Wulf Rössler, Wolfram Kawohl (Hrsg.)

Soziale Psychiatrie

Das Handbuch für die psychosoziale Praxis

Band 1: Grundlagen

Kohlhammer

Kohlhammer

Wulf Rössler
Wolfram Kawohl (Hrsg.)

Soziale Psychiatrie

Das Handbuch für die psychosoziale Praxis

Bd. 1: Grundlagen

Verlag W. Kohlhammer

Pharmakologische Daten verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autor haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Gewährleistung können Verlag und Autor hierfür jedoch nicht übernehmen. Daher ist jeder Benutzer angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten
© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher
Umschlagabbildung: Paul Klee, Senecio (Baldgreis), 1922, 181, Öl auf Kreidegrundierung auf Gaze auf Karton, originaler, gelb gefasster Rahmen, 40,3 x 37,4 cm
© Kunstmuseum Basel, Foto: Kunstmuseum Basel, Martin P. Bühler
Gesamtherstellung:
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

ISBN 978-3-17-023839-8

Inhalt

Band 1: Grundlagen

Verzeichnis der Herausgeber und Autoren von Band 1 11

Vorwort 17
Wulf Rössler und Wolfram Kawohl

Teil 1: Begriffsbestimmung und historische Entwicklung

1 Sozialpsychiatrie – Soziale Psychiatrie: eine Begriffsbestimmung 23
Wulf Rössler

2 Soziale Psychiatrie: historische Aspekte ihrer Entwicklung in Deutschland und in der Schweiz 34
Ekkehardt Kumbier, Kathleen Haack und Paul Hoff

Teil 2: Sozialwissenschaftliche Grundlagen

3 Soziologische Aspekte 49
Peter C. Meyer

4 Sozialpsychologie 60
Hans-Werner Bierhoff und Elke Rohmann

Teil 3: Einflussfaktoren auf psychische Gesundheit und psychische Krankheit

5 Salutogenese, Pathogenese und subjektive Krankheitskonzepte 73
Dieter Wälte

6 Lebensstile 83
Vladeta Ajdacic-Gross und Kathrin Bollok

7 Lebensübergänge und psychische Gesundheit 94
Regula Lehmann und Mike Martin

8 Epidemiologie der Erstmanifestation psychischer Störungen 104
Cornelia Witthauer und Roselind Lieb

9 Arbeit und psychische Gesundheit 117
Wolfram Kawohl und Christoph Lauber

10 Gender-Aspekte 127
Anita Riecher-Rössler

11 Sexualität 142
Wolfgang Weig

12 Soziale Exklusion 150
Nicolas Rüsch

Teil 4: Diagnostik und Therapie

13 Grundlagen sozialpsychiatrischen Handelns und Behandelns 161
Klaus Obert

14 Diagnostik von Fähigkeitsstörungen 181
Michael Linden, Stefanie Baron und Beate Muschalla

15 Rehabilitation 197
Katarina Stengler und Thomas Becker

16 Transkulturelle Psychiatrie – eine moderne sozialpsychiatrische Disziplin 208
Marcel G. Sieberer und Wielant Machleidt

Teil 5: Forschungsthemen

17 Epidemiologie 221
Roselind Lieb und Jutta Mata

18 Konzepte und Stand der Stigma-Forschung 233
Nicolas Rüsch

19 Methodische Grundlagen psychiatrischer Versorgungsforschung: aktueller Stand der Forschung und Entwicklung des Gebietes 246
Steffi G. Riedel-Heller und Hans-Helmut König

20 Lebensqualität 258
Michael Franz und Thorsten Meyer

21 Neurobiologie des Sozialen 269
Martin Brüne und Georg Juckel

Teil 6: Gesellschaftliche und politische Aspekte

22 Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Österreich und der Schweiz 281
Jörn Moock und Steffi Giersberg

23 Das Gesundheitswesen in Österreich, in der Schweiz und in Deutschland 293
Gerd Glaeske

24 Migrationshintergrund: Anforderungen an und Möglichkeiten der Sozialpsychiatrie/europäische Perspektiven 312
Hans-Jörg Assion und Eckhardt Koch

25 Seelische Gesundheit und Krankheit in den Massenmedien 323
Ulrike Hoffmann-Richter und Seraphina Zurbriggen

Teil 7: Ethische, rechtliche, organisatorische und ökonomische Aspekte

26 First Person Account: Die Welt dreht sich ohne mich 339
Frau A. S.

27 First Person Account: Wie ich psychotisch wurde 349
Frau N. S.

28 Gesundheitsökonomie 359
Hans Joachim Salize und Reinhold Kilian

29 Finanzierungsmodelle 374
Arno Deister und Mark Stab

30 Das sozialpsychiatrische Team: Erfolge, Herausforderungen und Grenzen 385
Christian Kieser und Luciana Degano Kieser

31 Ethik in der Sozialpsychiatrie 395
Paul Hoff

32 Rechtliche Aspekte in der Gemeindepsychiatrie 414
Klaus Windgassen und Hanns Rüdiger Röttgers

33 Autonomie und Zwang 428
Tilman Steinert

Stichwortverzeichnis 439

Band 2: Anwendung

Verzeichnis der Herausgeber und Autoren von Band 2

Teil 1: Präventive Ansätze

1 Suizidprävention
Vladeta Ajdacic-Gross

2 Prävention von Abhängigkeitserkrankungen
Jochen Mutschler, Roland Kowalewski und Falk Kiefer

3 Indizierte Prävention unter besonderer Berücksichtigung der Früherkennung von Psychosen
Anastasia Theodoridou und Karsten Heekeren

Teil 2: Einrichtungen und Versorgungsformen

4 Assertive Community Treatment und Community Mental Health Teams
Tom Burns

5 Tageskliniken
Karsten Heekeren

6 Institutionelle ambulante psychiatrische Versorgung
Andreas Spengler, Friedrich Schmidl, Georg Psota, Roland Weber und Urs Hepp

7 Sozialpsychiatrische/psychosoziale Dienste
Eberhard Höfer, Andreas Spengler, Friedrich Schmidl und Georg Psota

8 Sozialpsychiatrische Versorgung in vertragsärztlichen nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen
Frank Bergmann und Christa Roth-Sackenheim

9 Strukturelle und praktische Aspekte psychiatrischer Krisenintervention
Wolfram Kawohl und Bernd Krämer

10 Supported Employment
Christoph Lauber und Wolfram Kawohl

11 Werkstätten für behinderte Menschen
Irmgard Plößl

12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen
Anke Bramesfeld und Volker Amelung

