 – 159
- ¹²² Jungbauer J, Wittmund B, Angermeyer MC. Der behandelnde Arzt aus Sicht der Angehörigen: Bewältigungsressource oder zusätzliche Belastung? *Psychiatr Prax* 2002; 29: 279 – 284
- ¹²³ Kallert TW, Leißle M. Zur beruflichen Situation von Klienten Sozialpsychiatrischer Dienste Sachsens im Gefolge der deutschen Wiedervereinigung. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 133 – 138
- ¹²⁴ Kilian R, Holzinger A, Angermeyer MC. „Das ist zwar ein bisschen anstrengender manchmal, aber auch interessanter“. Psychiaterinnen und Psychiater beurteilen die Wirkung von Psychoedukation auf die ambulante Schizophreniebehandlung. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 209 – 213
- ¹²⁵ Kropp S, Riedemann C, Zerr I, Schroter A, Poser S. Wie denken Angehörige von Creutzfeldt-Jakob-Patienten über medizinische Forschung? *Psychiatr Prax* 2000; 27: 248 – 251
- ¹²⁶ Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Bürgerhilfe in der Psychiatrie: Determinanten von Einstellung und tatsächlichem Engagement. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 347 – 350
- ¹²⁷ Lauber C, Diebold HS, Rössler W. Die Einstellungen von Angehörigen psychisch Kranker zu psychiatrischer Forschung, insbesondere zur Früherfassung von schizophrenen Psychosen. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 144 – 146
- ¹²⁸ Meise U, Sulzenbacher H, Kemmler G, Schmid R, Rössler W, Gunther V. „... nicht gefährlich, aber doch furchterregend“. Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 340 – 346
- ¹²⁹ Milch W, Ernst R, Laubach W. Kooperation und Arbeitszufriedenheit im pflegerisch-ärztlichen Team. Eine Analyse pflegerischer Bewertungen in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 122 – 127
- ¹³⁰ Rainer M, Jungwirth S, Krüger-Rainer C, Croy A, Gatterer G, Haushofer M. Pflegenden Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 142 – 147
- ¹³¹ Rothbauer J, Spießl H, Schon D. Angehörigen-Informationstage. Einstellungen und Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 118 – 122
- ¹³² Scheidt P, Schweitzer J, Maischein L, Tebbe B, Hirschenberger N, Enßle M, Krause U, Voigtländer W. „Wenn ich hier der Chefarzt wäre...“ – Interventive Interviews mit Patienten und Mitarbeitern einer psychiatrischen Abteilung. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 158 – 162
- ¹³³ Schutzwahl M, Olbrich R. Patientenbewertungen stationärer psychiatrischer Ergotherapie. Bedingungsfaktoren der berichteten Patientenzufriedenheit. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 401 – 405
- ¹³⁴ Sibitz I, Amering M, Kramer B, Griengl H, Katschnig H. Krankheitsverlauf und Probleme schizophrener erkrankter Frauen und Männer aus der Sicht der Angehörigen. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 148 – 153
- ¹³⁵ Sibitz I, Ossege M, Strobl R. PatientInnenvidierte Entlassungsbriefe bei schizophrenen Erkrankungen. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 14 – 17
- ¹³⁶ Simon MD. Wir melden uns zu Wort. Die Angehörigen von psychisch kranken Menschen beziehen Position. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 209 – 213
- ¹³⁷ Spießl H, Spießl A, Cording C. Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 3 – 8
- ¹³⁸ Spießl H, Cording C, Klein HE. Einweisung in die psychiatrische Klinik – Welche Informationen sind wichtig? *Psychiatr Prax* 2001; 28: 376 – 379
- ¹³⁹ Spießl H, Leber C, Kaatz S, Cording C. Was erwarten Patienten von einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus? *Psychiatr Prax* 2002; 29: 417 – 419
- ¹⁴⁰ Spießl H, Kovatsits U, Frick U, Cording C, Vukovich A. Privatsphäre auf psychiatrischen Stationen. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 10 – 13
- ¹⁴¹ Stengler-Wenzke K, Angermeyer MC, Matschinger H. Depression und Stigma. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 330 – 335
- ¹⁴² Vieten B, Brinkmann H. Zufriedenheit der Angehörigen im Prozess der Deinstitutionalisierung. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 221 – 227
- ¹⁴³ Wagner HB, Schwoon DR, Lambert M, Krausz M. Die Aufnahmesituation alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten bei „hochschwelligem“ Zugang zur Entzugsbehandlung. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 25 – 28
- ¹⁴⁴ Wetterling T, Tessmann G. Aufklärung über die Diagnose. Ergebnisse einer Befragung bei psychiatrischen Patienten. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 6 – 10
- ¹⁴⁵ Wetterling T, Krömer-Olbrich T, Löw R, Schneider U. Befragung von Alkoholkranken zum Thema Sucht. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 388 – 392
- ¹⁴⁶ Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A. Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Reformen in der Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den neuen deutschen Bundesländern. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 16 – 21
- ¹⁴⁷ Rave-Schwank M. Was ich von den Angehörigen gelernt habe. Zur Überwindung der Kluft zwischen Angehörigen und Professionellen. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 116 – 118
- ¹⁴⁸ Rave-Schwank M. Was heißt Patienten-/Klientenorientierung in der Psychiatrie heute? *Psychiatr Prax* 2002; 29: 230 – 234
- ¹⁴⁹ Bürgin M. Lichtblick – Selbsthilfegruppe für Hinterbliebene von Menschen, die sich das Leben nahmen. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 351 – 352