13 Aufsuchende Hilfen
David Briner und Ulrich Erlinger

14 Ein Telefongespräch hilft weiter: ein Erfahrungsbericht
Tony Styger

15 Formen des betreuten und begleiteten Wohnens –
Datenlage und praktische Aspekte
Thomas W. Kallert

16 Selbsthilfeorganisation der Angehörigen psychisch Kranker
Rose-Marie Seelhorst

17 Behandlungseinrichtungen für Abhängige
Roland Kowalewski, Jochen Mutschler und Franziska Peter

18 Betreuungsdienst: ein Erfahrungsbericht
Elisabeth Kronenberg

19 Ambulante Psychiatrische Pflege
Günter Meyer

20 Selbsthilfe
Gaby Rudolf und Thomas Rüst

21 Trialog – eine Herausforderung mit Zukunft
Thomas Bock, Hans-Jochim Meyer1 und Tuula Rouhiainen2

22 Psychiatrische Akutbehandlung in Gastfamilien
Katharina Lötscher und René Bridler

23 Sozialpsychiatrische Aspekte der Forensischen Psychiatrie
Elmar Habermeyer und Steffen Lau

Teil 3: Therapieformen

24 Ausgewählte Aspekte der sozialpsychiatrischen Pharmakotherapie
Karsten Heekeren, Roland Kowalewski und Wolfram Kawohl

25 Psychotherapie
Wolfgang Tschacher, Mario Pfammatter und Ulrich Junghan

26 Gruppentherapien – sozialpsychiatrische Gruppenangebote im ambulanten
und teilstationären Setting
Viola Habermeyer und Annika Gnoth

27 Störungsspezifische Aspekte psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer
Interventionen
Stefan Klingberg und Andreas Wittorf

28 Psychoedukation
Gabriele Pitschel-Walz und Josef Bäuml

29 Recovery
Michaela Amering

30 Empowerment
Wulf Rössler und Christoph Lauber

31 »Shared decision making«: Begrifflichkeiten, Messung, Evidenz, Praxis
Bernd Puschner, Jana Konrad und Sabine Loos

32 Prävention
Vladeta Ajdacic-Gross

33 Soziotherapie – im Kontext versorgungsrelevanter Entwicklungen ab dem Jahr 2000
Manfred Cramer

34 Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie
Peter Sommerfeld und Cornelia Rüegger

35 Ergotherapie, Kunst- und Ausdruckstherapien
Birgit Matter

36 Internet und psychische Gesundheit
Steffi Weidt und Aba Delsignore

Teil 4: Leistungsrecht in der Praxis

37 Leistungsrecht in Deutschland
Bernhard van Treeck

38 Leistungsrecht in Österreich
Peter Gardowsky

39 Leistungsrecht in der Schweiz
Franz Hierlemann und Bettina Schmidt

Teil 5: Allgemeine Themen

40 Öffentlichkeitsarbeit
Carsten Burfeind, Harald Zäske und Wolfgang Gaebel

41 Antistigma-Interventionen in Zusammenarbeit Psychiatrie-Erfahrener, Angehöriger und in der Psychiatrie Arbeitender
Nicolas Rüsch, Margrit Dubi und Karla Ranft

42 Analphabetismus
Cordula Löffler

43 Supervision und Fortbildung
Thomas Utz

Stichwortverzeichnis

Verzeichnis der Herausgeber und Autoren von Band 1

Herausgeber

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Militärstrasse 8
Postfach 1930
CH-8021 Zürich
wulf.roessler@uzh.ch

Prof. Dr. med. Wolfram Kawohl
Privatdozent an der Universität Zürich
Gastprofessor an der Leuphana Universität Lüneburg
Leiter Zentrum für Soziale Psychiatrie
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Militärstrasse 8
Postfach 1930
CH-8021 Zürich
wolfram.kawohl@puk.zh.ch

Autoren

PD Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Militärstrasse 8
Postfach 1930
CH-8021 Zürich
vajdacic@dgsp.uzh.ch

Prof. Dr. med. Hans-Jörg Assion
LWL-Klinik, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Rehabilitation und Prävention Dortmund
Marsbruchstrasse 179
D-44287 Dortmund
Hans-Joerg.Assion@wkp-lwl.org

Dr. rer. Medic. Stefanie Baron
Charité Universitätsmedizin Berlin
Lichterfelder Allee 55
D-14513 Teltow/Berlin
stefanie.baron@gmx.net

Prof. Dr. med. Thomas Becker
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Strasse 2
D-89312 Günzburg
t.becker@uni-ulm.de

Prof. Dr. Hans-Werner Bierhoff
Ruhr-University Bochum, Department of Psychology, Social Psychology
Universitätsstraße 150
D-44801 Bochum
hans.bierhoff@rub.de

lic. phil. Kathrin Bollok
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Militärstrasse 8
Postfach 1930
CH-8021 Zürich
kathrin.bollok@uzh.ch

Prof. Dr. med. Martin Brüne
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, Ruhr-Universität Bochum, LWL-Universitätsklinikum
Alexandrinenstrasse 1–3
D-44791 Bochum
martin.bruene@rub.de

Dr. med. Luciana Degano Kieser
Praxis
Schwäbische Str. 18
D-10781 Berlin-Schönberg
lucianadegano@googlemail.com

Prof. Dr. med. Arno Deister
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinikum Itzehoe
Robert-Koch-Strasse 2
D-25524 Itzehoe
a.deister@kh-itzehoe.de

PD Dr. med. Michael Franz
Vitos Klinik Kurhessen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Emstal
Landgraf-Philippp-Strasse 9
D-34308 Bad Emstal
michael.franz@vitos-kurhessen.de

Steffi Giersberg
Leuphana Universität Lüneburg
Volgershall 1
D-21339 Lüneburg
steffi.giersberg@inkubator.leuphana.de

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik
Mary-Somerville-Strasse 5
D-28359 Bremen
gglaeske@zes.uni-bremen.de

Dr. rer. hum. Kathleen Haack
Universitätsklinikum Rostock, Zentrum für Nervenheilkunde
Georg-Büchner-Str. 15
D-18055 Rostock
kathleen.haack@uni-rostock.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31 Postfach 1931
CH-8032 Zürich
paul.hoff@puk.zh.ch

Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter
Suva, Versicherungsmedizin
Fluhmattstrasse 1 Postfach 4358
CH-6002 Luzern
ulrike.hoffmannrichter@suva.ch

Prof. Dr. med. Georg Juckel
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, Ruhr-Universität Bochum, LWL-Universitätsklinikum
Alexandrinenstrasse 1–3
D-44791 Bochum
georg.juckel@rub.de

Dr. med. Christian Kieser
Klinikum Ernst von Bergmann, Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
In der Aue 59–61
D-14480 Potsdam
ckieser@klinikumevb.de

PD Dr. rer. soc. Reinhold Kilian
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
II der Universität Ulm
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2
D-89312 Gu?nzburg
reinhold.kilian@bkh-guenzburg.de

Dr. med. Eckhardt Koch
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Giessen-Marburg
Cappeler Strasse 98 -
D-35039 Marburg
eckhardt.koch@vitos-giessen-marburg.de

Prof. Dr. med. Hans-Helmut König
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Institut für medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg
h.koenig@uni-hamburg.de

PD Dr. med. habil. Ekkehardt Kumbier
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Strasse 20
D-18147 Rostock
ekkehardt.kumbier@medizin.uni-rostock.de

Prof. Dr. med. Christoph Lauber
Departement of Psychiatry, University of Liverpool
1-5 Brownlow Street Waterhouse Building
L69 3GL Liverpool (UK)
christoph.lauber@liverpool.ac.uk

Dr. phil. Regula Lehmann
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31 Postfach 1931
CH-8032 Zürich
regula.lehmann@puk.zh.ch

Prof. Dr. Roselind Lieb
Institut für Psychologie, Universität Basel
Missionsstrasse 60–62
CH-4055 Basel
roselind.lieb@unibas.ch

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden
Charité Universitätsmedizin Berlin
Lichterfelder Allee 55
D-14513 Teltow/Berlin
michael.linden@charite.de

Prof. Dr. med. Wielant Machleidt
Medizinische Hochschule Hannover,
Zentrum für Seelische Gesundheit
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover
wielant.machleidt@t-online.de

Prof. Dr. Mike Martin
Universität Zürich, Psychologisches Institut, Gerontopsychologie
Binzmühlestrasse 12/24
CH-8050 Zürich
m.martin@psychologie.uzh.ch

Dr. Jutta Mata
Universität Basel
Missionsstrasse 62a
CH-4055 Basel
jutta.mata@unibas.ch

Prof. Dr. phil. Peter C. Meyer
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit
Technikumstrasse 71
CH-8401 Winterhur
pc.meyer@zhaw.ch

Prof. Dr. phil. Thorsten Meyer
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover
meyer.thorsten@mh-hannover.de

Dr. Jörn Moock
Leuphana Universität Lüneburg
Volgershall 1
D-21339 Lüneburg
joern.moock@inkubator.leuphana.de

Dr. phil. Beate Muschalla
Charité Universitätsmedizin Berlin
Lichterfelder Allee 55
D-14513 Teltow/Berlin
beate.muschalla@gmx.de

Dr. rer. soc. Klaus Obert
Caritasverband Stuttgart e. V.
Sophienstraße 1c
D-70180 Stuttgart
k.obert@caritas-stuttgart.de

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
Anita.Riecher@upkbs.ch

Prof. Dr. med., MPH, Steffi G. Riedel-Heller
Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin
und Public Health
Philipp-Rosenthal-Str. 55
D-04103 Leipzig
Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de

Dr. Elke Rohmann
Ruhr-University Bochum, Department
of Psychology, Social Psychology
Universitätsstraße 150
D-44801 Bochum
elke.rohmann@rub.de

Prof. Dr. med. Hanns Rüdiger Röttgers
Fachhochschule Münster, Fachbereich
Sozialwesen
Hüfferstrasse 27
D-48149 Münster
roettgers@fh-muenster.de

PD Dr. med. Nicolas Rüsch
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Militärstrasse 8
Postfach 1930
CH-8021 Zürich
nicolas.ruesch@dgsp.uzh.ch

Prof. Dr. Hans Joachim Salize
Arbeitsgruppe Versorgungsforschung,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5
D-68159 Mannheim
Hans-Joachim.Salize@zi-mannheim.de

PD Dr. med. Marcel G. Sieberer
Medizinische Hochschule Hannover,
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie
und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover
sieberer.marcel@mh-hannover.de

Dipl.-Kfm. Mark Stab
Klinikum Itzehoe
Robert-Koch-Strasse 2
D-25524 Itzehoe
m.stab@kh-itzehoe.de

Prof. Dr. med. Tilman Steinert
ZfP Südwürttemberg
Weingartshofer Strasse 2
D-88214 Ravensburg
tilman.steinert@zfp-zentrum.de

PD Dr. med. Katharina Stengler
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Leipzig
Semmelweisstrasse 10
D-04103 Leipzig
katarina.stengler@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Dieter Wälte
Hochschule Niederrhein, University of
Applied Sciences, Fachbereich Sozialwesen
Richard-Wagner-Str. 101
D-41065 Mönchengladbach
dieter.waelte@hs-niederrhein.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Weig
Niels-Stensen-Kliniken, Magdalenen-Klinik
Alte Rothenfelder Strasse 23
D-49124 Georgsmarienhütte
wolfgang.weig@magdalenen-klinik.de

Prof. Dr. med. Klaus Windgassen
Evangelische Stiftung Tannenhof, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie
Remscheider Strasse 76
D-42899 Remscheid
med.dir@stiftung-tannenhof.de

Cornelia Witthauer, M. Sc.
Universität Basel
Missionsstrasse 60–62
CH-4055
Basel

Dr. phil. Seraphina Zurbriggen
Institute of Communication and Health,
Università della Svizzera italiana
Via G. Buffi 6 -
CH-6904 Lugano
seraphina.zurbriggen@usi.ch

Und zwei Patientinnen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Vorwort

Wulf Rössler und Wolfram Kawohl

Schon die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts vermutete schädliche Einflüsse der sozialen Lebenswelt auf die Entstehung und den Verlauf seelischer Erkrankungen. Menschen mit »verwirrten Sinnen« und »entordneter Vernunft« sollten aus dem vermeintlichen pathogenen Milieu ihres Lebensfeldes herausgenommen werden, um in dem idealen Milieu einer psychiatrischen Anstalt die »verlorene Ordnung ihres Lebens und ihres Geistes« wiederzufinden. Isolation in der Stille und Ruhe geographisch von den städtischen Ballungsräumen abgeschiedener Anstalten schien die angemessene Behandlungsmethode, um den Kranken von möglichst allen pathogenen Einflüssen fernzuhalten.

Ein völlig entgegengesetztes Grundsatzprogramm der Versorgung psychisch Kranker vertrat Wilhelm Griesinger. Er forderte sogenannte »Stadtasyle« für die kurzfristige Behandlung akut Erkrankter in Verbund mit den allgemeinen Stadtkrankenhäusern. Er wies darauf hin, dass die Beschränkung auf einen kurzen stationären Aufenthalt nur im intensiven Zusammenspiel zwischen stationärer Einrichtung und dem normalen Lebensumfeld des Kranken gelingen kann. Den allergrößten Teil der stationär Behandelten hielt er für entlassfähig, wenn auch manche eines geschützten Rahmens bedürften. Die von ihm vorgeschlagenen Versorgungsmaßnahmen sind heute weltweit unter dem Begriff »gemeindenahe Versorgung« umgesetzt worden.