- ¹⁵⁰ Frühwald S, Frottier P, Eher R, Aigner M, Gutierrez K, Ritter K. Gefangenensuizide: Hinweise zur Abschätzung der Suizidgefahr. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 195–200
- ¹⁵¹ Frühwald S, Frottier P, Eher R, Benda N, Ritter K. Welche Relevanz hat die dokumentierte Suizidalität in Gefangenensuiziden? *Psychiatr Prax* 2001; 28: 326–32
- ¹⁵² Hoffmann-Richter U, Oesterreich C, Finzen A. Der Suizid in der psychiatrischen Klinik: Wochenendurlaub als Risikofaktor. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 32–36
- ¹⁵³ Hoffmann-Richter U, Kanzig S, Frei A, Finzen A. Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 22–24
- ¹⁵⁴ Hübner-Liebermann B, Spießl H, Cording C. Patientensuizide in einer psychiatrischen Klinik. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 330–334
- ¹⁵⁵ Hummel P, Poggenburg I, Thomke V, Specht F. Suizidversuche durch männliche und weibliche Jugendliche im Vergleich. Ergebnisse einer 10-Jahres-Inanspruchnahmepopulation einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 14–18
- ¹⁵⁶ Ille R, Huber HP, Zapotoczky HG. Aggressivität und suizidales Verhalten. Eine clusteranalytische Studie an Suizidenten und klinisch auffälligen Vergleichspersonen. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 24–28
- ¹⁵⁷ Seibl R. Hinterbliebene von Suizidopfern auf der Suche nach Antworten und Wegen aus der Krise. Erfahrungen aus der Betreuung Suizidhinterbliebener im Rahmen einer Selbsthilfegruppe. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 348–350
- ¹⁵⁸ Vogel R, Wolfersdorf M, Wurst FM. Umgang mit dem Patientensuizid in therapeutischen Teams psychiatrischer Kliniken. Ergebnisse einer Umfrage. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 323–325
- ¹⁵⁹ Wolfersdorf M, Keller F. Patientensuizide während stationärer psychiatrischer Therapie. Neue Entwicklungen. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 277–281
- ¹⁶⁰ Wolfersdorf M, Vogel R, Kornacher J, Rupprecht U, Franke C, Wurst FM. Nach dem Suizid eines Patienten – Erfahrungen mit Angehörigen von Suizidenten in der psychiatrischen Klinik. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 341–344
- ¹⁶¹ Wolfersdorf M, Franke C, Keller F, Wurst F. Die Entwicklung der Suizidzahlen und -raten im Bezirkskrankenhaus Bayreuth – einschließlich 2000. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 337–340
- ¹⁶² Wurst FM, Vogel R, Wolfersdorf M. Substanzabhängigkeit und Suizid im stationären Rahmen. Eine Deskription. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 11–13
- ¹⁶³ Röttgers HR, Lepping P. Zwangsunterbringung und -behandlung psychisch Kranker in Großbritannien und Deutschland. Vergleich der rechtlichen Grundlagen und der medizinischen Praxis. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 139–142
- ¹⁶⁴ Steinert T, Gebhardt RP. Erfolge Zwangsmaßnahmen willkürlich? *Psychiatr Prax* 2000; 27: 282–285
- ¹⁶⁵ Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Lebensqualität, das bedeutet für mich... Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 56–60
- ¹⁶⁶ Danzl C, Kemmler G, Gottwald E, Mangweth B, Kinzl J, Biebl W. Lebensqualität essgestörter Patientinnen. Eine Katamneseerhebung. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 18–23
- ¹⁶⁷ Gutierrez-Lobos K, Eher R, Grunhut C, Holzinger A, Bankier B. Soziales Netzwerk und die Erfüllung sozialer Bedürfnisse bei Sexualstraftätern im Maßregelvollzug. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 85–88
- ¹⁶⁸ Kemmler G, Meise U, Tasser A, Liensberger D, Schifferle I, Braitenberg M et al. Subjektive Lebensqualität schizophrener Erkrankter. Einfluss von Behandlungssetting, Psychopathologie und extrapyramidal-motorischen Medikamentennebenwirkungen. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 9–15
- ¹⁶⁹ Rudolf H, Priebe S. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 116–121
- ¹⁷⁰ Salize HJ, Horst A, Dillmann-Lange C, Killmann U, Stern G, Wolf I et al. Wie beurteilen psychisch kranke Wohnungslose ihre Lebensqualität? *Psychiatr Prax* 2001; 28: 75–80
- ¹⁷¹ Bottlender R, Strauss A. Was wissen Medizinstudenten des sechsten klinischen Semesters über psychiatrische Notfälle? *Psychiatr Prax* 2000; 27: 286–290
- ¹⁷² Darsow-Schütte KI, Müller P. Zahl der Einweisungen nach PsychKG in 10 Jahren verdoppelt. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 226–229
- ¹⁷³ Fährdrich E, Neumann M. Die Polizei im psychiatrischen Alltag. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 242–247
- ¹⁷⁴ Grabe HJ, Freyberger HJ, Holzer E, Kernpeiss R. Aufbau einer Telefonberatung für psychosoziale Notfälle. Eine Bilanz nach 12 Monaten. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 29–31
- ¹⁷⁵ Linden M, Kemming M. Vergleich des Aufgabenspektrums eines kommunalen psychiatrischen Notfalldienstes und einer Notfallambulanz an einer psychiatrischen Klinik. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 406–411
- ¹⁷⁶ Schanda H, Gruber K, Habeler A. Aggressives Verhalten zurechnungsunfähiger psychisch kranker Straftäter während stationärer Behandlung. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 263–269
- ¹⁷⁷ Burgmer M, Freyberger HJ. DRGs in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin. Zur Bedeutung eines pauschalierenden Vergütungssystems. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 240–244
- ¹⁷⁸ Frei A. Ökonomische Evaluation des Schweizer Projekts zur ärztlich kontrollierten Heroinschreibung. *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 1: S41–S44
- ¹⁷⁹ Frick U, Barta W, Binder H. Fallpauschalen in der stationär-psychiatrischen Versorgung. Empirische Evaluation im Land Salzburg. *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 1: S55–S62
- ¹⁸⁰ Gutjahr E, Gmel G. Die Methode bestimmt das Ergebnis: Indirekte ökonomische Folgen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der Schweiz. *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 1: S45–S54
- ¹⁸¹ Jungbauer J, Mory C, Angermeyer MC. Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. Teil I: Quantitative Aspekte. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 175–180
- ¹⁸² Jungbauer J, Mory C, Angermeyer MC. Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. Teil II: Qualitative Aspekte. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 181–185
- ¹⁸³ Kilian R, Roik C, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC. Die Analyse von Kostenstrukturen im Bereich der Schizophreniebehandlung mit einem standardisierten Instrumentarium. *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 2: S102–S108
- ¹⁸⁴ Priebe S, Dielentheis TF. Institutionalierungsindex – eine einfache Methode zur Schätzung von direkten Behandlungskosten in Institutionen der Gemeindepsychiatrie. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 420–423
- ¹⁸⁵ Rehm J. Von der „Burden of disease“-Forschung zu Konzeption eines integrierten Versorgungssystems für Substanzabusus am Beispiel Ontario. *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 1: S68–S72
- ¹⁸⁶ Rössler W. Cui Bono oder wer braucht die Gesundheitsökonomie? *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 1: S29–S31
- ¹⁸⁷ Ustun TB, Chisholm D. Global „burden of disease“-study for psychiatric disorders. Rationale and Application to the Cost-Effectiveness of Mental Health Care Interventions. *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 1: S7–11
- ¹⁸⁸ Wasem J, Hessel F, Kerim-Sade C. Methoden zur vergleichenden ökonomischen Evaluation von Therapien und zur rationalen Ressourcenallokation über Bereiche des Gesundheitswesens hinweg. Einführung, Vorteile, Risiken. *Psychiatr Prax* 2001; 28, Sonderheft 1: S12–S20
- ¹⁸⁹ Wittmund B, Kilian R. Welche Kosten tragen Angehörige für die Betreuung psychisch kranker Familienmitglieder? *Psychiatr Prax* 2002; 29: 171–172
- ¹⁹⁰ Eikelmann B. Grenzen der Deinstitutionalisierung? – Die Sicht der Fachklinik. *Psychiatr Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S53–S58
- ¹⁹¹ Förster R. Die vielen Gesichter der Deinstitutionalisierung – soziologisch gedeutet. *Psychiatr Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S39–S43
- ¹⁹² Franz M, Meyer T, Ehlers F, Gallhofer B. Schizophrene Patienten, die trotz Dekaden der Enthospitalisierung in den psychiatrischen Krankenhäusern verblieben sind. Teil 1 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 245–250
- ¹⁹³ Frey C. Anmerkungen zur Enthospitalisierung. *Psychiatr Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S83–S88
- ¹⁹⁴ Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W, Priebe S. Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung. Teil IV der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 183–188
- ¹⁹⁵ Kaiser W, Isermann M, Hoffmann K, Priebe S. Entlassung in vollstationäre Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage. Postskriptum zu Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 22–24
- ¹⁹⁶ Kaiser W, Hoffmann K, Isermann M, Priebe S. Langzeitpatienten im Betreuten Wohnen nach der Enthospitalisierung. Teil V der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 235–243
- ¹⁹⁷ Leißle M, Kallert TW. Deinstitutionalisierung, Wohnungssituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 10–17