Obwohl also bereits Mitte des 19. Jahrhunderts eine intensive Debatte über soziale Einflussfaktoren auf Entstehung und Verlauf und der daraus abzuleitenden Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen in Gang gekommen war, gab es noch nicht die dazugehörigen Begriffe »soziale Psychiatrie« oder »Sozialpsychiatrie«, unter denen wir heute diese Diskussion führen würden. Der Begriff der »sozialen Psychiatrie« wurde erstmals 1875 von dem deutschen Soziologen und Volkswirtschaftler Albert Schäffle (1831–1903) benutzt. Der Begriff »soziale Psychiatrie« mit eigenständigen Inhalten entstand erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts.

In den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts geriet die »soziale Psychiatrie« unter den Einfluss der nationalsozialistischen Rassenideologie. Damit verbunden war die soziale Kontrolle und Selektion psychisch kranker Menschen in Form von Eheverbot, Eheerschwerung, Sterilisation, Kastration und Euthanasie. Die entsetzlichen Folgen der Rassenhygiene sind weithin bekannt. Als Folge der Untaten der Nationalsozialisten war der Begriff »soziale Psychiatrie« in den deutschsprachigen Ländern nach dem zweiten Weltkrieg in Verruf geraten. Die damit verbundenen weltweiten Versorgungsentwicklungen waren damit nicht hinfällig, es erklärt aber, warum die Versorgungsreform in den deutschsprachigen Ländern z. B. im Vergleich zu den angelsächsischen mit einer deutlichen Verspätung erst in den 1960er und 1970er Jahren einsetzte. In Abgrenzung zu dem desavouierten Begriff »soziale Psychiatrie« wurde vorwiegend der Begriff »Sozialpsychiatrie« verwendet.

Obwohl die in den letzten Jahrzehnten eingeleiteten sozialpsychiatrischen Versorgungsreformen zu einer spürbaren Verbesserung des Lebens psychisch Kranker Men-

schen geführt haben einschließlich ihrer fortschreitenden Entstigmatisierung, hat sich die Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin an deutschsprachigen Universitäten nie nachhaltig etablieren können. Wir stehen gegenwärtig an einem Punkt, wo die sozialpsychiatrischen Lehrstühle an deutschsprachigen Universitäten zu Gunsten neurowissenschaftlicher Lehrstühle aufgegeben werden. Dies steht im deutlichen Kontrast zu den angelsächsischen Ländern, wo die wissenschaftliche Sozialpsychiatrie an allen medizinischen Fakultäten etabliert und weithin anerkannt ist.

Die »soziale Psychiatrie« oder »Sozialpsychiatrie« hat sich weltweit über die Auseinandersetzung mit praktischen Versorgungsfragen zu einer breitgefächerten Disziplin mit vielfältigen Arbeits- und Forschungsfeldern entwickelt. Neben der klassischen Versorgungsforschung, die sich mit der Entwicklung und Bewertung von Versorgungsinstitutionen beschäftigt, ist die Ursachen- und Verlaufsforschung psychischer Erkrankungen ebenfalls ein wichtiges Arbeitsgebiet der Sozialpsychiatrie geworden. Ausgangspunkt vieler sozialpsychiatrischer Forschungsfelder ist vor allem die psychiatrische Epidemiologie. Sie beschäftigt sich nicht nur damit, Art und Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung zu erfassen, sondern versucht, soziale Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen zu identifizieren.

Die sozialpsychiatrische Forschung ist aufgrund der Komplexität des Forschungsfeldes zwangsläufig multidisziplinär. Sie benötigt neben Medizinern Sozialwissenschaftler, insbesondere Psychologen und Soziologen wie auch Biostatistiker, die die komplexen sozialen Verhältnisse mittels moderner statistischer Verfahren abbilden. Auch neurobiologische Methoden kommen mittlerweile zur Anwendung.

Aufgabe eines Handbuchs ist es, das aktuelle Wissen des jeweiligen Fachgebietes abzubilden. Das vorliegende Handbuch der sozialen Psychiatrie versucht die vielen Forschungs- und Tätigkeitsfelder dieses Gebietes abzubilden. Obwohl dieses Handbuch schon einen beträchtlichen Umfang erreicht hat, sind damit längst nicht alle Themenfelder abgebildet. Wir sind dankbar, für dieses Projekt so zahlreiche Autoren mit Expertenstatus gewonnen zu haben. Die Auswahl der Themen ist breit, dies schlägt sich im Umfang von insgesamt 76 Kapiteln nieder. Dennoch ist es möglich, dass einzelne Bereiche nur unzureichend abgehandelt wurden oder sich nicht unter dem zu erwartenden Titel finden. Für entsprechende Hinweise sind wir dankbar.

Die Einteilung des Handbuchs in zwei Bände spiegelt eine inhaltliche Aufteilung in Grundlagen und Praxis wider: Band eins behandelt in 33 Kapiteln die Grundlagen der sozialen Psychiatrie unter Einbezug historischer, begrifflicher und sozialwissenschaftlicher Aspekte. Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit und grundsätzliche diagnostische und therapeutische Aspekte werden ebenso dargestellt wie Forschungsthemen von der Epidemiologie bis zur Neurobiologie, gesellschaftliche, politische, rechtliche, ethische, organisatorische und ökonomische Inhalte. Der zweite Band umfasst 43 Kapitel zu praktischen Ansätzen, die von der Prävention psychischer Erkrankungen über Versorgungsformen bis hin zu den verschiedenen Therapieansätzen reichen. Abschnitte zum Leistungsrecht sowie zu Allgemeinen Themen runden das Handbuch ab.

Länderspezifische Besonderheiten der drei Länder mit der größten deutschsprachigen Bevölkerung wurden nach Möglichkeit berücksichtigt, dies schlägt sich zum einen in von internationalen Autorenteams verfassten Kapiteln wie z. B. demjenigen zu ambulanten Versorgungsformen (▸ **Kap. 6, Bd. 2**) nieder, zum anderen wurden die Kapitel zum Leistungsrecht von vornherein für die Situation in Deutschland, Österreich und der Schweiz getrennt angelegt. Uns ist dabei bewusst, dass es auch in weiteren Ländern mit Deutsch als

Amts-, Regional oder Verwaltungssprache Vertreter des Faches gibt, für die das vorliegende Werk von Interesse sein dürfte. Wir bitten um Verständnis, dass die jeweiligen regionalen Gegebenheiten hier nicht berücksichtigt wurden und sind mit Blick auf spätere Optimierungen für entsprechende Hinweise dankbar.

Ein besonderes Anliegen war es uns, auch von psychischer Erkrankung selbst betroffene Menschen zu Wort kommen zu lassen. Insgesamt vier Kapitel wurden durch bzw. unter Beteiligung Psychiatrieerfahrener verfasst, darunter zwei als »first person account«, also als Schilderung der eigenen Erkrankung. Wir hoffen und wünschen uns, dass dieses Handbuch den Erfolg haben wird, den das Themen- und Forschungsgebiet verdient. Die in der Bevölkerung wahrgenommenen Fortschritte der Psychiatrie sind nämlich hauptsächlich denjenigen Konzepten und Themen zuzuordnen, die in diesem Handbuch abgehandelt werden. Wir hoffen weiter, dass es sich längerfristig auch dynamisch in seinem Spektrum an Themen und Konzepten weiterentwickeln wird und kann, denn das Gebiet der sozialen Psychiatrie ist weltweit in einer ebenso dynamischen Entwicklung inbegriffen.

Zürich, im April 2013
Wulf Rössler und Wolfram Kawohl

Teil 1: Begriffsbestimmung und historische Entwicklung

1 Sozialpsychiatrie – Soziale Psychiatrie: eine Begriffsbestimmung[1]

Wulf Rössler

Kapitelübersicht

1.1 Einleitung
1.2 Art und Umfang psychischer Störungen in Europa
1.3 Forschungsparadigma Schizophrenie
1.3.1 Was sagt uns die Epidemiologie?
1.3.2 Kulturelle Einflüsse
1.3.3 Migrationsstudien
1.3.4 Verlaufsstudien
1.3.5 Sozioökonomische Einflussfaktoren
1.3.6 Einflüsse der näheren sozialen Umwelt

Zusammenfassung

Außerhalb des engeren Feldes der Psychiatrie gab es bereits Mitte des 19. Jahrhunderts eine große Zahl von Ärzten, welche unter dem Begriff »soziale Medizin« die Auswirkung von Industrialisierung und Urbanisierung auf die Gesundheit diskutierten. In der Psychiatrie erhielt der Begriff »sozial« zwei auch heute noch gültige Konnotationen und zwar einerseits im Sinne eines humanitären Ansatzes und einer ethischen Verpflichtung, andererseits im Sinne sozioökonomischer Lebensbedingungen. Es waren vor allem die sozioökonomischen Lebensbedingungen, auf die sich die neu aufkommende »soziale Psychiatrie« mit ambulanten Betreuungskonzepten Anfang des 20. Jahrhunderts richtete. In den deutschsprachigen Ländern ist es im Unterschied zum angloamerikanischen Sprachraum in den letzten Jahrzehnten fast nicht gelungen, Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin zu etablieren. Die Sozialpsychiatrie hat sich weltweit über die Auseinandersetzung mit praktischen Versorgungsfragen hinaus zu einer breit gefächerten Disziplin mit vielfältigen Arbeits- und Forschungsfeldern entwickelt. Die schizophrene Erkrankung eignet sich besonders gut, die sozialen Einflüsse auf Entstehung und Verlauf – neben den unbezweifelbaren biologischen Grundlagen – darzustellen. Die Einflussfaktoren reichen von kulturellen und sozioökonomischen Einflüssen zu Einflussfaktoren der frühkindlichen Umgebung der Familienatmosphäre und kritischer Lebensereignisse.

1 Das Kapitel basiert auf dem Artikel: Rössler W (2008) Sozialpsychiatrische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer. S. 266–274.

1.1 Einleitung

Schon die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts vermutete schädliche Einflüsse der sozialen Lebenswelt auf die Entstehung und den Verlauf seelischer Erkrankung. Menschen mit »verwirrten Sinnen« und »entordneter Vernunft« sollten aus dem vermeintlich pathogenen Milieu ihres Lebensfelds herausgenommen werden, um in dem idealen Milieu einer psychiatrischen Anstalt die »verlorene Ordnung ihres Lebens und ihres Geistes« wieder zu finden. Die Isolation in der Stille und Ruhe geographisch von den städtischen Ballungsräumen abgeschiedener Anstalten schien die angemessene Behandlungsmethode, um den Kranken von möglichst allen pathogenen Einflüssen fernzuhalten. Ein völlig entgegengesetztes Grundsatzprogramm der Versorgung psychisch Kranker vertrat Wilhelm Griesinger (Rössler 1992). Er forderte so genannte Stadtasyle für die kurzfristige Behandlung akut Erkrankter im Verbund mit den allgemeinen Stadtkrankenhäusern. Er wies darauf hin, dass die Beschränkung auf einen kurzen stationären Aufenthalt nur im intensiven Zusammenspiel zwischen stationärer Einrichtung und im normalen Lebensfeld des Kranken gelingen kann. Den allergrößten Teil der stationär Behandelten hielt er für entlassfähig, wenn auch manche eines beschützten Rahmens bedürften. Die von ihm vorgeschlagenen Versorgungsmaßnahmen sind heute weltweit unter dem Begriff »gemeindenahe Versorgung« umgesetzt worden.

Obwohl also bereits Mitte des 19. Jahrhunderts eine intensive Debatte über soziale Einflussfaktoren auf Entstehung und Verlauf und die daraus abzuleitenden Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen in Gang gekommen war, gab es noch nicht den dazu gehörigen Begriff »soziale Psychiatrie« oder »Sozialpsychiatrie«, unter denen wir heute diese Diskussion führen würden. Der Begriff »soziale Psychiatrie« mit eigenständigen Inhalten entstand erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts (wir folgen hier und nachfolgend den Ausführungen von Priebe und Schmiedebach 1997).

Außerhalb des engeren Feldes der Psychiatrie gab es bereits Mitte des 19. Jahrhunderts eine große Zahl von Ärzten, welche unter dem Stichwort »soziale Medizin« die Auswirkungen von Industrialisierung und Urbanisierung auf die Gesundheit intensiv diskutierten. In der weiteren Entwicklung wurde der Begriff »soziale Medizin« durch den Begriff »soziale Hygiene« ersetzt. »Soziale Hygiene« beschäftigte sich mit den Wechselwirkungen häufig vorkommender Krankheitsgruppen wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten oder Krebserkrankungen und sozialen Lebensverhältnissen als begünstigende, vermittelnde oder beeinflussende Faktoren.

Der Begriff »sozial« erhielt zu dieser Zeit zwei auch noch heute gültige Konnotationen, und zwar einerseits im Sinne eines humanitären Ansatzes und einer ethischen Verpflichtung, andererseits im Sinne sozioökonomischer Lebensbedingungen. Es war vor allem das zweite Bedeutungsfeld, also die sozioökonomischen Lebensbedingungen, auf die sich die neu aufkommende »soziale Psychiatrie« mit vorwiegend ambulanten, sozialpsychiatrischen Betreuungskonzepten Anfang des 20. Jahrhunderts richtete.

Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass viele Psychiater der damaligen Zeit unter dem Begriff »soziale Psychiatrie« vorwiegend ihre rassenhygienischen Vorstellungen thematisierten. Ihre sozial-psychiatrischen Vorstellungen richteten sich auf soziale Kontrolle und Selektion der »schwer degenerierten Geisteskranken, Idioten und Epileptikern«. Die praktischen Maßnahmen, die damit verbunden waren, waren Eheverbot oder Eheerschwerung, Sterilisation, Kastration und Euthanasie. Die entsetzlichen

Folgen der Rassenhygiene sind weithin bekannt. So ermordeten die Nationalsozialisten circa 260.000 psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen, die in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht waren, und begründeten dies mit der Notwendigkeit der Rassenhygiene (Schmiedebach und Priebe 2004).

Während also in Deutschland die soziale Psychiatrie mehr und mehr unter den Einfluss der Erbbiologie und der Rassenhygiene geriet, nahm die Entwicklung der »Social Psychiatry« in den USA einen anderen Weg. Vor allem war die amerikanische Entwicklung sehr viel mehr mit einer wissenschaftlichen Profilierung verknüpft, die sozialwissenschaftliche, soziologische und kulturanthropologische Konzepte miteinander zu integrieren versuchten.

Es ist offensichtlich, dass in den deutschsprachigen Ländern als Folge der Untaten der Nationalsozialisten der Begriff »soziale Psychiatrie« nach dem zweiten Weltkrieg desavouiert war. Allerdings waren die damit verknüpften Versorgungsvorstellungen keineswegs hinfällig. In der Nachkriegszeit standen deshalb in deutschsprachigen Ländern ersatzweise die Begriffe der Resozialisierung und Rehabilitation im Vordergrund. Erst in den 1960er Jahren, als die Reform der veralteten psychiatrischen Versorgungsstrukturen nicht länger aufzuschieben war, wurde der Begriff reaktiviert. Aber in Abgrenzung zu dem desavouierten Begriff »soziale Psychiatrie« wurde vorwiegend der Begriff »Sozialpsychiatrie« verwendet. In den deutschsprachigen Ländern ist es aber im Unterschied zum angloamerikanischen Sprachraum auch in den letzten Jahrzehnten fast nicht gelungen, Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin zu etablieren. Die Zahl der (wenigen) Lehrstühle für Sozialpsychiatrie im deutschsprachigen Raum ist deshalb weiterhin rückläufig, während im angloamerikanischen Sprachraum an allen Universitäten »Social Psychiatry« ein weithin akzeptierter Pfeiler der akademischen Psychiatrie ist.

Die Sozialpsychiatrie hat sich weltweit über die Auseinandersetzungen mit praktischen Versorgungsfragen hinaus zu einer breit gefächerten Disziplin mit vielfältigen Arbeits- und Forschungsfeldern entwickelt. Neben der klassischen Versorgungsforschung, die sich mit der Entwicklung und Bewertung von Versorgungsinstitutionen beschäftigt, ist die Ursachen- und Verlaufsforschung ebenfalls zu einem wichtigen Arbeitsgebiet der Sozialpsychiatrie geworden. Ausgangspunkt vieler sozialpsychiatrischer Forschungsfelder ist vor allem die psychiatrische Epidemiologie. Sie beschäftigt sich nicht nur damit, Art und Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung zu erfassen, sondern versucht, soziale Einflussfaktoren sowohl auf die Entstehung wie auf den Verlauf psychischer Störungen zu identifizieren.

Die sozialpsychiatrische Forschung ist aufgrund der Komplexität des Forschungsfeldes zwangsläufig multidisziplinär. In Analogie zur biologisch orientierten psychiatrischen Forschung, die neben Medizinern, Biologen, Chemiker und Pharmakologen beschäftigt, benötigt die sozialpsychiatrische Forschung Sozialwissenschaftler insbesondere Psychologen und Soziologen wie auch Biometriker, die die komplexen sozialen Verhältnisse mittels moderner statistischer Verfahren abbilden helfen.

1.2 Art und Umfang psychischer Störungen in Europa

Eine kürzliche Übersicht über 27 Studien, die sich mit Art und Umfang psychischer Störungen in Europa beschäftigen, hat gezeigt, dass psychische Störungen von enormer gesamtgesellschaftlicher Bedeutung sind. Wir können davon ausgehen, dass in Europa im Verlauf eines Jahres rund 27 % der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren unter einer diagnostizierbaren psychischen Störung leiden. 68 % dieser Fälle wiesen nur eine Diagnose auf, 18 % jedoch zwei und 14 % drei oder mehr psychiatrische Diagnosen. In Zahlen ausgedrückt heißt dies, dass fast 83 Millionen Menschen pro Jahr in Europa unter einer oder mehreren psychischen Störungen leiden. Die größten Anteile betreffen Menschen mit Depressionen und spezifischen Phobien mit 18,4 respektive 18,5 Millionen Menschen. Eine Alkoholabhängigkeit besteht bei 7,2 Millionen Menschen, während eine Abhängigkeit von illegalen Substanzen bei 2 Millionen Menschen vorliegt. Unter besonders schwerwiegenden Erkrankungen wie psychotische Störungen leiden ca. 3,7 Millionen Menschen (Wittchen und Jacobi 2005).

Die Mehrheit der analysierten Studien konnte zeigen, dass nahezu alle psychischen Störungen mit einem substanziellen Grad an Behinderung und einer erheblichen Reduktion von Lebensqualität verbunden sind sowie dass die Behinderung, respektive die reduzierte Lebensqualität bei Komorbidität mehrerer psychischer Erkrankungen zunimmt. Außerdem sind viele psychische Störungen mit einem erhöhten Sterberisiko, hauptsächlich durch Suizid, verbunden. Auch sind die meisten psychischen Störungen mit einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbunden. Gemessen an den verlorenen Arbeitstagen weisen Menschen mit psychischen Störungen dreimal mehr Abwesenheitstage als Menschen ohne psychische Störungen (aber anderen Erkrankungen) auf. Zuletzt muss man sich die enormen Belastungen für Angehörige vergegenwärtigen. Neben dem emotionalen Stress, der zeitlichen und finanziellen Belastung, der Zurückstellung eigener Interessen, der Störungen eines »normalen« Familienlebens sind Angehörige selbst beträchtlichen somatischen und psychischen Gesundheitsrisiken mit der Folge einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen ausgesetzt (z. B. Rössler et al. 2005). In einer eigenen Studie hat sich v. a. die gestörte Beziehung zwischen den Betroffenen und ihren Angehörigen als Belastungsfaktor erwiesen (Lauber et al. 2003a).