- ¹⁹⁸ McCrone P, Becker T. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England. *Psychiat Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S68 – S71
- ¹⁹⁹ Priebe S. Haben Enthospitalisierungsstudien ihren Zweck erfüllt? *Psychiat Prax* 2001; 28: 207 – 208
- ²⁰⁰ Schmidl F, Berghofer G, Lang A, Rudas S. Unterstütztes Wohnen für ehemals langzeithospitalisierte psychisch Kranke. *Psychiat Prax* 2000; 27: 28 – 34
- ²⁰¹ Seelhorst RM. Grenzen der Deinstitutionalisierung – Perspektiven der Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiat Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S64 – S67
- ²⁰² Cranach M von. Formen des betreuten Wohnens innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. *Psychiat Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S59 – S63
- ²⁰³ Werner W. Wo sind die Grenzen? Von der Institution zur Auflösung der Anstalt. Das Beispiel des Saarlandes. *Psychiat Prax* 2000; 27, Sonderheft 2: S49 – S52
- ²⁰⁴ Massing W. Benachteiligung älterer Patienten bei der psychiatrischen Klinikaufnahme. *Psychiat Prax* 2000; 27: 397 – 400
- ²⁰⁵ Holzinger A, Angermeyer MC. Sozialpsychiatrische Forschung im deutschen Sprachraum. *Psychiat Prax* 2002; 29: 397 – 410

Buchbesprechung

Glückliche Arbeitslose

Wiedereingliederung geht vor Berentung. Das ist die Devise der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Wirklichkeit sieht anders aus. Wiedereingliederung für Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, die zur Behinderung führen, ist zumindest im beruflichen Sektor weitgehend zur Illusion geworden. Die Arbeitsgesellschaft setzt auf die Fitten und die Jungen. In einer Gesellschaft, in der gesunde 55-Jährige in die Frühberentung getrieben werden, ist kaum Platz für Menschen mit Behinderungen, die ihre Konzentrationsfähigkeit, die Schnelligkeit und die heute geforderte Flexibilität aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen nicht bieten können. Zahlreiche Rehabilitationsprogramme enden erfolgreich und in Arbeitslosigkeit. Sie führen am Ende allzu oft zu Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung der Betroffenen, eben der erfolgreich Rehabilitierten. Es sollte uns zu denken geben, zumal wir in Gesellschaften leben, in denen weniger als 50% der Bevölkerung einer bezahlten Arbeit nachgehen. Wenn zudem die Arbeitslosigkeit der Gesunden die 10%-Marke überschreitet, in Regionen wie dem deutschen Nordwesten und den östlichen Bundesländern die 20%-Marke überschreitet, stellt sich die Frage mit Nachdruck, ob wir den richtigen Zielen nacheifern.