Es ist mittlerweile klar, dass nur ein Bruchteil aller von einer psychischen Störung betroffenen Menschen psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung erhalten. So wissen wir aus einer Analyse von Bijl et al. (2003), dass je nach Diagnose nur zwischen 13 % und 20 % aller Betroffenen mit einer psychischen Störung irgendeine Art der Behandlung während der letzten zwölf Monate erhalten haben. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass die Behandlungsraten stark mit der Schwere der Erkrankung korrelieren. Die Behandlungsraten sind jedoch schwer über einen (europäischen) Kamm zu schlagen, insofern als natürlich das Gesundheits- und Versorgungssystem die Rate der Behandlungen wegen psychischer Erkrankungen wesentlich mit beeinflusst. In den Niederlanden werden z. B. der Großteil der Betroffenen im Rahmen der primärärztlichen Versorgung betreut (74 %), und 48,5 % erhalten spezialisierte Behandlung, wohingegen sich in Deutschland 70 % in spezialisierter Behandlung befinden und nur 39 % in hausärztlicher Behandlung (Bijl et al. 2003).

1.3 Forschungsparadigma Schizophrenie

Es gibt wohl keine andere psychiatrische Erkrankung, die mehr Forschungsaktivitäten seit ihrer »Entdeckung« vor mehr als 100 Jahren stimuliert hat als die Schizophrenie. Trotzdem besteht das »Rätsel Schizophrenie« weiter. Dies hat vermutlich damit zu tun, dass kein einzelner Faktor hinreicht, um die Krankheit auszulösen bzw. um den Verlauf der Erkrankung zu modifizieren. Die Schizophrenie ist damit zu einem Forschungsparadigma für komplexe psychiatrische Erkrankungen geworden. Anhand dieses Krankheitsbildes soll nachfolgend der sozialwissenschaftliche bzw. sozialpsychiatrische Kenntnisstand auf die Auslösung und den Verlauf einer psychischen Erkrankung paradigmatisch dargestellt werden.

1.3.1 Was sagt uns die Epidemiologie?

Ein Argument, das bisher gegen einen signifikanten Einfluss von Umweltfaktoren auf die Auslösung einer Schizophrenie gesprochen hat, scheint überholt zu sein, nämlich die geringe geografische Variation im Hinblick auf das Erkrankungsrisiko der Schizophrenie. Eine Übersichtsarbeit (McGrath 2005) konnte eine beträchtliche Variationsbreite der Schizophrenieinzidenz zwischen 7,7 und 43,0 Erkrankte pro hunderttausend Einwohner der Bevölkerung über verschiedene Studien hinweg aufzeigen. Wenngleich ein Anteil dieser Variation immer noch auf unterschiedliche Messmethoden zurückzuführen ist, bestehen kaum noch Zweifel, dass unterschiedliche Lebensbedingungen zu dieser Varianz des Erkrankungsrisikos beitragen.

McGrath bezeichnet den bisherigen epidemiologischen Wissensstand als Mythos der Schizophrenieforschung, dem zwei Glaubensgrundsätze zugrunde liegen, nämlich, dass die Schizophrenie eine »außergewöhnliche« Erkrankung sei im Vergleich zu allen anderen Erkrankungen, wie auch eine »demokratische« Erkrankung. »Außergewöhnlich« in dem Sinne, dass es wohl kaum eine andere (psychiatrische oder somatische) Erkrankung gibt, die keine Variation weltweit aufzeigen würde. »Demokratisch« in dem Sinn, dass die Schizophrenie jeden Menschen gleichermaßen treffen kann, unabhängig von irgendwelchen sozialen Einflüssen. Inzwischen ist aber klar, dass es ganz verschiedenartige soziale Einflussfaktoren für das Schizophrenierisiko gibt, die nachfolgend diskutiert werden sollen.

1.3.2 Kulturelle Einflüsse

Der Einfluss der Kultur auf die Schizophrenie hat schon seit jeher erhebliches Interesse auf sich gezogen. So wurde in verschiedenen Untersuchungen deutlich (Pfeiffer 1994), dass es zu kulturspezifischen Ausprägungen der Erkrankung kommt. Kulturvergleichende Untersuchungen lassen auch seit langem vermuten, dass Inzidenz und Prävalenz der Schizophrenie in Entwicklungsländern im Vergleich zu Industrieländern niedriger zu sein scheinen (Torrey 1980).

1.3.3 Migrationsstudien

Der Einfluss der Umwelt auf das Erkrankungsrisiko wird durch verschiedene Migrationsstudien gestützt. So weisen eine Reihe von Studien eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gut dokumentierte erhöhte Inzidenzrate für schizophrene Erkrankungen von Immigranten auf, z. B. von Surinamesen in Holland (Selten et al. 1997), afrikanischen Flüchtlingen in Schweden (Johansson et al. 1998), griechischen Migranten in Belgien (Charalabaki et al. 1995), skandinavischen

Migranten in Dänemark (Mortensen et al. 1997) und vor allem von Immigranten aus Trinidad und Jamaika in Großbritannien (z. B. Davies et al. 1995). Wenngleich der Einfluss solcher ungünstiger Umweltbedingungen auf das Erkrankungsrisiko plausibel erscheint, müssen andere konfundierende Faktoren in Betracht gezogen werden.

Der gewichtigste und seit vielen Jahren erhobene Einwand gegen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko in einer fremden und potenziell »feindlichen« Umgebung ist, dass Selektionsprozesse in der Ursprungsbevölkerung die Migration steuern, d. h. dass z. B. prämorbid belastete oder psychisch auffällige Menschen eher bereit sind auszuwandern (wiederum mit einem erheblichen Krankheitsrisiko für ihre Nachfahren). Ødegaard (1932) z. B. konnte in einer klassischen Studie ein zweifach erhöhtes Erkrankungsrisiko norwegischer Emigranten belegen. Die Studien von Häfner (1980) belegen hingegen das Gegenteil, nämlich dass die Inzidenzrate von an Schizophrenie erkrankten Türken in Deutschland im Vergleich zur deutschen Bevölkerung erniedrigt ist. Dies erklärt sich vermutlich damit, dass bei der Auswahl von Gastarbeitern für Deutschland besonders strenge Kriterien an deren (auch psychische) Gesundheit angelegt wurden.