Dass diese Frage sich nicht nur im Hinblick auf Behinderte, vor allem psychisch Behinderte, stellt, sondern auch im Hinblick auf Gesunde, deren berufliche Dienstleistungen die Arbeitsgesellschaft verschmährt, machen zwei Bücher überdeutlich, die Zweifel wecken und die provozieren. Der in Dresden aufgewachsene Berliner Soziologe Wolfgang Engler stellt die Ostdeutschen als Avantgarde hin, als Avantgarde im Hinblick auf den Umgang mit Beschäftigungslosigkeit. Ein gleichfalls in Berlin lebender Franzose, Guillaume Paoli, provoziert in seinem Buch „Mehr Zuckerbrot weniger Peitsche“ durch die Veröffentlichung von Aufrufen, Manifesten und „Faulheitspapieren“ der „glücklichen Arbeitslosen“. Seine These: Arbeit für alle werde es nie wieder geben, doch gerade dies sei eine historische Chance. Heute gebe es Menschen, die außerhalb der Erwerbsphäre ein durchaus glückliches Dasein gefunden hätten. Nicht die Arbeitslosigkeit sei das Pro-

blem, sondern Geldlosigkeit und mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz.

Die glücklichen Arbeitslosen – sie nennen sich selber so – versuchen aus der Not eine Tugend zu machen. Sie akzeptieren die Arbeitslosigkeit als einen Zustand der Befreiung von Arbeit. Sie packen den Stier bei den Hörnern und versuchen das Beste aus der erzwungenen Untätigkeit zu machen, sie in eine gewählte Tätigkeit außerhalb der Arbeitsgesellschaft zu verwandeln. Solche Ziele müssen provozieren. Peter Glotz hat einmal dazu gesagt: Man könne die glücklichen Arbeitslosen als neuen Bund der Kommunisten bezeichnen. Zugleich meint er diese neue Ideologie greife um sich wie ein Ölfleck. Man spürt, dass er nicht mit ihnen sympathisiert, den glücklichen Arbeitslosen.

Die nüchterne Analyse Wolfgang Englers provoziert im Ergebnis ebenso, obwohl er den Zustand der Arbeitslosigkeit nicht als wünschenswert darstellt. Aber auch er zweifelt daran, dass es eine Vollbeschäftigung je wieder geben werde. Er fordert, dass man der Realität in den neuen Ländern Rechnung tragen müsse. Er vertritt die These, dass sich in den neuen Bundesländern angesichts der permanenten Krise in der Arbeitsgesellschaft neue Formen des Umgangs damit und neue gesellschaftliche Ziele entwickelten, die die Arbeit nicht mehr in den Mittelpunkt der Existenz und der Lebenswerte stellt. Die Schlussfolgerungen beider, des Analytikers und des Provokateurs, sind ähnlich. Wenn es nicht gelingt Vollbeschäftigung zu gewährleisten, ein Recht auf Arbeit zu garantieren, dann sei die Gesellschaft verpflichtet, den Arbeitslosen eine erträgliche Existenz zu vermitteln. Das heißt, sie sollen nicht mit einem Anspruch auf Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Sozialhilfe abgespeist werden. Ihnen soll vielmehr auch eine sozial akzeptierte Daseinsform angeboten werden, die ohne Arbeit aber mit subjektiv sinnvoller Betätigung gefüllt wird, die zugleich die Existenz sichert – bescheiden aber auskömmlich und die in letzter Konsequenz eine Wahlfreiheit zwischen Arbeit in der Arbeitsgesellschaft, die Arbeit für alle nicht bieten kann, und Leben ohne bezahlte Erwerbsarbeit eröffnet.

Man muss die Ausführungen und die Thesen der beiden Autoren nicht teilen. Es lohnt sich aber ihre Argumente zur Kenntnis zu nehmen und über sie nachzudenken. Es lohnt sich noch mehr, über mögliche Konsequenzen für psychisch Kranke und Behinderte die sehr viel rigoroser als die Gesunden aus der Arbeitsgesellschaft ausgeschlossen sind, intensiv nachzudenken und gegebenenfalls Konsequenzen daraus zu ziehen.

Asmus Finzen, Basel

Engler W. Die Ostdeutschen als Avantgarde. 2002, 207 Seiten, Berlin: Aufbau-Verlag, € 16,50

Paoli G (Hrsg.) Mehr Zuckerbrot, weniger Peitsche. Aufrufe Manifeste und Faulheitspapiere der glücklichen Arbeitslosen. 2002, 207 Seiten, Berlin: Edition Tiamat, € 14,-