In zahlreichen neueren englischen epidemiologischen Untersuchungen (Übersicht bei Fearon und Morgan 2006) findet sich trotz erhöhtem Krankheitsrisiko für Immigranten aus Trinidad und Jamaika der zweiten Generation kein erhöhtes Erkrankungsrisiko in der Ursprungsbevölkerung. Die Ergebnisse sind inzwischen so robust, dass für diese Bevölkerungsgruppe in Großbritannien die Umwelt ein gesicherter Risikofaktor darstellt. Auch für andere Migrantengruppen gibt es gute Belege, dass die Umwelt ein Risikofaktor für das Erkrankungsrisiko ist. Die vorgenannte holländische Untersuchung fand für Zuwanderer nach Holland aus den ehemaligen Kolonien Surinam und den Holländischen Antillen ein vierfach erhöhtes Erkrankungsrisiko im Vergleich zur holländischen Allgemeinbevölkerung (Selten et al. 1997). Selektionsprozesse in der Ursprungsbevölkerung spielen für dieses Untersuchungsergebnis keine wesentliche Rolle, da große Teile der Ursprungsbevölkerung von der Wanderungsbewegung nach Holland erfasst worden waren.

Wenn wir uns fragen, welche ungünstigen Lebensbedingungen genau denn das Erkrankungsrisiko von Migranten erhöhen, ist die Datenlage noch nicht überwältigend. Doch gibt es vereinzelte Studien (vgl. Fearon und Morgan 2006), die darauf hinweisen, dass vor allem soziale Exklusion, Isolation, Arbeitslosigkeit sowie Stigmatisierung und Diskriminierung als Umweltfaktoren zu dem Erkrankungsrisiko beitragen können. Migranten sind diesen Risiken in erhöhtem Maße ausgesetzt.

1.3.4 Verlaufsstudien

Verschiedene Studien der Weltgesundheitsorganisation (Sartorius et al. 1972; WHO 1974, 1975) belegen zunächst einmal, dass der Verlauf der schizophrenen Erkrankung in Entwicklungsländern im Vergleich zu Industrieländern deutlich unterschiedlich ist. Schizophreniekranke in Entwicklungsländern, die bei Erkrankungsbeginn eine ähnliche Symptomatologie wie Patienten in Industrieländern aufwiesen, zeigten einen weniger chronischen Verlauf der Erkrankung, weniger Rückfälle, eine bessere soziale Anpassung (Sartorius et al. 1987, Jablensky et al. 1992). Neben dem Einflussfaktor Entwicklungs- versus Industrieländer konnten noch weitere signifikante psychosoziale Einflussfaktoren namentlich Familienstand und soziales Netzwerk identifiziert werden (Sartorius et al. 1996), die Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen. Die Erklärung für diese Verlaufsunterschiede in Industrie- und Entwicklungsländern wird dabei in den überschaubareren sozialen Interaktionsmustern in weniger

komplexen Gesellschaften im Vergleich zu den komplexen, konfliktträchtigen und schwer überschaubaren Anforderungen moderner Industriegesellschaften gesucht. Alternativ muss auch diskutiert werden, ob in Entwicklungsländern weniger Anforderungen an Autonomie und Konkurrenzverhalten vulnerabler Individuen gestellt werden und gleichzeitig ein Leben in kleineren, stabileren und längerfristig angelegten sozialen Netzwerken ermöglicht wird.

1.3.5 Sozioökonomische Einflussfaktoren

Die Diskussion um sozioökonomische Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der Schizophrenie wurden durch die von Faris und Dunham (1939) bahnbrechenden epidemiologischen Untersuchungen über die ökologische Verteilung der Schizophrenie in Chicago im Jahr 1935 initiiert. Sie fanden die höchsten Raten ersthospitalisierter Schizophreniekranker in den Slumquartieren Chicago's. Diese Verteilungsmuster wurden in verschiedenen Städten und Ländern bestätigt, so z. B. auch von Häfner und Reimann (1970) in Mannheim. Die Mannheimer Ergebnisse erwiesen sich auch im Verlauf von 15 Jahren im Wesentlichen als stabil (Weyerer und Häfner 1989).

Die ökologische Ungleichverteilung geht einher mit Häufigkeitsunterschieden Schizophreniekranker in den verschiedenen sozialen Schichten. Zahlreiche Untersuchungen fanden Schizophreniekranke in den unteren sozialen Schichten überrepräsentiert. In einer Übersichtsarbeit von Dohrenwend und Dohrenwend (1969) zeigten fünf von sieben Untersuchungen sowie in einer Übersichtsarbeit von Eaton (1974) 15 von 17 Studien dieses Ergebnis. Die Erklärung hierfür wurde vorrangig in einer verstärkten sozialen Isolation der Betroffenen bzw. einem Mangel an sozialer Unterstützung in unteren sozialen Schichten gesucht.

Während zu Zeiten der Reformbewegung in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts soziale Ursachen der Schizophrenie auf der Grundlage der zuletzt genannten Befunde belegt zu sein schienen, gilt diese Interpretation heute als widerlegt. Im Wesentlichen diskutiert werden heute die These des sozialen Abstiegs bzw. der sozialen Selektion. Sozialer Abstieg bezieht sich auf die sozialen Konsequenzen nach Erkrankungsbeginn und soziale Selektion auf den fehlenden sozialen Aufstieg bereits vor Erkrankungsbeginn (Häfner 1992).

Der soziale Abstieg Schizophreniekranker ist hinreichend belegt. Marneros et al. (1991) fanden z. B. in ihrer Langzeitstudie einen beruflichen Abstieg von 71 % der von ihnen untersuchten Schizophreniekranken. Dieser war meistens verbunden mit einem Abstieg in untere soziale Schichten. Dieser Abstieg ist dann auch wiederum häufig mit einem Umzug in Wohnviertel mit vielfältigen sozialen Problemen verknüpft. Die dort häufig herrschende Anonymität kommt unter Umständen auch Schizophreniekranken mit Störungen der Kommunikation entgegen. Nicht zuletzt sollte auch bedacht werden, dass in der Regel in urbanen Quartieren mehr Versorgungsangebote bereitgehalten werden, was die Attraktivität dieser Quartiere für Betroffene erhöhen kann.

Schwieriger zu belegen ist die These der sozialen Selektion. Prämorbide Veränderungen der Persönlichkeit sind hier vermutlich von ausschlaggebender Bedeutung. Malmberg et al. (1998) konnten an einer Kohorte schwedischer Rekruten aus den Jahren 1969/70, die in den nachfolgenden 15 Jahren an einer Schizophrenie erkrankten, deutliche Defizite in der prämorbiden sozialen Anpassung aufzeigen.

Wohlbekannt ist auch der sogenannte Leistungsknick im Vorfeld der Erkrankung. Ødegaard (1971) fand auf der Basis der norwegischen Fallregisterdaten bei erstmals stationär behandelten Schizophreniekranken niedrig qualifizierte Berufsgruppen deutlich